



The Construction of the Public Health System in Argentina 1943-1955 - Construcción del Sistema de Salud Pública en la Argentina, 1943-1955

bilingual edition / edición bilingüe

by

Peter Ross

Head, Department of Spanish and Latin American Studies, School of History and Philosophy, The University of New South Wales, Sydney, 2052 Australia

Contacto / correspondence: Phone +61 2 9385 2418 / 2421 / 1172; [p.ross\[-at-\]unsw.edu.au](mailto:p.ross[-at-]unsw.edu.au)

Electroneurobiología 2006; **15** (5), pp. 107-178; URL
<http://electroneubio.secyt.gov.ar/index2.htm>

Copyright © 2007 by the author. Este trabajo es un artículo de acceso público; su copia exacta y redistribución por cualquier medio están permitidas bajo la condición de conservar esta noticia y la referencia completa a su publicación incluyendo la URL (ver arriba). / This is an Open Access article: verbatim copying and redistribution of this article are permitted in all media for any purpose, provided this notice is preserved along with the article's full citation and URL (above). Received September 20, 2007; published November 30, 2007.



ABSTRACT: This paper charts the radical redirectionings taken by the public health sector in Argentina during the period 1943-1955 and advances some reasons for the failure to consolidate a truly national health system.

RESUMEN: El presente trabajo delinea el radical redireccionamiento del sector de salud pública en la Argentina entre 1943 y 1955. Ofrece asimismo algunas razones sobre por qué se malogró la consolidación de un sistema de salud realmente nacional.



Above, Santiago Carrillo, Ramón's unique relative in the Ministry, swears before his brother. Below, from right to left: Ramón Carrillo, Salomón Chichilnisky, Carrillo's wife Susana Pomar, and two friends.



Foto superior, Santiago Carrillo, unico familiar de Ramón en el Ministerio, presta juramento ante su hermano. Aquí, de derecha a izq.: Ramón Carrillo, Salomón Chichilnisky, la esposa de Carrillo Susana Pomar; y dos amigos.

Introduction

The year 2006 marked the centenary of the birth of Dr Ramón Carrillo, the prominent neurobiologist, neurosurgeon, humanitarianist philosopher and public health physician who was selected by Juan Perón in 1946 to head the national *Secretaría de Salud Pública* which in 1949, after the reform of the Constitution, formally became the *Ministerio de Salud Pública*. Under Carrillo's dynamic leadership, the previous health system, characterised by Jorge Katz *et al.* as a pluralist unplanned model, was transformed into a centrally planned state system (endowed with an innovative key feature, decentralised execution) which, in turn, after the *Revolución Libertadora* in 1955, was replaced by a pluralist model based on decentralised planning.

Katz *et al.*'s formulation (1) requires some modification, but the radical change implicit in the shift from no or little planning to centralised state planning with decentralised execution is a correct representation of what occurred in Argentina in this period, although it is also important to note that Carrillo's attempt to establish a national public health system was already in the process of being undermined prior to the end of the second Perón government (1952-55).

This paper charts the radical direction taken by the public health sector in the period and advances some reasons for the failure to consolidate a truly national health system.

Introducción

El año 2006 marcó el centenario del nacimiento del doctor Ramón Carrillo, prominente neurobiólogo, neurocirujano, filósofo humanitarianista y médico sanitaria elegido en 1946 por Juan Perón para encabezar la Secretaría nacional de Salud Pública que en 1949, tras la reforma de la Constitución, devino formalmente Ministerio de Salud Pública. Con la dinámica conducción de Carrillo el anterior sistema de salud, caracterizado por Jorge Katz *et al.* como un modelo pluralista no planificado, se tornó un sistema estatal centralmente planificado con un innovador rasgo clave, la ejecución descentralizada. A su turno, tras la llamada *Revolución Libertadora*, fue substituido en 1955 por un modelo pluralista basado en la planificación descentralizada.

La formulación de Katz *et al.* (1) requiere alguna modificación. Pero el cambio radical, en ese paso desde poca o ninguna planificación a la planificación de estado centralizada con ejecución descentralizada, representa con fidelidad lo que ocurrió en la Argentina en este período. Aunque también es importante notar que la tentativa de Carrillo, de establecer un sistema nacional de salud pública, ya estaba siendo socavada antes de finalizar el segundo gobierno de Perón (1952-55).

El presente trabajo delinea ese radical redireccionamiento del sector de salud pública. Ofrece asimismo algunas razones sobre el por qué se malogró la consolidación de un sistema de salud realmente nacional.

Before analysing what occurred in public health planning during the period of classical Peronism, however, it is necessary to clarify why the story is so little understood. In his 1955 *curriculum vitae*, point III.B4, Ramón Carrillo manifests that he "Introduced the medical-social concept in Argentina [the State organization], with resulting concrete improvements..." that included State making of free medicines. He later (point III.B16) remarks that he "Organized the International Service of Political Sanitation, promoting the stability of four treaties with neighboring countries concerning sanitation. Compiled and obtained the sanction of the respective law of the Argentine nation and of the World Health Organization, promoted the reorganization of the Pan-American Sanitary Office at the Conference held in Buenos Ayres in 1948, and encouraged its entry into the OMS [WHO] as a regional organization." The leaders of the *Revolución Libertadora* accused Carrillo of misappropriating public funds and of making free use of the labour of four psychiatric patients. (2) Carrillo's property was impounded and he died in exile and in poverty in Brazil, in late 1956.

Under the military's policy of *deperonisation*, Carrillo's name and achievements were erased from official, and consequently unofficial, history, and many of his writings and the documents of the Secretariat-Ministry of Public Health destroyed. The 1955-58 military government decreased spending

Empero, antes de analizar qué ocurrió en la planificación de salud pública durante el período clásico del peronismo, debe clarificarse por qué este proceso histórico se entiende tan poco. En su *curriculum vitae* de 1955, punto III.B4, Ramón Carrillo señala que él "Introdujo el concepto médico-social en la [organización estatal] Argentina, con las consiguientes mejoras..." que incluían la producción estatal de los remedios gratuitos. Luego observa (punto III.B16) que él "Organizó el Servicio Internacional de Política Sanitaria, promoviendo la estabilidad de cuatro tratados sobre salud pública con países vecinos. Compiló y obtuvo la sanción de la respectiva norma de la Nación Argentina y de la Organización Mundial de la Salud, promovió la reorganización de la Oficina Sanitaria Panamericana en la Conferencia celebrada en 1948 en Buenos Aires, y animó su incorporación a la WHO [OMS] como organización regional." Los líderes de la *Revolución Libertadora* acusaron a Carrillo de malversar fondos públicos y de hacer que cuatro pacientes psiquiátricos trabajasen gratis para él. (2) Su propiedad fue confiscada y Carrillo murió en el exilio y en la pobreza en Brasil, a fines de 1956.

Bajo la política de *desperonización* de los militares, nombre y logros de Carrillo fueron borrados de la historia oficial – y consiguientemente de la no oficial también – y muchos de sus escritos y documentos de la Secretaría o Ministerio de Salud Pública fueron destruidos. El gobierno militar de 1955-58 disminuyó gastos en ins-

on national health facilities, destroyed many that were under construction, and changed the names of those that had been constructed. The latest destruction of incomplete yet useful buildings, namely those big ones erected by Carrillo in the Hospital Borda for the School of Psychiatric Nurses and a National Institute of Mental Health, was carried out as late as 2004 by an antiperonist officer that had been swearing for decades to "enjoy himself such a pleasure before dying"; grass now grows in their places. Enough to portraying the setting. Even with the return of Peronism (1973-1976), Carrillo's policies and achievements were not clearly delineated, in part because the Peronists had changed their health policy, but also because of the brevity and turmoil of this democratic period.

Jointly with the strategy of *deperonisation*, also *nazification* muddled the waters. The portrayal of Argentina in Peron's times as a "Nazi threat" was raised by the U.S. State Department in order to disqualify the country in the competition for the political leadership in the subcontinent (3). Canadian historian Ronald Newton asserts that the logical presence of Nazi agents became transformed by U.S. foreign policy and mass media, between 1944 and 1946, from an international political issue into an obsessive antiperonist mythologising campaign. Israeli historian L. Senkman points that in post WWII times, literature on the "Nazi threat" in Argentina was characterised by a defamatory

talaciones nacionales de salud, destruyó muchas que estaban todavía en construcción y cambió los nombres a las que habían sido edificadas y puestas a funcionar. La más reciente destrucción de construcciones aún incompletas pero útiles, los grandes edificios erigidos por Carrillo en el Hospital Borda para la Escuela de Enfermería Psiquiátrica y un Instituto nacional de Salud Mental, fue ejecutada en 2004 por un funcionario antiperonista que por décadas venía jurando "darse ese gusto antes de morir"; sólo pasto crece ahora en el lugar. Baste para pintar el clima. Incluso con el retorno del peronismo (1973-1976), la política de Carrillo y sus logros no fueron claramente delineados, en parte porque los peronistas habían cambiado su política de salud y también por lo breve y turbulento de este período democrático.

Junto con la estrategia de *deperonización*, asimismo la *nazificación* enturbió el panorama. La imagen de "peligro nazi" fue alzada contra la Argentina por el Departamento de Estado de EE.UU., para descalificarla en su competencia por el liderazgo político en el subcontinente (3). El historiador Ronald Newton sostiene que la lógica presencia de agentes nazis fue transformada, por la política exterior de EE.UU. y sus *mass media*, de un problema político internacional en una obsesiva campaña mitologizadora antiperonista, de 1944 a 1946. En la segunda posguerra, la literatura sobre "la amenaza nazi" en la Argentina estuvo signada por una campaña difamatoria en torno al mito de la

campaign spinning around the myth of the defeated Third Reich's resurrection in Peronist Argentina. Not only the political adversaries and the discontented with the Peronist regime contributed to this demonizing image, but also respectable liberal and conservative researchers of the U.S. and Great Britain did (4). The demonizing of course was more efficient abroad than in the country, where it could not have earned appreciable credibility, although since 2004 the defaming falseness of an nonexistent photograph of Carrillo with Hitler briefly renewed such a falsification.

That said, Carrillo's *Obras Completas* were published in 1974 (5) but in 1976 the publisher's stock was burned up and it was only after the end of the last military dictatorship (1976-1983) that serious research began to reveal the reality of health policy and its implementation in the classic Peronist period. (6)

Old battles, however, continue to be fought. Ramón Carrillo's supporters still find it necessary to defend his honour and to list his great achievements in the areas of the construction of health facilities, the establishment of specialist research and treatment centres, the reduction in infant mortality, and the elimination or lessening of infectious diseases such as malaria. (7) Even then the achievements remain unclear, including in the material domain of the building of hospitals and the institution of research centres. One of the latest attempts at clari-

resurrección del derrotado Tercer Reich en la Argentina peronista. No sólo contribuyeron a esta imagen demonizadora los adversarios políticos del régimen peronista y los descontentos durante los años de 1940 y 1950, sino también respetables investigadores liberales y conservadores de los EE.UU. e Inglaterra (4). La demonización fue por supuesto más eficaz en el exterior que en el país, donde no podría haber ganado credibilidad apreciable, aunque desde 2004 la difamatoria falsedad de una inexistente foto de Carrillo con Hitler renovó brevemente esa falsificación.

Dicho esto, digamos que las *Obras Completas* de Carrillo fueron publicadas en 1974 (5), pero en 1976 el stock editorial fue quemado y sólo tras la última dictadura militar (1976-1983) la investigación sería comenzó a revelar la realidad de la política de salud y su puesta en práctica en el período peronista clásico. (6)

Las viejas batallas, sin embargo, se siguen librando. Los amigos de Ramón Carrillo todavía encuentran necesario defender su honor y poner en una lista sus grandes logros en la construcción de instalaciones de salud, el establecimiento de centros especializados de investigación y de tratamiento, la reducción de la mortalidad infantil, y la eliminación o disminución de enfermedades infecciosas como el paludismo. (7) Aun así los logros permanecen confusos, incluso en el dominio material de la edificación de hospitales y la institución de centros investigativos.

fication lists the establishment/construction of 60 specialist institutes, 72 mother/child centres, 10 health centres, 142 hospitals of various types, 38 health and hygiene centres, 9 boarding schools, and 42 schools, laboratories and other institutions. The compilers state that the list is incomplete, and that it does not include works constructed in accordance with the Second Five Year Plan (SFYP), commenced in 1952, or the many incomplete works which were destroyed after Perón's overthrow. (8) On the other hand, this 2006 list can be challenged. Some of the institutes, such as the *Instituto Nacional de Nutrición*, definitely existed prior to 1946, and so, too, some of the hospitals previously under the control of charity organizations. The hospital 'Angela Iglesia de Llanos', City of Corrientes, incorporated into the state system in 1947, is one example of this. These factual errors and uncertainties underline the difficulties of evaluating Carrillo's achievements.

What we can say with certainty about the Peronist period is that there was a general improvement in the health of Argentines, and that this improvement was spread across the nation and across age groups. There was a steady, though not spectacular, fall in death rates for all age groups with infant mortality declining from 80.1/1000 in 1943 to 70.4/1000 in 1948 to 66.5/1000 in 1953. (9) Swaroop-Uemura indices, a measure of general health improvements based on the

Una de las últimas tentativas en la clarificación pone en una lista el establecimiento/construcción de 60 institutos especializados, 72 centros de materno-infantiles, 10 centros de salud, 142 hospitales de varios tipos, 38 centros de salud e higiene, 9 internados, y 42 escuelas, laboratorios y otras instituciones. Los recopiladores declaran que la lista es incompleta y que no incluye trabajos construidos conforme al Segundo Plan Quinquenal (SFYP), comenzado en 1952, o los muchos trabajos incompletos destruidos tras el derrocamiento de Perón. (8) Por otra parte, esta lista de 2006 puede ser debatida. Algunos institutos, como el Instituto Nacional de Nutrición, por cierto existieron antes de 1946, y también algunos hospitales que antes dependían de organizaciones de beneficencia. Uno es el hospital 'Angela Iglesia de Llanos' de la ciudad de Corrientes, incorporado al sistema estatal en 1947. Estos errores en materia de hecho e incertidumbres subrayan las dificultades de computar los logros de Carrillo.

Lo que podemos decir con certeza sobre el período peronista es que hubo una mejora general de la salud de los argentinos, y que esta mejora se extendió a través de toda la nación y categorías de edad. Hubo una caída firme, aunque no espectacular, de índices de mortalidad para todas las categorías etarias, con la mortalidad infantil declinando de 80,1 % en 1943 a 70,4 % en 1948 y a 66,5 % en 1953. (9) Los índices Swaroop-Uemura, una medida de la mejora general de la salud basada

deaths of persons aged 50 years or more, reveal significant improvements in all regions of Argentina, particularly in the provinces and territories of Córdoba, Mendoza, San Juan, Entre Ríos, Santa Fe, and Santa Cruz. These outperformed the Capital Federal during the period, though the latter maintained its lead. The unhealthiest areas continued to be Jujuy, Neuquen, Formosa, Chaco, Misiones, Chubut, Rio Negro, and Tierra del Fuego, but there was improvement in all of these. (10)

It is impossible to be precise as to why the health of Argentines improved, or why it improved to the extent that it did. Ramón Carrillo himself placed great emphasis on what he called social medicine, and frequently stated that such measures as the provision of better housing, higher wages, improved nutrition and safer working conditions were more fundamental to improving health than scientific advances or curative treatment. (11) Given that housing for many did improve during the Peronist period, that real wages were considerably higher than before, that there was little unemployment, and that working conditions were more strictly policed (12), by Carrillo's own criteria, health would have improved without any changes to the health system itself. Similarly, *Obras Sanitarias de la Nación* did provide more Argentines with piped potable water and sewerage facilities, so that the proportion of the total population receiving these services increased from about 43 percent and 27 percent

en las muertes de personas de 50 años o más, revelan mejoras significativas en todas las regiones de la Argentina, en particular en las provincias y territorios de Córdoba, Mendoza, San Juan, Entre Ríos, Santa Fe, y Santa Cruz. Estos superaron a la Capital Federal durante el período, aunque esta mantuvo su ventaja. Las áreas más insalubres siguieron siendo Jujuy, Neuquén, Formosa, Chaco, Misiones, Chubut, Río Negro, y Tierra del Fuego, pero hubo mejoras en todas. (10)

Es imposible ser exactos respecto a por qué mejoró la salud de los argentinos, o por qué mejoró en el grado que lo hizo. El mismo Ramón Carrillo puso mucho énfasis en lo que llamó medicina social. Con frecuencia declaraba que medidas tales como mejor alojamiento, salario más alto, mejor nutrición y condiciones de trabajo más seguras eran más fundamentales para mejorar la salud que adelantos científicos o terapéuticos. (11) Considerando que durante el período peronista la vivienda realmente mejoró para muchos, que los salarios reales fueron bastante más altos que antes, que había poco desempleo, y que las condiciones de trabajo fueron vigiladas más estrictamente (12), según los propios criterios de Carrillo la salud ya se hubiera mejorado sin ningún cambio al sistema de salud. Asimismo Obras Sanitarias de la Nación realmente brindó a más argentinos agua potable por cañería e instalaciones de alcantarillado, de modo que la población con estos servicios aumentó respectivamente desde po-

respectively in 1942 to about 60 percent and 34 percent in 1955. (13) This, no doubt, improved the health of a considerable number of households.



These factors and others make it difficult to evaluate the positive and negative consequences of the attempted expansion, unification, centralisation and rationalisation of the health system. The state sector did expand, the number of hospital beds did more than double, malaria was eliminated, the rates of tuberculosis and many other infectious diseases did decline, facilities for mothers and infants were improved and expanded, and so on and so on. But, of course, we cannot know about the counterfactuals, and eventually all evaluations contain an element of ideology. The strong emotions generated by Peronism continue to have effect. But also one's own ideas about health systems and their connection with social relations and rights of citi-

co más o menos el 43% y el 27% del total en 1942, a cosa del 60% y el 34% en 1955. (13) Esto, sin duda, mejoró la salud de un gran número de hogares.



Tales factores y otros tornan difícil computar las consecuencias positivas y negativas de la extensión, unificación, centralización y racionalización del sistema de salud. El sector estatal en efecto se amplió, el número de camas hospitalarias se hizo más del doble, el paludismo se eliminó, las prevalencias de tuberculosis y muchos otros cuadros infecciosos realmente disminuyeron, las instalaciones materno-infantiles fueron mejoradas y ampliadas, etc. Pero, claro, no podemos establecer qué hubiera pasado si las cosas hubiesen cursado de otro modo – y a fin de cuentas toda evaluación contiene un elemento de ideología. Las fuertes emociones generadas por el peronismo siguen produciendo efecto. Y también las ideas de uno sobre sistemas de salud y su conexión con las relaciones sociales

zens will always colour judgments.

The Health System Prior to 1943

The foundations of the pluralist health system that prevailed until 1943 were laid in the nineteenth century. Private medicine catered for the well off while the poor cared for themselves on folk wisdom or received attention from an extended charity sector. The social imaginary saw it as *natural*, or *logical*. State, as regards medicine, was only to cut off contagious patients and keep epidemic foci apart from the bulk of society; many people at the time saw individual health not as a political or public topic, but as a private affair. Charity was a gift for the excluded, not a right of the citizen. There were countries that even formalized it: some British Poor Laws, for example, expressly commanded that whoever took resource from charity lost the condition of citizen. In Buenos Aires city, this sector was dominated by the *Sociedad de Beneficencia de la Capital* (SBC). In other cities and towns, as well as in the Capital, there were a plethora of other charity organizations, the vast majority of which were associated with the Catholic Church.

Mutualist organizations also provided some facilities and care for their constituencies. The most notable of these were those associated with specific national groups of migrants, with the Italian, Spanish, British, French and German communities all establishing their own hospitals, most in

y los derechos de la gente colorarán siempre los juicios.

El sistema de salud antes de 1943

En el siglo XIX se echaron los cimientos del sistema de salud pluralista que prevaleció hasta 1943: a los pudientes los garantizaba la medicina privada, mientras los pobres se atendían entre sí – su gestión era un saber popular – o recibían atención de un extenso sector de instituciones benéficas. El imaginario social lo entendía como algo *lógico, natural*. El Estado en el área de Salud sólo estaba para aislar enfermos contagiosos y focos de epidemia; muchos consideraban que la salud individual no era materia política o pública, sino asunto privado. La caridad era un obsequio para excluidos, no un derecho de los ciudadanos. Algunos países lo habían formalizado: por ejemplo, las leyes británicas de Pobres habían previsto expresamente que quien se acogiera a la caridad perdiese su condición de ciudadano. En la ciudad de Buenos Aires dominó el sector la Sociedad de Beneficencia de la Capital (SBC). En otros centros urbanos, tal como en la Capital, existía una plétora de organizaciones de caridad, la gran mayoría asociada a la Iglesia Católica.

Las organizaciones mutualistas también proporcionaron algunas instalaciones y ciertos cuidados para sus afiliados. Los más notables se vinculaban a grupos nacionales específicos de inmigrantes. Las comunidades italiana, española, británica, francesa y alemana establecieron hospitales

the last quarter of the nineteenth century. Other mutualist groups, including some unions, political parties and Church organisations, provided care by means of contracting doctors and pharmacies to provide services for their members.

The state, at all levels, was involved in the health sector. The federal government subsidised the charity organizations, particularly the SBC. In 1935, this organisation received 96.8 per cent of its funding from the national government, made up of 72.5 per cent in direct grants, and 24.3 per cent from the national lottery. (14) Provincial and municipal governments also subsidised charity organizations that provided health and other services to the poor, though the federal government was the major source of grants.

The national government also sought to regulate, and to an extent provide services for, the health sector via its *Departamento de Higiene* (DNH), officially established in 1891. In 1911 the DNH was reorganised and charged with the regulation of health in Argentine ports, the control of infectious diseases throughout the nation via the appointment of regional delegates, the collection of statistics, the disinfection of railways, the policing of the practices of health professionals, the maintenance of vaccine centres, the health care of infants, children and workers, and the provision of general hygiene services. (15) In 1906 the central government also established a *Comisión de Asilos y Hospitales*

propios, la mayoría en el último cuarto del siglo XIX. Otros grupos mutualistas, incluso algunos sindicatos gremiales, partidos políticos y organizaciones eclesiales, proveían cuidado contratando médicos y farmacias para brindar servicios a sus miembros.

El estado, en todos los niveles, participaba en el sector salud. El gobierno federal subvencionó las organizaciones de caridad, en particular la SBC. En 1935, esta organización recibió el 96,8 % de su financiación del gobierno nacional: el 72,5 % en subvenciones directas y el 24,3 % de la Lotería Nacional. (14) También los gobiernos provinciales y municipales subvencionaron las organizaciones de caridad que brindaban a los pobres servicios de salud y otros, aunque la fuente principal de subvenciones fue el gobierno federal.

El gobierno nacional procuró además regular el sector de salud y proporcionarle algunos servicios desde el Departamento de Higiene (DNH). Este, establecido en 1891, fue reorganizado en 1911. Se le encargó la regulación sanitaria en los puertos argentinos, el control de enfermedades infecciosas en toda la nación por vía de delegaciones regionales, la colección de datos estadísticos, la desinfección de ferrocarriles, el contralor y vigilancia de las prácticas realizadas por los profesionales de la salud, el mantenimiento de centros de vacunación, la asistencia médica de infantes, niños y obreros, y la provisión de servicios generales de higiene. (15) En 1906 el gobierno central creó también una Comisión

Regionales to provide hospitals for the less well off through out Argentina.

Provincial governments sought to oversee the practice of health professionals and control hygiene and outbreaks of infectious diseases by means of *Consejos de Higiene Pública* which consisted of committees of local eminent health practitioners and some infrastructure such as laboratories and associated technicians. Towards the end of the 1930s a few provincial governments, notably those of Santa Fe and Mendoza, sought to expand their health roles. The former established a *Ministerio de Salud Pública y Trabajo* in 1941.

Many municipalities were more active in the health area than were the provincial governments, in part because their authorities had to deal with such issues as rapidly expanding populations due to immigration, associated problems involving hygiene and the consequences of the outbreaks of infectious diseases. There were major cholera epidemics in 1867, 1869 and 1894, and yellow fever in 1858 and 1871; this year alone some 14,000 people (16), including most of black residents, died from the yellow fever brought in from Paraguay after invading that country. The Municipality of Buenos Aires, in particular, responded to these problems in a dynamic way, creating an *Asistencia Pública* in 1883 which subsequently became the *Administración Sanitaria de Asistencia Pública* (1892). Under such active directors as Jo-

de Asilos y Hospitales Regionales para asistir a los pobres por toda la Argentina.

Los gobiernos provinciales, a su vez, buscaron supervisar la práctica de los profesionales de salud y controlar la higiene y los brotes de enfermedades infecciosas, mediante Consejos de Higiene Pública. Estos consistían en comités de eminentes médicos y otros profesionales locales, con alguna infraestructura tal como laboratorios y técnicos asociados. Para fines de los años treinta unos pocos gobiernos provinciales, en modo notable Santa Fe y Mendoza, resolvieron ampliar su acción. Santa Fe creó su Ministerio de Salud Pública y Trabajo en 1941.

Muchos municipios eran más activos en el área de salud que los gobiernos provinciales. Así era, en parte, porque sus autoridades debieron manejar una población que por la inmigración crecía rápidamente y aparejaba problemas de higiene, así como brotes de enfermedades infecciosas. Se habían sufrido epidemias mayores de cólera en 1867, 1869 y 1894, y de fiebre amarilla en 1858 y 1871; en ese solo último año murieron unas 14.000 personas (16), incluida la mayoría de la población negra, de la fiebre amarilla traída al regresar los invasores del Paraguay. La Municipalidad de Buenos Aires, en particular, respondió en forma dinámica, creando en 1883 una Asistencia Pública que en 1892 devino Administración Sanitaria de Asistencia Pública. Bajo directores energéticos como lo fueron José María Ramos Mejía, Emilio R. Coni y

sé M. Ramos Mejía, Emilio R. Coni, and José Penna, this body significantly expanded public curative and health services for the poor.

The unplanned and heterogeneous nature of the growth of the health sector did result in advances. The city of Buenos Aires, for example, possessed only two large hospitals in 1869, and provided an average of only three beds per thousand inhabitants. By 1909, there were 57 hospitals, and 8.18 beds per thousand inhabitants. (17) However, problems with the system, such as it was, were already apparent. There was a lack of coordination. The DNH, for example, could not act in the provinces without permission from provincial authorities. Government funding of its own and private institutions was haphazard. Many of the mutualist organizations found it difficult to provide the sorts of services its members required. And as modern medicine became more complex, hospitals and other health facilities required more complex and sophisticated technology. Some doctors in the private sector banded together to form their own hospitals, but these catered only for those who could afford this specialist treatment. (18)

As early as the end of the nineteenth century, health professionals, especially those in the public health sector, advocated greater centralisation and more regulation. In Buenos Aires, this took the form initially of attempting to persuade the national authorities to transfer the SBC's health establishments to the mu-

José Penna, este cuerpo amplió de modo considerable los servicios públicos destinados a asistir y curar a los pobres.

Implanificado y heterogéneo, el desarrollo del sector salud sin embargo desembocó en avances. La ciudad de Buenos Aires, por ejemplo, en 1869 tenía sólo dos hospitales grandes y en promedio sólo disponía de tres camas hospitalarias por cada mil habitantes. Hacia 1909 tuvo 57 hospitales y 8,18 camas cada mil habitantes. (17) Pero, tal como estaba el sistema, sus problemas ya se hacían evidentes. Faltaba coordinación. Por ejemplo, el DNH no podía actuar en provincias sin el permiso de las autoridades provinciales. El financiamiento gubernamental de sus propias instituciones y de las privadas era incierto. Muchas organizaciones mutualistas se las veían difícil para proporcionar los tipos de servicios que sus miembros necesitaban. Y a medida que la medicina moderna se hizo más compleja los hospitales y otras instalaciones de salud requirieron tecnología más diversa y sofisticada. Algunos médicos del sector privado se unieron y formaron sus propios hospitales, pero atendían sólo a quien podía costearse ese tratamiento especializado. (18)

Ya hacia finales del siglo XIX los profesionales de la salud, sobre todo los del sector de salud pública, pedían más centralización y más regulación. En Buenos Aires esto al principio se plasmó como un intento de persuadir a las autoridades nacionales de transferir los establecimientos de salud de la Sociedad de Beneficencia a la ad-

nicipal health authorities. This proposal was advanced as early as 1892 (19), and again in 1906, with the argument that the Municipality treated people much more cheaply than did the charity organisation. (20) Other reform proposals included an 1882 project to establish a health code, a 1916 project of José Penna and Nicolás Lozaro to form a uniform public health organisation and standardise all matters relating to health under a single authority (21), and the recommendation of the *Primera Conferencia Sanitaria Nacional* of 1923 to establish a Dirección Nacional de Salud Pública. (22)

The calls for reforms intensified during the 1930s. In 1933, the *Primera Conferencia Nacional de Asistencia Social* recommended centralisation and coordination, as did the VI Congreso Nacional de Medicina in 1938. (23) The DNH also expanded its activities, establishing a network of anti hook-worm, malaria, trachoma and venereal diseases services in many of the poorer territories and provinces, expanding leprosariums, and founding a Dirección General de Maternidad e Infancia which had established 24 pre and post natal clinics by 1938. (24)

The increased concern about the organisation and provision of health care in this period is related to the failure of the agro-pastoral export model of development which began to become apparent by the mid 1920s as the terms of trade shifted away from commodity production and towards manufactures, but which really came

ministración municipal de salud pública. Ello se pretendía, en épocas tan tempranas para el sistema como lo fueron 1892 (19) y 1906, con el argumento que el Municipio atendía a la gente mucho más barato que la organización de caridad. (20) Hubo más propuestas de reforma: en 1882 el proyecto de establecer un código de salud; en 1916 el proyecto de José Penna y Nicolás Lozaro, que proponía una única organización de salud pública con autoridad sobre todos los asuntos sanitarios (21); y en 1923 la recomendación de la Primera Conferencia Sanitaria Nacional, de establecer una Dirección Nacional de Salud Pública. (22)

Los pedidos de reforma aumentaron en los años treinta. En 1933, la Primera Conferencia Nacional de Asistencia Social recomendó centralización y coordinación, como lo hizo en 1938 el VI Congreso Nacional de Medicina. (23) El DNH también amplió su actividad, creando redes contra la anquilostomiasis, paludismo y tracoma y servicios de venéreas en los territorios más pobres y provincias; ampliando leprosarios, y fundando una Dirección General de Maternidad e Infancia que, para 1938, ya había establecido 24 clínicas pre- y post-natales. (24)

El aumento de atención que el período prestó a la organización y provisión de asistencia médica se relaciona con el fracaso del modelo de desarrollo agro-exportador. Tal fracaso comenzó a hacerse evidente a mediados de los años veinte, al desplazarse las ventajas del comercio desde la producción de materias primas a las manufac-

into question during the Depression, and the humiliation many Argentines felt with the signing of the Roca-Runciman Treaty with Great Britain in 1933, which established a "legal statute of colonial subordination", as Arturo Jauretche put it.

By way of this agreement, important concessions were granted to the British trade: 86% of the Argentine production of meat went to British hands. As Antonio Brailovsky notes (24), Raúl Scalabrini Ortiz stated: "Figures prove that the Argentine people eat scantily and live appallingly in order that the British people eat profusely and enjoy a pleasant life. There are starving provinces [here]. In San Juan the average life expectancy is 24 years and 8 months, due almost exclusively to the miserable diet: 100 grams of meat per day and six spoonfuls of milk. Jujuy consumes 43.8 kilograms [of meat], per year and per inhabitant; La Rioja 27 kgs, Catamarca 26 kgs, and Santiago del Estero barely 19.6 kgs. These figures assess the anemia, decrepitude, and deterioration of numerous thousands of Argentinians." Brailovsky adds: "As a term of comparison, Scalabrini added that in England the consumption of Argentine meat was 66 kgs per capita. Mean lifespan in London reached 53 years and 6 months. In Buenos Aires it only was just 38 years and four months." This was a period of increased nationalist sentiment throughout the world, including in Argentina. Social commentators such as Alejandro E. Bunge began to concentrate on

turas. Pero se cuestionó en serio durante la Depresión y con la humillación de muchos argentinos al percatarse de los alcances del Tratado Roca-Runciman con Gran Bretaña (1933), que estableció un "estatuto legal del coloniaje", como lo definió Arturo Jauretche.

Por ese acuerdo, se otorgaron importantes concesiones al comercio inglés: el 86% de la producción argentina de carne pasó a manos británicas. Según Antonio Brailovsky (24), Raúl Scalabrini Ortiz expresaba: "Las cifras prueban que el pueblo argentino come poco y vive mal para que el pueblo inglés coma mucho y viva bien. Hay provincias muertas de hambre. En San Juan el término medio de la vida humana es de 24 años, 8 meses, debido casi exclusivamente a alimentación miserable: 100 gramos de carne por día y 6 cucharadas de leche. Jujuy consume 43,8 kilogramos [de carne], por año y por habitante, La Rioja 27 kilogramos, Catamarca 26 kilogramos, y Santiago del Estero tan sólo 19,6. Esos guarismos miden la anemia, la decrepitud, la degeneración de varios miles de argentinos." Brailovsky prosigue: "Scalabrini agregaba como término de comparación que en Inglaterra el consumo de carne argentina era de 66 kilos per cápita. El promedio de vida en Londres llegaba a 53 años y 6 meses. En Buenos Aires era de apenas 38 años y cuatro meses." Eran tiempos de acrecido sentimiento nacionalista en todo el mundo y la Argentina tuvo su parte. Comentaristas como Alejandro E. Bunge empezaron a centrarse en la cues-

the social problem, emphasising the poor health and living conditions of many Argentines, and using various statistical information to support their case. There were dire predictions that Argentina as a nation was in a process of degeneration and urgent action was necessary if the process were to be reversed. (25) As Susana Belamartino argues so cogently, other actors involved in the specific area of health reform included doctors who were forming themselves into unions, those involved in the mutualist movement, politicians, and state functionaries. (26) By the early 1940s, various pressure groups had evolved that were willing to participate in a more state directed health system.

Reforms of the Military Government 1943-1946

In this period the state commenced the task of coordinating the health sector. However, the seeds of future problems with regard to the organisation of public health are already apparent, in large part due to Juan Perón's maneuvering aimed to favor the working class and by the same token secure in it the political base for a solid social reform. This is a period of marches and counter marches, of negotiation, of balls in play.

In October 1943 the government de facto responded to the calls for greater centralisation and coordination by establishing a *Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social* (DNSPAS) which concentrated the various

tión social, acentuando con mezclado apoyo estadístico la escasa salud y malas condiciones de vida de muchos argentinos. Corrían predicciones horribles de que la Argentina como nación estaba en proceso de degeneración y algo debía hacerse con premura si se pretendía revertir el proceso. (25) Como Susana Belamartino analiza persuasivamente, en el área específica de la reforma sanitaria hubo otros actores: médicos, algunos ya agrupándose; militantes cooperativistas, políticos, funcionarios estatales. (26) Al iniciarse la década de 1940, se habían desarrollado varios grupos de presión dispuestos a participar en un sistema de salud algo más dirigido por el Estado.

Las reformas del gobierno militar, 1943-1946

En este período el estado comenzó la tarea de coordinar el sector de salud. Ya eran visibles, sin embargo, las semillas de futuros problemas en la organización de la salud pública. En gran parte fue así debido a las operaciones de Juan Perón para favorecer a la clase obrera y de paso asegurar allí la base política para una sólida reforma social. Es un período de marchas y contramarchas, de negociación, de pelotas en juego.

En octubre de 1943 el gobierno de facto respondió a las demandas de mayor centralización y coordinación. Creó una Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social (DNSPAS) que concentró, en una sola organización,

national bodies involved in health and welfare, which before had been under the jurisdiction of various ministries, into one organisation. Subsumed into the DNSPAS were the DNH, the Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, the SBC, the Instituto Nacional de Nutrición, the Registro Nacional de Asistencia Social, the Dirección de Subsidios, and, shortly afterwards, the Comisión Nacional de Ayuda Escolar. In October 1944, however, the DNSPAS lost control of social assistance and responsibility for workers' health. These were passed to Perón's Secretaría de Trabajo y Previsión (STP). Perón was particularly concerned with controlling the workers' pension funds which he proposed to unify via the creation of the Instituto Nacional de Previsión Social (INPS) and with gaining the support of the powerful railway unions by supporting their mutualist health projects. In October 1944 he argued that the STP and the Dirección Nacional de Salud Pública (DNSP), as the DNSPAS was now called, were siamese twins that would die if they were separated. (27) Effectively, however, not as a part of any neoliberal plot to break the solidary retirement funds system (collective inter-generation pact, broken to favour the banks scheme of egoistic, individual savings accounts) but aiming to build up a political power that later supported it, Perón had undermined the movement towards unification of the health sector, by placing workers who were members of pension

las varias dependencias nacionales vinculadas a salud y bienestar social, antes bajo jurisdicción de varios ministerios. Subsumidas en el DNSPAS estaban el DNH, la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, la SBC, el Instituto Nacional de Nutrición, el Registro Nacional de Asistencia Social, la Dirección de Subsidios, y, poco después, la Comisión Nacional de Ayuda Escolar. En octubre de 1944, sin embargo, el DNSPAS perdió el control de la ayuda social y la responsabilidad por la salud de los trabajadores. Estas áreas fueron traspasadas a la Secretaría de Trabajo y Previsión (STP) a cargo de Perón. Este estaba interesado, en particular, en controlar los fondos jubilatorios de los trabajadores – los que propuso unificar creando el Instituto Nacional de Previsión Social (INPS) – y en ganarse el apoyo de los poderosos sindicatos ferroviarios para sus proyectos gremialistas de salud. En octubre de 1944, Perón argumentó que la STP y la Dirección Nacional de Salud Pública (DNSP) – como ya se llamaba la DNSPAS – eran gemelos siameses, que morirían si fuesen separados. (27) De hecho, empero, no como parte de la arquitectura neoliberal de quebrar el sistema previsional solidario (pacto colectivo intergeneracional, al que se rompe para favorecer el esquema bancario egoísta de cuentas de ahorro individuales) sino para construir un poder político que lo pudiera sostener más tarde, Perón había socavado el movimiento hacia la unificación del sector salud, al colocar a los trabajadores beneficiarios de fon-

funds under the administration of the body he controlled, leaving the rest of the population under the administration of the DNSP.

Via the STP, health and labour bureaucrats sought to develop programs that would improve the health of workers. New labour legislation included clauses related to health. The 1944 *Estatuto del Peón*, for example, obliged employers to maintain first aid kits, provide medical and pharmaceutical assistance to workers, cooperate with state authorities to combat infectious disease outbreaks, and provide raincoats and shelter to seasonal workers. (28)

dos de pensión bajo la administración del organismo que él controlaba y al resto de la población bajo la administración de la DNSP.

Vía STP los funcionarios en Salud y en Trabajo procuraron programas que mejorasen la salud de los trabajadores. La nueva legislación laboral trajo cláusulas sanitarias. El Estatuto del Peón de 1944, por ejemplo, obligó a los patrones a mantener botiquines, brindar ayuda médica y farmacéutica al obrero, cooperar con las autoridades en combatir brotes infecciosos, y brindar impermeables y techo para cobijar a los trabajadores "golondrina", o estacionales. (28)



Left: Perón in an union journal. Above: Workers march and rescue Peron from prison, Oct. 17, 1945./ Izq.: Perón en una revista gremial. Arriba: el Día de la Lealtad Popular, 17 de octubre de 1945, obreros marchan y liberan a Perón preso.

However, Perón envisaged that the INPS would be the organisation charged with the elaboration and implementation of social health campaigns for the members of the pension funds. The Commerce union (*Sindicato Empleados de Comercio*) was led by Angel Borlenghi and his brother-

Perón no obstante preveía que el INPS sería la organización encargada de diseñar y ejecutar campañas de bienestar social para aportantes y beneficiarios de los fondos de pensión. El sindicato *Empleados de Comercio* estaba liderado por Ángel Borlenghi y su cuñado Abraham Krislavin, des-

in-law Abraham Krislavin, later Peron's Minister and Undersecretary of Inner Affairs; the metallurgical union (*Unión Obrera Metalúrgica*, UOM) was led by Angel Perelman and Adolfo Perelman, young Trotskyst brothers that had directly participated in founding the UOM on April 20, 1943. With the *Unión Ferroviaria* led by Abraham Kogan, these three unions with Jewish leadership saw in Perón's ascent their hope lost after a century of oligarchy and, accordingly, made the main labor push that set Perón in power. Their early enjoyment of the pension funds is thus unamazing. To 1943, the number of workers in these funds had been relatively small, but with the establishment in 1944 of funds for commercial and industrial workers the numbers increased five fold to 1949. (29)

The funds included most urban workers but not rural workers, domestic workers and the self employed. It may be, too, that official figures of the number of fund members is inflated as there was considerable non-compliance in the payment of contributions both on the part of employers and employees. (30) The INPS aimed to have each affiliate medically examined each year and the results recorded so as to keep a complete health record of each worker.

The examination would cover all aspects of health, and treatment, if necessary, would follow. A mn\$2 levy on each worker would fund this compulsory examination. The examinations and

pués ministro y subsecretario del Interior en el gobierno de Perón; los hombres fuertes de la *Unión Obrera Metalúrgica* (UOM) eran los hermanos Ángel y Adolfo Perelman, dos jóvenes trotskistas que participaron directamente en la fundación de la UOM el 20 de abril de 1943. Junto a la *Unión Ferroviaria* dirigida por Abraham Kogan, estos tres gremios con liderazgo judío vieron en el ascenso de Perón la esperanza que habían perdido después de un siglo de oligarquía y brindaron el principal empuje obrero que llevó a Perón al poder, de modo que no asombra su temprano goce de fondos de pensión. Hasta 1943, el número de trabajadores acogidos a tales fondos había sido pequeño. Pero al establecerlos en 1944 para asalariados de comercio e industria las cifras aumentaron, llegando al quíntuple en 1949. (29)

Los fondos incluían a la mayoría de los trabajadores urbanos, pero no a trabajadores rurales, ni a trabajadores domésticos o autónomos. Al número oficial de afiliados a esos fondos cabe estimarlo inflado, ante el mal cumplimiento del pago de aportes por patrones y empleados. (30) El INPS proyectó obtener cada año un examen médico de cada afiliado y conservar los datos como un registro completo de la salud de cada trabajador.

El examen iba a cubrir todos los aspectos sanitarios y lo seguiría el tratamiento, si necesario fuese. Un arancel de dos pesos moneda nacional (mn\$ 2.=) sobre cada trabajador financiaría tal examen obligatorio. Exámenes y

treatment would be provided via coordination with the DNSP, other state health bodies, and the private sector. (31) The INPS did not implement this policy. (32) Indeed, a real unification of the pension funds was never achieved.

A far more serious threat to a unified public health system arose out of Perón's courting of the railway unions (Abraham Kogan's *Unión Ferroviaria*, and *La Fraternidad*), although it is only with hindsight that this is apparent. These unions in the 1930s had sought to expand their health services to members by the construction of hospitals and other health facilities. The unions did receive support from governments and the private sector, but the voluntary contributions from members were not sufficient to realise their dreams, although a sanatorium in Buenos Aires was acquired in 1940, and some other health services established in Córdoba and Rosario. (33)

Following the June 1943 revolution, and particularly after the formation of the STP, union leaders constantly raised the issue of the funding of, and state support for, their mutualist aspirations in the health area. In April 1944, the STP created the Dirección General de Asistencia y Previsión Social para Ferroviarios (DGAPSF) and in June decreed that railway workers were obliged to contribute to this union health fund, and that the state railways would do the same. The STP applied pressure on the private railways to contribute. Perón also promised that the state

tratamiento surgirían de la coordinación de la DNSP, otros organismos sanitarios estatales, y el sector privado. (31) Pero el INPS no puso en práctica esta política. (32) Nunca se logró una verdadera fusión de los fondos de pensión.

Una amenaza mucho más seria para un sistema unificado de salud pública – amenaza que sólo en retrospectiva se hace evidente – vino del cortejo de Perón a los sindicatos del riel (la mencionada *Unión Ferroviaria* de Abraham Kogan, y *La Fraternidad*). Estos sindicatos en los años treinta habían probado ampliar sus servicios sanitarios construyendo hospitales y otros centros de salud para afiliados. Aunque recibieron apoyo de gobiernos y del sector privado, las contribuciones voluntarias de los afiliados eran insuficientes para realizar sus sueños, si bien se adquirió un sanatorio en Buenos Aires en 1940 y se crearon algunos servicios de salud en Córdoba y Rosario. (33)

Tras la revolución de junio de 1943, en particular tras la formación de la STP, los gremialistas enarbocaban de continuo la cuestión del financiamiento de sus aspiraciones sindicales en salud, y del apoyo estatal para las mismas. En abril de 1944, la STP creó la Dirección General de Asistencia y Previsión Social para Ferroviarios (DGAPSF) y en junio resolvió que los trabajadores de ferrocarril fueran obligados a contribuir a este fondo de salud de su sindicato, y que lo mismo hicieran los ferrocarriles estatales. La STP presionó a los ferrocarriles privados para que

would contribute mn\$1 million to the fund so that a 1000 bed hospital for railway workers could be built and ceded land in Buenos Aires to the union for the purpose. The foundation stone of this hospital was not laid until November 1946, but by then the DGAPSF possessed eight functioning hospitals, seven outpatient surgeries and two outpatient tuberculosis surgeries, one tuberculosis clinic, two hospital rooms, a central pharmacy, seven dental services, three employed regional doctors, and a number of contracted services. (34)

The importance of the growth of the railway unions' health works lies not in their size at this time but in the fact that a parallel health service sector was being constructed for a particular group in the wider community.

In the meantime, the DNSP, under the charter of its establishment in 1944, sought to develop a National Health Plan by which it would guarantee the health of all Argentines via the provision of direct national state services, and the coordination of provincial, municipal and private health bodies. (35) The range of activities of the old DNH were greatly expanded, and the coordination role of the DNSP strengthened by its authorisation to distribute national government funds to provincial, municipal and private institutions. To obtain funds, the provinces had to abide by certain guidelines including possessing and funding their own department of health, granting job security to their doc-

aportasen. Perón prometió un millón de pesos del Estado para el fondo, de modo de erigir un hospital de mil camas para ferroviarios, y a tal fin cedió tierras al sindicato en Buenos Aires. Hasta noviembre de 1946 ese hospital no se empezó. Pero la DGAPSF entonces poseía ocho hospitales funcionando, siete servicios de cirugía sin internación y dos más para tuberculosis, una clínica de tuberculosis, dos Salas hospitalarias, una farmacia central, siete servicios odontológicos, tres médicos regionales empleados y cierto número de servicios contratados. (34)

La importancia del crecimiento de los servicios de salud ferroviarios no reside en su tamaño de entonces, sino en el hecho de que se construía un sector paralelo de servicios sanitarios, para un grupo particular de la comunidad total.

Mientras tanto la DNSP, siguiendo sus objetivos de 1944, buscó desarrollar un Plan Nacional de Salud que le permitiera garantizar el bienestar sanitario de todos los argentinos mediante la provisión directa de servicios estatales nacionales y la coordinación de los organismos de sanidad provinciales, municipales y privados. (35) Se ampliaron mucho las competencias del antiguo DNH, reforzándose la función de coordinación de la DNSP al autorizarla para distribuir fondos del gobierno nacional a instituciones provinciales, municipales y privadas. Para obtener dinero, las provincias debieron cumplir ciertas directrices, como poseer y financiar su propio departamento de salud pública,

tors, organising the collection of statistical data, and allowing DNSP inspection of federally funded services. Similarly, private and municipal authorities, if they received funding, had to permit inspection, and obtain permission from the DNSP for the construction of new works or the expansion of those already in existence. This applied particularly to the Administración Sanitaria y Asistencia Pública of the city of Buenos Aires, and to the SBC.

In September 1945 the DNSP convened the First National Public Health Congress with delegates from the DNSP, the provinces and territories, and the national ministries to plan the organisation and coordination of public health. The Congress recommended that health care be planned on a regional, rather than a provincial or territorial, base, that health facilities be organised in a hierarchical order from mobile clinics to grand hospitals in the major cities, and that the DNSP be upgraded to the level of a Secretariat, the equivalent of a Ministry. (36) The last of these proposals was put into effect by the military government just prior to Juan Perón's assumption of the presidency, and Dr Ramón Carrillo was appointed to head this new Secretaría de Salud Pública (SSP).

Ramón Carrillo

Ramón Carrillo was born into an economically unpretentious but scholarly and politically influential family in Santiago del Estero in 1906. Still a teenager, he devoted

asegurar estabilidad laboral a sus médicos, organizar la colecta de datos estadísticos y permitir a la DNSP la inspección de los servicios federalmente financiados. También las instituciones privadas y municipales financiadas debieron permitir la inspección, y lograr permiso de la DNSP para construir nuevos servicios o extender los existentes. Ello se aplicó en especial a la Administración Sanitaria y Asistencia Pública de la ciudad de Buenos Aires y a la SBC.

Para planear la organización y coordinación de la salud pública, la DNSP convocó en septiembre de 1945 el Primer Congreso Nacional de Salud Pública, con delegados propios, de las provincias y territorios, y de los ministerios nacionales. Este Congreso recomendó planear la asistencia médica sobre una base regional, y no según los límites de provincia o territorio; organizar las instalaciones de salud en modo jerárquico, desde clínicas móviles a los mayores hospitales de ciudades principales; y recategorizar la DNSP como Secretaría de Estado, equivalente a Ministerio. (36) Esta última recomendación fue efectivizada por el gobierno militar justo antes de asumir Juan Perón la presidencia, y el doctor Ramón Carrillo fue designado encabezar la nueva Secretaría de Salud Pública (SSP).

Ramón Carrillo

Ramón Carrillo nació en 1906, en una familia de Santiago del Estero sin pretensiones económicas pero intelectual y políticamente influyente. Adolescente aún, se dedicó a la historia y ganó en 1923

himself to history, winning in 1923 a gold medal for a monograph on "Juan Felipe Ibarra and His Time".



Escritor / Writer Ramón Carrillo, 1923

Then he studied medicine in Buenos Aires. He specialised himself in neurobiology –a poorly remunerated basic science, concerned with the brain-mind relationships- and neurosurgery, a specialty of whose lucrative angle Carrillo barely took advantage. A brilliant student, in 1930 he gained a scholarship to pursue his neurobiology and neuropathology studies in Europe. He boarded the ship back to Argentina in late 1933, to continue his interrupted research in the local neuroscience tradition, which distinguishes itself by articulating the research of brain-mind relationships with the branch of studies that Continental philosophy calls philosophical anthropology. Between 1930 and 1945 Carrillo contributed valuable original research about the brain

un medalla de oro por su monografía histórica, "Juan Felipe Ibarra y su tiempo".



Los padres / The parents

Estudió medicina en Buenos Aires y se especializó en neurobiología – una ciencia básica, mal remunerada, tocante a las relaciones mente-cerebro – y neurocirugía, especialidad esta cuya vertiente lucrativa Carrillo apenas aprovechó. Alumno brillante, en 1930 ganó una beca para proseguir sus estudios de neurobiología y neuropatología en Europa. Embarcóse de regreso a la Argentina a fines de 1933 para proseguir sus investigaciones en la tradición neurocientífica local, caracterizada por combinar la investigación de las relaciones mente-cerebro y la antropología filosófica. Así entre 1930 y 1945 Carrillo produjo valiosas investigaciones originales sobre las células cerebrales que no son neuronas, denominadas neuroglía, y los métodos para te-

cells that are not neurons –named glial cells- and the method for staining and observing them under the microscope, as well as on their evolutionary origin (phylogeny), and on the comparative anatomy of the brain across the several classes of vertebrates. In the same period Carrillo contributed novel techniques for neurodiagnosis: he refined iodine contrasted ventriculography, called iodoventriculography, and through it he discovered the signs marking several diseases; developed tomography, which by lack of electronic means was prevented from including operative computation yet was a precursor of what is today known as computerized tomography; and achieved its combination with electroencephalogram (EEG), a technique termed tomoencephalography. Still in the period, Carrillo attained valuable results investigating the brain herniations that protrude into blood cysterns (cysternal herniations) and the syndromes (groups of symptoms) occurring after a closed brain traumatism or contusion (postcommotional syndromes); he discovered "Carrillo's disease", or epidemic acute papillitis; described in detail the cerebral scleroses, during whose investigation he performed many cerebral transplantations (brain grafts) between living rabbits; and histologically reclassified the cerebral tumors and the inflammations (arachnoiditis) of the innermost brain envelope (arachnoid). (38) He also proposed a widely used, pre-DSM "Classification of mental diseases." In this period he pub-

ñirlas y observarlas al microscopio, así como sobre su origen evolutivo (filogenia), y sobre la anatomía comparada de los cerebros de las diversas clases de vertebrados. En ese periodo aportó nuevas técnicas de diagnóstico neurológico (yodoventriculografía, a través de la cual descubrió signos indicativo de diversas enfermedades; tomografía, que por carencia en la época de medios electrónicos no pudo integrar la computación para su procesamiento automático, pero fue precursora de lo que hoy se conoce como tomografía computadorizada; y su combinación con el electroencefalograma, llamada tomoencefalografía). También durante esos quince años logró resultados de valor investigando las herniaciones del cerebro que ocurren en sus cisternas (hernias cisternales) y los sindromes que ocurren tras una conmoción o traumatismo cerrado cerebral (síndromes post-conmocionales); descubrió la "*enfermedad de Carrillo*" o papilitis aguda epidémica; describió en detalle las esclerosis cerebrales durante cuya investigación realizó numerosos trasplantes de cerebro vivo entre conejos, y reclasificó histológicamente los tumores cerebrales y las inflamaciones, llamadas aracnoiditis, de la envoltura más íntima del cerebro (aracnoides). (38) También propuso una "Clasificación de las enfermedades mentales" que fue ampliamente empleada antes de los DSM. En este período Carrillo publicó numerosos artículos, ejerció su especialidad principalmente en el sector público, enseñó neuroci-

lished numerous papers, practised his specialty mainly in the public sector, taught neurosurgery in the university (since 1937) and history in a college (1936-1943), founded the Argentine Society of the History of Medicine, and in 1939, needing a still further salary to assist widowed mother and ten younger sibs, he accepted a new job: serving as head of the neurosurgery centre in the *Hospital Militar*. There he had his first contact with the military and, in 1943, with Colonel Juan Perón, who also had been a professor of history.



Ramón Carrillo

They made friends in a few if lengthy exchanges. By then Carrillo, winner in the Faculty's opposition concourse at 36 (1942), had also become University Chair of Neurosurgery. There he formed a squad of talented colleagues and disciples, among them German Dickmann, Raúl Matera, D. E. Nijensohn, Raúl Carrea, Fernando Knesevich, Lorenzo

rugía en la universidad (desde 1937) e historia en un colegio secundario (1936-1943), fundó la Sociedad Argentina de Historia de la Medicina, y en 1939, necesitando aun otro salario para auxiliar a su madre viuda y diez hermanos menores, tomó un nuevo empleo como jefe del centro de neurocirugía en el Hospital Militar. Allí tuvo su primer contacto con lo militar y, en 1943, con el coronel Juan Perón, quien – al igual que Carrillo lo era en ese momento – antes fuera también profesor de historia.



Friend Salomón Chichilnisky

En unas pocas aunque largas charlas se hicieron amigos. Para entonces Carrillo había ganado por concurso, a los treinta y seis años (1942), el cargo de Profesor Titular de Neurocirugía. Formó una escuadra de bien elegidos y talentosos colegas y discípulos, entre ellos Germán Dickmann, Raúl Matera, D. E. Nijensohn, Raúl Carrea, Fernando Knesevich, Lorenzo

Amezúa, Jorge Cohen, Jacobo and Leon Zimman, Rogelio Driollet Laspiur, Miguel Ragone, Juan C. Christensen and Alberto D. Kaplan. Soon, in a sudden professional change, Carrillo relinquished his very brilliant career as neurobiologist and neurosurgeon and renounced the calm and prestige derived from it, so as to fully devote himself to social medicine. From this angle he hoped to flesh out his dreams regarding health.



A moderate biologist, regarding culture as contributing at least a quarter and biology and material circumstances the other three quarters of everyone's lifetime achievements, Carrillo never mistook inherited biological differences as differences in economic class or in access to the resources needed for a thriving development of the individual possibilities; even less did he legitimate the later differences upon the former ones. This was why he deemed necessary to transform society through political changes. About this,

Amezúa, Jorge Cohen, Jacobo Zimman, León Zimman, Rogelio Driollet Laspiur, Miguel Ragone, Juan C. Christensen y Alberto D. Kaplan. Pero en brusco viraje profesional abandonó su brillantísima carrera como neurobiólogo y neurolcirujano y renunció al prestigio y tranquilidad de tal carrera para dedicarse al desarrollo de la medicina social (sanitarismo), desde donde podía realizar y concretar sus ideas sobre salud.



Biologista moderado, estimando que la cultura aportaba al menos "un cuarto" y la biología y circunstancias materiales los otros "tres cuartos" de los logros de cada uno en la vida, Carrillo nunca confundió diferencias biológicas heredadas con diferencias de clase económica o acceso a los recursos necesarios para el fructífero desarrollo de las posibilidades individuales; menos aun legitimó estas diferencias en base a aquellas. Por eso creyó necesario transformar la sociedad con cambios políticos. Sobre esto Carrillo empezó a es-

Carrillo wrote first at seventeen (photo p. 129), in a preuniversity paper commiserating with the people who, after working hard the whole life, get old without any sort of retirement. And ended by writing in 1956 that what allows room for politics to exist is the gap between just and unjust Law ("derecho justo e injusto"). Even though his father, a committed Positivist freethinker, and later his own neurobiological tradition systematically inculcated him with a thoroughgoing evolutionary view of Nature, he always repudiated the Darwinist devaluing of human life. Carrillo knew well about this conflict in scientific description. If sciences portray people as transformed food no effort to transform their society is justified. Not either it is, if sciences portray people as able to build themselves through and through and up from beginning to end. In the *intrinsical* value of every individual (even if useless as worker, reproducer, or soldier) he understood the ethic-cultural nucleus upon which it is build up the universe of symbols and meanings where people and populations develop their existence. For this reason he let his life go for the people and died dedicated to this – as, to tell the truth, in eight years he ruined his care-demanding health and passed away at fifty. ¿Why did he what he did? ¿Wherefrom does it come that those sentient foods, or omnipotent architects – people –, have value, deserve nursing, worries, respect? Carrillo first acted, moved by the love without exclusion toward the others – a love,

cribir a los diecisiete años (foto p. 129), con un artículo preuniversitario commiserando a quienes, tras trabajar duro la vida entera, llegaban a viejos sin jubilación ni retiro alguno. Y terminó en 1956 escribiendo que lo que permite que la política exista es el espacio creado entre "derecho justo e injusto". Por más que su padre, encendido librepensador positivista comtiano, y luego su tradición neurobiológica le inculcaron sistemáticamente una perspectiva por completo evolucionista de la naturaleza, siempre negó la devolución darwinista de la vida humana. Carrillo conocía ese conflicto de la descripción científica muy bien. Si las ciencias describen a la gente como alimentos transformados no se justifica ningún esfuerzo por transformar su sociedad. Si la describen como capaz de construirse a sí misma de raíz y del principio al fin, tampoco. En la valoración *intrínseca* de cada individuo (aunque no sirviera como obrero, reproductor o soldado) interpretó el núcleo éticocultural, a partir del cual se constituye el universo de símbolos y significados en que hombres y pueblos desarrollan su existencia. Por eso volcó su vida en el pueblo y murió entregado a eso – porque, a decir verdad, en ocho años desbarató su salud y se murió a los cincuenta. ¿Por qué hizo lo que hizo? ¿De dónde sale que esos víveres sintientes u omnipoentes arquitectos – la gente – tengan valor, merecen entrega, desvelos y respeto? Carrillo primero obró, motivado por el amor al prójimo sin exclusiones que fue constante en su vi-

constant in his life, surely expressed with the ideas of his time – and only later, in exile, did he draft the conceptual grounds for his action. He ended thinking that what includes is love. If one lacked concept still may include, by loving; lacked one love, conceptuating is not enough to avoid excluding. Although it was only in 1956 (38) that Carrillo achieved his definitive philosophical justification of this very strong humanitarianist stance, and although as Minister he wrestled for eight years with the economic conditionings on public health, he always championed absolutely everybody's right to accessing the society's resources that would restore his or her health, *no matter the economic cost*. He conferred priority to attention over cost. In business terms it looks as the utopy of a drunkard, lyric, delirious; yet it built up the nucleus of the health system now in use, and of most of its users' ideas on health services.



Hermano/Brother Santiago Carrillo

da – expresado por cierto con las ideas de su época – y recién después, en el exilio, esbozó el cimiento conceptual de su acción. Concluyó pensando que lo que incluye es el amor. Si me falta concepto puedo incluir amando; si me falta amor, no basta conceptualizar para no excluir. Aunque fue recién en 1956 (38) que Carrillo alcanzó su definitiva justificación filosófica de esta muy fuerte postura humanitaria y aunque pasó ocho años bregando como Ministro contra condicionamientos económicos a la salud popular, siempre defendió el derecho de absolutamente cada quien de acceder a los recursos de la sociedad que pudieran restaurarle su salud, *sin importar el costo económico*. Priorizó la atención sobre el gasto. Comercialmente esto 'parece la utopía de un mamao', un absurdo, un delirio; pero uno que edificó el núcleo del sistema de salud hoy en uso – y las ideas sobre servicios de salud de la mayoría de sus usuarios.



Esposa / Wife Isabel Susana Pomar Etchecopar

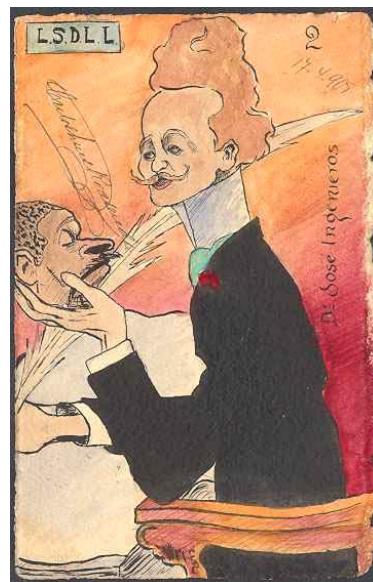
What Carrillo meant was that defraying people's health costs, similar to the current paying a nation's foreign debt, is not a mere accounting balance but an act of political will. Carrillo summarized his policy by defining it as "*an efficient assistance to the individual and family, continuous and complete, gratis for the people that needs it, with free choice of the physician by the patient, wherein the professional personnel acts for the community offering their services pooled and cooperatively, in terms of the demand and seeking the equilibrium among the medical needs of the population*".



Evita

"Ramón Carrillo was not a social darwinist; on the contrary, he went up against the evolutionistic devaluation of human life. Neither he did work for elitist estrategies, nor profited by these, nor he did public health medicine for the "human resources" market or for strengthening any social sector, but for the happiness of concrete individuals (logically, his public health work was unable to exempt

Lo que significaba Carrillo es que costear la salud popular, tal como hoy pagar la deuda externa de un país, no es mero balance de cuentas sino un acto de voluntad política. El mismo Carrillo resumió su política definiéndola como "*una asistencia individual y familiar eficiente, continua y completa, con gratuidad para la población que la necesite, con libre elección del médico por el paciente, en la que los profesionales actúen para la comunidad ofreciendo sus servicios mancomunados, según la demanda de prestaciones y buscando el equilibrio entre las necesidades médicas de la población*".



Social Darwinist José Ingenieros

"Ramón Carrillo no fue un darwinista social (al contrario, se opuso a la devaluación evolucionista de la vida humana) ni laboró por estrategias elitistas, ni las usufructuó, ni hizo sanitarismo para el mercado laboral o para robustecer ningún colectivo social sino para la felicidad de los individuos concretos (lógicamente, sin que su labor médica pudiera eximirlos de las incidencias de la re-

the patients from the consequences of recovering their health in their social milieu); nor he reconverted his scientific stances into ideologies for excluding or pathologizing social sectors (not even when facing the very serious quarrels with all sides that brought onto him his well known move to integrate the different, *i.e.*, the costly medical care of prostitutes and their clients); nor he did declare morality, social inequality, or poverty biology-based. On the contrary, he included the whole population without exclusions in his Public Hospital – which does not precisely contribute to the survival of the fittest; this was a selectionist goal that Carrillo was rather to protect when he was incumbent of the Army's sanity, in a scenery of possible war. And all this is a consequence of his recognizing that healthcare is a right, not a charity gift. He thus set value as foundation of actions and facts. We already saw that, when conceptual grounds were insufficient, love supplied it." (38)

Carrillo certainly played a pivotal role in the events of 17 October 1945. Then, by taking profit of the opportunity allowed by the ensuing rise of the Peronist party, in 1946 he moved to confront the causes of diseases with the public power at his disposal. His closeness to Perón, with whom Carrillo only two years before was introduced, is revealed by the fact that Perón and Evita were respectively best man and head bridesmaid at his July 1946 wedding, had in his home at 3036 French street. (39)

cobrada salud en su medio social), ni reconvirtió sus posturas científicas en ideologías para la exclusión o la patologización de sectores sociales (ni siquiera ante los muy serios problemas con todos los sectores que le atrajo su más conocida iniciativa para la integración de lo diferente, a saber, el costoso cuidado médico de la oferta sensual y sus feligreses), ni declaró moralidad, desigualdad o impauperación basadas en la biología. Todo lo contrario, incluyó sin exclusiones a toda la población en su Hospital Público – que no contribuye precisamente a la supervivencia del más apto, objetivo seleccionista este que Carrillo en cambio había debido tutelar mientras le incumbía ocuparse de la sanidad del ejército en un escenario de posibles contiendas – y ello como consecuencia de reconocer que se trata de un derecho, no de una obra de caridad. Puso pues el valor por fundamento de obras y hechos. Ya vimos que cuando la fundamentación conceptual no alcanzaba, el amor la suplía." (38)

Carrillo de seguro jugó papel crucial en los acontecimientos del 17 de octubre de 1945. Enseguida, aprovechando la oportunidad que le brindaba el ascenso del partido peronista, en 1946 decidió dedicarse a atacar las causas de las enfermedades desde el poder público a su alcance. Su cercanía a Perón, al que Carrillo había conocido sólo dos años antes, la revela el hecho que en julio de 1946 hayan sido Perón y Evita los padrinos de su boda, celebrada en su hogar de French 3036. (39)

Politically, Ramón Carrillo was a nationalist and a "conservative" in the sense that he was a believer in Argentine values that he believed had been traduced by the liberal oligarchy. At his return in the 1930's, years labeled in Argentina "The Infamous Decade", Carrillo witnessed what has been described as the "systematic sacking and destruction of his fatherland, a period characterized by the leaders' deep moral decadence, in which corruption, economic felonies, the selling out of the national patrimony, and the impoverishment of the population's majority self-imposed" (Ordóñez). Thus disillusioned – because of the "Infamous Decade's" mismanagement – of the socio-cultural proposals of the liberal, American-style democratic system, he explicitly rejected both its alternatives to exploit people in ways stalinist and nazifascist (Chichilnisky, his best friend and main partner in the Ministry, was a Jew; Carrillo always kept close ties with the Jewish abounding in his professional milieu, occasionally hid at home a chased one, Germán Dickmann, and selected many as officers in the Ministry or as assistants to receive neurosurgery training; allocated a partition of the Government sponsored slaughtering houses for Jewish ritual slaughterers, which had been the religious office of Chichilnisky's father, and after the creation of Israel promoted its diplomatic recognition and –jointly with Mme. Eva Perón though against the Foreign Relations ministry– he supported Pablo Manguel as the

Políticamente, Ramón Carrillo era nacionalista y "conservador" en tanto sostenía los valores argentinos que, estimaba, habían sido envilecidos por la oligarquía liberal. Regresó a Buenos Aires en plena "Década Infame", donde pudo vivenciar lo que ha sido calificado como el "sistemático saqueo y destrucción que sufría su patria, en un periodo caracterizado por la profunda decadencia moral de la dirigencia, donde se impone la corrupción, el negociado, la enajenación del patrimonio nacional y el empobrecimiento de una gran mayoría poblacional" (Ordóñez). Adhirió entonces al pensamiento nacionalista que tomó auge en aquella época, rechazando explícitamente tanto las propuestas socioculturales anglo-norteamericanas cuanto los modos alternativos de explotar a la gente con el estalinismo y el nazifascismo. (Carrillo siempre mantuvo estrechos vínculos con los judíos que abundan en su profesión, su mejor amigo, Chichilnisky, era uno; ocasionalmente ocluyó en casa a otro, Germán Dickmann, que era perseguido, y seleccionó a muchos como colaboradores en el ministerio o para entrenarlos en neurocirugía; en los mataderos oficialmente fiscalizados estableció una sección para el ritual judío de matanza *kosher*, oficio religioso este del padre de Chichilnisky; tras la creación de Israel promovió su reconocimiento y, con *Evita* y contra la Cancillería apoyó la elección de Pablo Manguel como el primer embajador que recibió ese país, en 1949). Buscando una revolucionaria re-

first Ambassador received there, in 1949). Thus, looking forward to a re-moralizing revolution, Carrillo adhered to the locally rising nationalist thought. He reinforced his close relationship with his former companion of elementary school Homero Manzi, a poet and tango writer that declared, "We aren't neither of the official party nor the opposition, we're revolutionary", as well as Arturo Jauretche, Raúl Scalabrini Ortiz, and tango and theater composers Armando Discépolo y Enrique Santos Discépolo, representatives of tango culture and the nationalistic ideas. Thereby Carrillo loosely associated himself with the political group FORJA (Radical Orientation Forces of the Argentine Youth; the acronym also means "forge"). A center of economic and political studies as well as an important nationalist and anti-imperialist political hub of its time that denounced the Roca-Runciman pact, FORJA has been founded by Radical Party youth leader Arturo Jauretche, on June 29, 1935, as an internal offshoot of the Radical Civic Union (UCR). The nationalism of the FORJA was predicated on a "revisionist" interpretation of Argentine history, one that saw the Europeanizing influence of Buenos Aires as an obstacle to future national development. In particular, they looked at the work of Raúl Scalabrini Ortiz, who attacked British imperial policy and trusted that "*Who'll open the way to the new situation will be the humble, the destitute, the workers*". Another key FORJA figure was Manuel Ugarte, expelled from the Socialist Party for "na-

moralización, complementó su educación científica con ideas políticas y formación cultural. Se re-vinculó con su compañero de estudios primarios Homero Manzi, poeta y hombre de tango que puntualizaba "*Nosotros no somos ni oficialistas ni opositores, somos revolucionarios*", y con otros como Arturo Jauretche, Raúl Scalabrini Ortiz y los autores teatrales y de tango Armando Discépolo y Enrique Santos Discépolo, representantes de la cultura y las nuevas ideas nacionales. De este modo Carrillo se asoció desenvueltamente con el grupo político FORJA ("Fuerza de Orientación Radical de la Joven Argentina"). Este era un centro de estudios económicos y políticos que fue en su tiempo importante núcleo político nacionalista y antiimperialista y denunció el pacto Roca-Runciman. FORJA había sido fundada por el dirigente juvenil radical Arturo Jauretche, el 29 de junio de 1935, como una agrupación interna de la Unión Cívica Radical (UCR). El nacionalismo de FORJA se pregonaba sobre una interpretación "revisionista" de la historia argentina, que veía la influencia europeizante de Buenos Aires como obstáculo al futuro desarrollo nacional. Seguía los estudios de Raúl Scalabrini Ortiz, adversos a la política imperial británica y confiados en que "*Quienes abrirán la senda de los hechos nuevos serán los humildes, los desmunidos, los trabajadores*". Otra figura clave para FORJA era Manuel Ugarte, expulsado del Partido Socialista por "desviación nacionalista". Un miembro más joven era John William Cooke. Re-

tionalist deviations". A younger member was John William Cooke. It is significant that Jauretche, Scalabrini Ortiz, Ugarte, and Carrillo all went to work in Perón's first administration. Cooke, an enterpriser involved in a strategic guerrilla collaboration with Che Guevara in the late 60s ("*Resisting isn't enough, without counterattack there is no victory*"), after 1956 and for a decade was to be the Peronist movement's head, had Perón died.

Between 1941 and 1943 Carrillo kept membership in the National Democratic Party and formed part of the wing dedicated to reform. He supported the June 1943 revolution and took a strong neutralist position with regard to Argentina's joining the allies in World War II. It is worth noting, with Leonardo Senkman, that Argentine neutrality in WWII favoured both Great Britain and Germany, though not the U.S. (40) This stance resulted in a concerted campaign in 1945 to force Carrillo out of his position in the governing council of the Faculty of Medical Sciences of the University of Buenos Aires, of which he was Dean. He successfully resisted the pressure, though earning enemies from both sides. By the time he had declined positions such as *Director Nacional de Salud Pública*, of the *Asistencia Pública*, and of the Churruca Hospital, so as not to quit his research work. On January 11, 1946, he was to write to Perón: "...Dear colonel and friend; certain of my inexperience for parliamentary tasks, I find myself obliged to indeclinably re-

sulta expresivo el hecho de que Jauretche, Scalabrini Ortiz, Ugarte y Carrillo se pusieron todos a trabajar en el primer gobierno de Perón. Cooke, empresario envuelto en estratégica colaboración con el Che Guevara en la guerrilla de fines de los sesenta ("*Con la resistencia no alcanza, sin contraataque no hay victoria*"), tras 1956 y durante unos diez años fue, en el movimiento peronista, el jefe previsto para substituir a Perón en caso que este falleciese.

Entre 1941 y 1943 Carrillo fue miembro del Partido Demócrata Nacional y formó la parte del ala dedicada a la reforma. Carrillo apoyó la revolución de junio de 1943 y asumió una marcada posición neutralista, contraria a que la Argentina se uniera a los aliados en la segunda Guerra Mundial. Cabe notar, con Leonardo Senkman, que el neutralismo argentino en la segunda guerra favorecía tanto a Gran Bretaña como a Alemania, pero no a EE.UU. (40) Esta posición en 1945 causó una campaña concertada para obligarle a dejar su posición en el consejo directivo de la Facultad de las Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires, donde era Decano. Carrillo resistió satisfactoriamente a la presión, ganando enemigos de ambas partes. Para entonces, por no dejar su investigación biomédica, ya había declinado puestos tales como Director Nacional de Salud Pública, de la Asistencia Pública, y del Hospital Churruca. El once de enero de 1946 escribiría a Perón: "...mi estimado coronel y amigo; en la convicción de mi inexperience para la tarea par-

nounce to the high honour that you bestowed on me in consecrating me as a candidate to the position of National Senator..." These four declinations intimate that Carrillo actively sought the specific position enabling him to build up the public health system in his country. Eleven months later his Analytic Plan of Public Health surfaced, published in December 1946. He unswervingly adhered to the basic principles of Peronism, namely social justice (against Stalin and alike materialist statisms), economical independence (against wild capitalism), and political sovereignty (against their colonialisms), though differing on many concrete points of application. The Ministry's copious sanitarian propaganda (education for health) addressed the whole Argentine population, including neither propaganda of the party nor of the president, Perón, or his wife, *Evita*. While the leaders and functionaries of the *Revolución Libertadora* tried to portray him as corrupt, there is no evidence of this. Nor is there any evidence that Carrillo was an opportunist. He was a genuine adherent of Peronism because and while the values advanced by Perón coincided with his own values. When he felt this changed, he quitted, not renouncing but simply sending an informative letter to the President, one year and two months before Perón went forced out. Despite this long disconnection, after the coup d'état (Sept. 16, 1955) he was to stay out of the country. Exiled, seriously ill (insufficiently treated hypertension), politically chased

lamentaria, me veo obligado a renunciar indeclinablemente al alto honor que me ha conferido al consagrarme candidato a Senador Nacional..." Esta serie de cuatro declinaciones apunta que Carrillo buscó de modo activo la posición específica que le permitiese erigir el sistema de salud pública del país. Once meses después aparecía su Plan Analítico de Salud Pública, editado en diciembre de 1946. Adhirió firmemente a los principios básicos del peronismo: justicia social (contra Stalin y el estatismo materialista), independencia económica (contra el capital salvaje) y soberanía política (contra el colonialismo), aun disintiendo en numerosas cuestiones concretas. La profusa propaganda sanitaria del ministerio (educación para la salud) se dirigía a toda la población nacional y no incluía propaganda del partido, ni del presidente Perón o su esposa *Evita*. Aunque los líderes y los funcionarios de la *Revolución Libertadora* intentaron pintarlo como corrupto, no hay ninguna evidencia de ello. Ni hay evidencia alguna de que Carrillo fuera un oportunista. Fue un adherente genuino al peronismo porque y mientras los valores que Perón promovía coincidieron con sus propios valores. Cuando sintió que esto cambiaba abandonó el cargo de ministro de Salud Pública de la Nación, sin renunciar formalmente pero enviando al presidente una simple carta, catorce meses antes que lo derrocaran. No obstante para salvar su vida tras el cambio de gobierno Carrillo debió permanecer fuera del país. Exiliado, enfermo (hipertensión

(labeling him as a "malingerer", the Argentine government that ousted Peron presented a formal protest before the Brazilian government that had provided Carrillo some medical help; his books and pictures in Buenos Aires were sacked) and suffering grievous poverty with his wife and little children, Ramon Carrillo passed away in Belém do Pará, Brazil (Dec. 20, 1956). Circumstances notwithstanding, during this terrible year he still produced works on philosophical anthropology.

With regard to the principles underlying health policy, Carrillo argued from a number of positions. Having lectured in History of Civilization, he believed that the history of health care, although not unilineal, revealed an evolutionary trajectory. He remarked that humans in prehistoric times lacked all forms of organised medicine. As societies became more complex, charity constituted the mode by which society helped the infirm. A major advance occurred with the organisation of campaigns to prevent infectious diseases. Associated with this period was the development of scientific techniques including surgery. The beginnings of state intervention in the health sector marked an incremental leap forward. Finally, the state emerges as the primary agent of health care including in therapeutic, prophylactic and social medicine. (41) In this advanced period there is an intimate relationship between the state and the individual. The state takes on the responsibility of providing health care for the citi-

mal atendida), políticamente perseguido (el gobierno argentino de facto que produjo el derrocamiento presentó ante el de Brasil una protesta por prestársele a Carrillo ayuda médica, calificándolo de "prófugo"; sus libros y cuadros en Buenos Aires fueron saqueados) y tras padecer con su familia grave pobreza, falleció en Belem do Pará, Brasil, el 20 de diciembre de 1956. Pese a las terribles circunstancias en que vivía, durante ese último año Carrillo aun produjo trabajos de antropología filosófica.

Con respecto a los fundamentos de la política de salud, Carrillo argumentó desde diversas posiciones. Habiendo enseñado Historia de la Civilización, veía la historia de asistencia médica como una trayectoria evolutiva, si bien no unilineal. Observaba que la gente en épocas prehistóricas careció de toda forma de medicina organizada. Al tornarse más complejas las sociedades, el modo en que ayudaban al enfermo fue la caridad. Un adelanto de fuste ocurrió con la organización de campañas para prevenir enfermedades infecciosas. Asociado con este período advino el desarrollo de técnicas científicas, incluida la cirugía. Los inicios de la intervención estatal en el sector salud marcaron un gran salto adelante. Finalmente, el Estado surgió como agente primario de la asistencia médica, para la medicina terapéutica, profiláctica y social. (41) En este período avanzado hay una relación íntima entre el Estado y el individuo. El Estado toma la responsabilidad de proveer asistencia médica a los ciudadanos, pero a cambio los ciu-

zens, but in return the citizens have a duty to look after their own health and to support the state. The context vision is neither liberal nor corporatist: State does not overlap with society; the collective agents are sectors sharing common interests with the State, their benefits become institutional through norms of compulsory realization and cost supported by the whole population, priority for such agents is their intimacy and articulation to Government. The latter, by its political power, upholds some marginal sectors while limiting those sectors availing of a power excessive yet improductive for the society as a whole.

This picture, of an inner unity that does not exclude the differences grounded in the reality, might be difficult to get if the Peronist *movement* is mistaken as the Peronist *party*. This mix-up is frequent among the adversaries of the latter. Talking to them by radio about this, *Discepolin* (Enrique Santos Discépolo, 1901-1951) said repeatedly: "The day you'll work me out, Mordisquito, you'll get sad by having took so long." And Lizardo Sánchez explains, "A movement usually contains a party but does not limit itself to it. Every social organisation that a people spontaneously organizes becomes a part of this movement. Thus every fact produced by these organisations becomes a fact with a political made-up, just because of the mere fact of occurring in articulation with the others. So it is, because such movements are the political expression of a culture. ... It is the very movement that be-

dadanos tienen el deber de cuidar de su propia salud y apoyar al Estado. La perspectiva contextual no es ni liberal ni corporativista: el estado no se superpone con la sociedad; los agentes colectivos son sectores que comparten los mismos intereses con el Estado, sus beneficios se institucionalizan con normas de cumplimiento obligatorio y costo soportado por la población total, para tales agentes sectoriales lo prioritario es su cercanía y articulación al Gobierno. Este con su poder político beneficia a sectores marginados, mientras limita a los que cuentan con poder sectorial excesivo e improductivo para la sociedad en general.

Este cuadro, de una unidad interior que no excluye las diferencias fundadas en la realidad, podría ser difícil de entender si se tomase al *movimiento* peronista por el *partido* peronista, confusión frecuente entre los adversarios de este último. Hablándoles por radio de esto repetía siempre *Discepolín* (Enrique Santos Discépolo, 1901-1951): "El día que me entiendas, Mordisquito, te vas a entristecer de haber tardado tanto." Lizardo Sánchez explica que "Un movimiento normalmente contiene a un partido pero no se limita a ello. Cada organización social que libremente organiza un pueblo se constituye en parte de ese movimiento. Así que cada hecho producido por estas organizaciones, por el mero hecho de darse articulándose con las demás se constituye en un hecho de construcción política. Ello es así porque estos movimientos son la expresión política de una cultura. ... es el mis-

comes the intermediation between people and political system. That is, at bottom the difference comes to vanish between political expression and social organisation. These organisations encompass all the social sectors or areas: unions, students, youth, women, urban quarters; and they act in every possible activity: social, revindicative, sport, mutual, and specifically political. All this is possible by means of two elements: the unity of conception, facilitated as it expresses a shared culture, and the acceptance of a leadership. Leadership is essential to the concept of movement. It is exercised by a concrete individual, the current shape of the adalid or caudillo, a figure that cast roots in the Spanish *reconquista* or the American conquest... Usually a two-ways connectionship is established between the leader and the people, the former learning to find solutions for the partaked troubles, the latter widening their levels of political conscience. This leadership is one of the most accomplished democratic structures of our peoples, as it is kept by means of the simple acceptance and ends wherever it waters down. It uses to appear associated to a political party, subordinated to the movement, which limits itself to lend a lawful structure so as to keep formalities..." (42) This passion-rooted concept, difficult and uneasy for a formalist mind, was pointed out by the dictum, *The peronist litre doesn't enter in a litre bottle*. Thus, writes Jorge Rachid, it may be understood that "even if this resembles

mo movimiento quien se constituye en la intermediación entre el pueblo y el sistema político. O sea que en el fondo tiende a desaparecer la diferencia entre expresión política y organización social. Estas organizaciones abarcan todos los ámbitos o sectores sociales: sindicatos, estudiantes, juventud, mujeres, barrios; y actúan en todas las actividades posibles: sociales, reivindicativas, deportivas, comunitarias, y específicamente políticas. Todo esto es posible mediante dos cosas: la unidad de concepción, facilitada por expresar una misma cultura compartida, y la aceptación de una conducción. La conducción es esencial a la idea de movimiento. Es ejercida por una persona concreta, forma actual del adalid o del caudillo que hunde sus raíces en la reconquista española o en la conquista americana... Normalmente se establece una relación de ida y vuelta entre conductor y pueblo, aprendiendo aquél a encontrar soluciones a los problemas comunes y ampliando este sus niveles de conciencia política. Esta conducción es una de las mas acabadas formas democráticas de nuestros pueblos, pues se sostiene mediante la simple aceptación y termina cuando esta se diluye. Suele aparecer asociada a un partido político, subordinado al movimiento, que se limita a prestar una estructura legal para mantener la formalidad ..." (42) Este concepto de arraigo pasional, difícil para una mentalidad formalista, fue recogido en el dicho "*El litro peronista no entra en una botella*" (de un litro). Así, escribe Jorge Rachid, puede entenderse

a slogan, Perón's thought remains alive insofar as they remain alive, too, the conditions of destitution and claudication that originated the irruption of the movement. This one, after more than fifty years, became not only the principal supporter of the nation but also the very expression of the national identity and political culture." (43).

Carrillo also argued that the state needed to play the major role in health care because the recent history of Argentina revealed that many workers were unhealthy and this caused a considerable loss in production. He estimated that Argentina lost \$4 billion annually on account of ill health through lost work days, premature or avoidable deaths, early retirement on account of incapacitation, and the cost of treating illnesses that could have been avoided. Expenditure on health was therefore an investment, not a luxury. (44)

In his evolutionary outlook of the Argentine Public Health history, Carrillo recognised that in certain areas such as Catamarca, La Rioja and Jujuy, medicine remained in a prehistoric stage, while in most of the country the ideology of charity still prevailed. Even there, public health care was not at everybody's reach, inasmuch as outside the urban centers it was nonexistent. Far from sticking to any biological ineluctability and ensuing exclusion, Carrillo believed that with the advent of Peronism, the state would be able to force these early stages of devel-

que "aunque parezca un *slogan*, el pensamiento de Perón sigue vivo porque siguen vivas las condiciones de desamparo y claudicación que originaron la irrupción del movimiento, el que después de más de cincuenta años se convirtió no sólo en principal sostenedor del país sino en la expresión misma de la identidad y la cultura política nacional" (43).

Carrillo argumentó, asimismo, que el Estado debía jugar el principal papel de la asistencia médica porque la historia argentina reciente revelaba muchos trabajadores enfermos y ello causaba considerable pérdida en la producción. Estimó que por la mala salud la Argentina perdía cuatro mil millones moneda nacional cada año, en días laborales faltados, muertes prematuras o evitables, anticipación jubilatoria por incapacidad, y el costo de tratamientos que hubieran podido evitarse. El gasto en salud era por tanto una inversión, no un lujo. (44)

En su perspectiva evolutiva de la historia de la salud pública argentina, Carrillo reconocía que en ciertas áreas, como Catamarca, La Rioja y Jujuy, la medicina permanecía en una etapa prehistórica, mientras en la mayor parte del país aún prevalecía la ideología de la caridad. Esta aun allí no estaba al alcance de todos, pues no llegaba fuera de las urbanizaciones. Lejos de aferrarse a ninguna ineluctabilidad biológica y consecuente exclusión, Carrillo creyó que con el advenimiento del peronismo el Estado podría impeler esas formas primitivas a desarrollarse,

opment into the modern period. There was still much to do in Argentina with regard to therapeutic and prophylactic medicine, but the higher stage of social medicine was achievable because of the Peronist revolution. Better housing, higher wages, improved nutrition, safer working conditions would lead to better health. (45)

Carrillo's philosophical formulations were not particularly original. His conception of social medicine, for example, is a reiteration of the inaugural address of Dr Manuel A. Viera, the director of the DNSP to the First National Health Congress in 1945 (46) while his observations and calculations on lost production were based on material published in the United States. What is original is his emphasis on the Peronist revolution as the means to achieve a healthy population. His is a political vision of public health.



Development of the Health Sector during the First Five Year Plan (1946-1951)

With characteristic energy, Carrillo and his team in the SSP

e ingresar a lo moderno. Mucho quedaba todavía por hacerse en la Argentina en medicina terapéutica y profiláctica, pero la medicina social, su nivel más alto, ya era alcanzable debido a la revolución peronista. Mejor alojamiento, salarios más elevados, mejor nutrición, más seguridad en el trabajo, llevarían a mejor salud. (45)

Estas formulaciones filosóficas de Carrillo no eran particularmente originales. Su concepción de la medicina social, por ejemplo, reitera la alocución inaugural de Manuel A. Viera, director del DNSP, al Primer Congreso Nacional de Salud en 1945 (46), mientras que sus observaciones y cálculos sobre producción perdida se basaron en material publicado en los Estados Unidos. Lo que es original es su énfasis en la revolución peronista como medio de alcanzar una población sana. La suya es una visión política de la salud pública.

Carrillo and Evita



Desarrollo del sector salud durante el Primer Plan Quinquenal (1946-1951)

Con característica energía, Carrillo y su equipo en la SSP tra-

worked feverishly in his home-center of operations at French street, to prepare two key documents to be included in the First Five Year Plan. These consisted of a *Código Sanitario y de Asistencia Social* and a *Plan Analítico*. The Código gave the national state wide ranging powers in the health sector, including the organisation of the general health and public hygiene of the nation; the unification of medical and social assistance to benefit all, with the poor guaranteed free services; the total control of the central state over the Capital Federal, national territories, frontiers, ports, airports, and all other services related to internal and external trade and international treaties; the prevention and control of all endemic diseases; the provision of assistance to mothers and infants; and the negotiation of treaties relating to health with the provinces. Fifty-nine specific health areas were identified.

In many ways, the Código restates the objectives of the DNSP but there is a greater emphasis placed on environmental health and on the health of workers. Moreover, the document states that the SSP would authorise and oversee all new health related constructions be they private or public. The Código also projected the formation of a *Fondo Nacional de Salud y Asistencia Social* to finance public health. (47)

The Plan Analítico was a project of hospital construction and re-organisation of the SSP. Carrillo proposed that the state

jaron febrilmente en su casa y cuartel general de la calle French, para preparar dos documentos clave que habrían de incluirse en el Primer Plan Quinquenal. Eran un Código Sanitario y de Asistencia Social y un Plan Analítico. El Código brindó al Estado nacional amplios poderes en el sector salud, que incluían la organización general de la salud e higiene pública de la nación; la unificación de asistencia médica y social para beneficio de todos, garantizando a los pobres servicios gratuitos; el control total del gobierno central sobre la Capital Federal, territorios nacionales, fronteras, puertos, aeródromos y demás servicios vinculados al comercio interior y exterior y los tratados internacionales; la prevención y control de toda enfermedad endémica; la asistencia materno-infantil; y la negociación de tratados sanitarios con las provincias. Fueron identificadas cincuenta y nueve subáreas de salud.

El Código reafirma en mucho los objetivos de la DNSP, pero coloca mayor énfasis en sanidad ambiental y en la salud de los trabajadores. Además, el documento declara que la SSP aprobaría y supervisaría toda nueva construcción relacionada a la salud, fuera privada o pública. El Código proyectó también la formación de un Fondo Nacional de Salud y Asistencia Social para financiar la salud pública. (47)

El Plan Analítico fue un proyecto de construcción de hospitales y de reorganización de la SSP. Carrillo propuso que el Estado invir-

invest mn\$200 million annually in the public health sector. 83,400 new beds would be created of which some 25,000 would be in general hospital and rural health centres, urban specialist centres, health and urban medical centres and hospitals for workers, 15,000 in maternity centres, 30,000 for mental patients and the chronically ill, 10,000 for tuberculosis sufferers, and 3,000 for lepers. The total cost of these would be mn\$425 million. A further mn\$200 would be invested in the development of research, educational, treatment and administrative institutions which would contain a further 3,370 beds. Finally, mn\$50 million would be spent on health professionals who would provide care in health facilities, act as family doctors, and also attend to the ill in their homes. Carrillo denominated this the semisocialisation of medicine. (48) Doctors could elect to enter this system on the basis of receiving a payment of between mn\$500 to mn\$1,500 monthly for attending to the poor for three hours per day. (49) Patients would enter this system by way of the entrance-level facilities for medical check up, independent but under contract with the State with costs defrayed by a unique health insurance for the whole population. Health Centers would ensue for ambulatory care in specialties, that also carry out prevention and sanitary education and work as agents of the Public Health programs. Finally the scheme sets the greater health facilities and "town-hospitals", with the largest

tiera en el sector de salud pública mn\$ 200 millones cada año. Habrían de crearse 83.400 camas nuevas, de las que estarían unas 25.000 en hospitales generales y centros rurales, centros urbanos especialistas, centros médicos para trabajadores urbanos y de salud y hospitales; 15.000 en centros de maternidad, 30.000 para pacientes psiquiátricos y otros enfermos crónicos, 10.000 para tuberculosis y 3000 para leprosos. El costo total de estos sería mn\$ 425 millones. Otros mn\$ 200 millones serían invertidos en el desarrollo de instituciones de investigación, educativas, de tratamiento y administrativas, con 3370 camas más. Finalmente, se gastarían mn\$ 50 millones en los profesionales de salud que brindarían la atención en institutos sanitarios, actuarián como médicos de cabecera y asistirían también enfermos en sus casas. Carrillo denominó a esto la semisocialización de la medicina. (48) Los médicos iban a poder ingresar al sistema con un sueldo de entre mn\$ 500 a mn\$ 1500 mensuales, para asistir a los pobres tres horas al día. (49) Los pacientes iban a poder ingresar al sistema por consultorios médicos independientes pero contratados por el Estado, con cargo a un único seguro de salud para toda la población. Luego habría Centros de Salud para la atención ambulatoria en variadas especialidades que además desarrollarían prevención y educación sanitaria y serían agentes de los programas de salud pública. Por fin se llegaría a policlínicos y ciudades hospitalares, con los mayores recursos y

resources and the best available technology. The schema is remarkably similar to the organization of the British National Health Service nowadays.



In line with Carrillo's general philosophy that the age of unconnected care via charity organizations needed to be superseded by the epoch of state activity, and that the system needed to be centralised and its regulation unified, a number of the private charity health facilities were taken over by the SSP. The SBC was the most important of these. It was intervened in September 1946, and transferred to the SSP in February 1947. Others later fell to the SSP because their financial situation became untenable, in part because they were denied state funding but also because their costs increased as they were forced to pay higher wages and improve the conditions of their personnel in line with STP regulations. By May 1952, 14 charity organizations, apart from the SBC, with a total number of 1,407 beds, had been swallowed by the SSP. Others were taken over by

la mejor tecnología disponible. Se trata de un esquema llamativamente similar a la organización en nuestros días del Servicio Nacional de Salud británico.



Conforme a la filosofía general de Carrillo –acerca de la mudanza desde una época de asistencia inconexa vía organizaciones de caridad a un tiempo de actividad estatal; y acerca de que el sistema de salud debía centralizarse y unificar su regulación– la SSP se posesionó de cierto número de instituciones caritativas privadas, que venían brindando servicios sanitarios. La SBC fue la más importante. Esta sociedad fue intervenida en septiembre de 1946 y transferida a la SSP en febrero de 1947. Otras después terminaron en la SSP porque las finanzas se les hicieron insostenibles, ya que se les negó financiación estatal; y también porque sus gastos aumentaron, al obligarlas a pagar más emolumentos y mejorar las condiciones de su personal para cumplir las regulaciones de la STP. Hacia mayo de 1952 la SSP había absorbido 14 obras de caridad, aparte del SBC, con 1407 camas

provincial governments. However, despite government policy, during the Peronist period the sector could not be fully substituted. The number of beds provided by private and cooperative organisations remained at around 23,000 between 1946 and 1953. (50)

Indeed, until 11 March 1949 Carrillo had not even defined the functions, duties and powers of the new Ministry he was organizing. That day the new Constitution was passed. As a part of the worldwide movement called social constitutionalism, besides granting the social right to an integral attention of health at all ages it also introduced special workers' rights (*Decálogo del Trabajador*), the equality of females and males in family relationships, the university autonomy, the social function of property, the capital's duty of being in the service of social welfare, and the rules for the intervention of the State in economy. The later, as representative John William Cooke explained it, became a need as much to prevent the exploitation of the weak as to facilitate the even and congruent development of the economic forces. In 1956 this National Constitution was abolished by an Executive Order of the empowered insurgents.

Carrillo moved rapidly to reinforce and expand the 1945 policy of the DNSP to establish regional delegations of the SSP. These had been instituted by early 1947. While Carrillo intended that these would provide an expansive health service for all Argentines from the bottom up, the results were not

en total. Los gobiernos provinciales asumieron otras. Pese a tal política, durante el período peronista el sector no fue reemplazado del todo. Entre 1946 y 1953 el número de camas en organizaciones privadas y cooperativas se mantuvo en unas 23.000. (50)

De hecho, hasta el 11 de marzo de 1949 Carrillo no tuvo definidas las funciones, deberes y facultades del nuevo Ministerio que estaba organizando. Ese día la nueva Constitución fue aprobada. Parte del movimiento internacional llamado constitucionalismo social, además de la garantía de salud integral a toda edad también introdujo los derechos de los trabajadores (*Decálogo del Trabajador*), la igualdad de mujeres y varones en la familia, la autonomía universitaria, la función social de la propiedad, el deber del capital de servir al bienestar social, y las reglas para la intervención estatal en la economía. Estas, como señalaba el convencional John William Cooke, son necesarias para impedir la explotación de los débiles y para facilitar el desarrollo orgánico y equilibrado de las fuerzas económicas. Siete años después, esta Constitución Nacional sería derogada por decreto de los sediciosos llegados al poder político.

Para reforzar y ampliar la política de 1945 de la DNSP, Carrillo había creado sin demora delegaciones regionales de la SSP. Al iniciarse 1947 ya existían. Pero mientras Carrillo quiso que brindaran a todos los habitantes "de abajo a arriba" un expandido servicio médico, los resultados no

significant. The SSP regional delegations certainly posed no real threat to the provincial governments which, during this period, expanded their own health facilities. Indeed, in both numbers of health facilities and numbers of beds, it was the provincial ministries of health that emerged by 1953 as the organizations that had most expanded the provision of health care. But also very notable are health institutions under the control of other national ministries. Between 1946 and 1953, the number of health establishments of the provinces increased from 50 to 1,838, and the number of beds from 8,100 to 37,395. For other national ministries the figures are zero in 1946, but 128 establishments and 18,328 beds in 1953. The figures for the municipalities remain fairly static. (51)

These figures reveal that Carrillo did not establish any hegemony of the national state on the whole health system. Jurisdictions remained jurisdictional. The sole aspect in which he approached a pursuit akin to this, was his pursuance of the broadest applicability for some very basic, generic ideas across all jurisdictions, which after 1949 became barely required in face of the social rights consecrated by the new Constitution. The inconveniences that Carrillo identified in centralising and unifying health assistance arose partly out of his problems with funding. Reliance on general revenues to fund public health was unreliable and probably unsustainable. In late 1946 Congress authorised, in all, mn\$1,000 mil-

fueron significativos. Las delegaciones regionales de la SSP por cierto no plantearon ninguna amenaza verdadera a los gobiernos provinciales. Estos, en el período, ampliaron sus propias instalaciones de salud. En número de institutos y de camas, los ministerios provinciales de salud resultaron para 1953 las organizaciones que más habían aumentado su cuota de asistencia sanitaria. Pero también las instituciones sanitarias de otros ministerios nacionales son dignas de nota. En cuanto a las provinciales, entre 1946 y 1953 su cantidad aumentó de 50 a 1838, y el número de camas de 8100 a 37.395. Para otros ministerios nacionales, las cifras fueron cero en 1946 y 128 establecimientos con 18.328 camas en 1953. Para los municipios las cantidades quedaron bastante estáticas. (51)

Estas cifras revelan que Carrillo no estableció ninguna hegemonía del estado nacional sobre el sistema de salud. Las jurisdicciones retuvieron su potestad jurisdiccional. El solo aspecto en que Carrillo se aproximó a aquella intención fue su búsqueda de la más amplia aplicabilidad para algunas pautas genéricas muy básicas, apenas necesarias tras los derechos sociales que consagraría la nueva constitución, en 1949. Los inconvenientes que Carrillo identificaba en centralizar y unificar la asistencia sanitaria venían, en parte, de sus problemas con el financiamiento. Financiar la salud pública con rentas generales no era fiable y probablemente fuera insostenible. A fines de 1946 el Congreso aprobó, en total, m\$n

lion for the national health authority. The first of this money did not arrive until 1948, and then declined in subsequent years. At the same time, the wages and other administration costs of the SSP quadrupled to 1949. (52)

Carrillo thought, like Evita, that the world contains available resources enough for every human being rich – so that who starves dies murdered – but he was intensely aware of the necessity of finding a more secure source of funds than those that could be obtained from general revenues. In the FFYP he contemplated a self-supporting public health system and projected the establishment of a Fondo Nacional de Salud y Asistencia Social whose finance would be derived from a gift tax, a health insurance system or from some other tax. (53) Carrillo attempted to establish the Fund via coordinating the activities of SSP with the INPS, since the latter had a secure source of funding for the health care of members from the compulsory contribution they made under the terms of the 1944 Decree 30,656 instituting medical services for affiliates. In June 1946 Carrillo drafted a presidential decree that placed the SSP in charge of the preventive and curative responsibilities of the INPS. A commission of representatives of the two organizations met shortly afterwards. At this, Carrillo stated bluntly that 'little technical progress could be made to the benefit of the great social mass without the fiscal and financial organization of the Instituto de Previsión'.

1000 millones para la autoridad sanitaria nacional. Pero la primera parte de este dinero no llegó hasta 1948 y en años subsecuentes disminuyó. Al par, para 1949 los salarios y otros gastos de la SSP se cuadruplicaron. (52)

Carrillo creía, como Evita, que el mundo tiene riqueza disponible como para que todos los humanos sean ricos – de modo que quien muere de hambre muere asesinado – pero tenía plena conciencia de la necesidad de hallar una fuente de fondos más segura que las rentas generales. En el Primer Plan Quinquenal planteó el autofinanciamiento y proyectó un Fondo Nacional de Salud y Asistencia Social con finanzas obtenidas de un impuesto sobre transferencias suntuosas, un sistema de seguro médico, o algún otro tributo. (53) Carrillo intentó establecer el Fondo por la vía de coordinar las actividades de la SSP con las del INPS. Este último, para la asistencia médica de sus afiliados, contaba con una fuente financiera segura: la de la contribución obligatoria del Decreto 30.656/1944, que instituyó los servicios médicos para afiliados. En junio de 1946 Carrillo bosquejó un decreto presidencial que puso a la SSP como responsable de las obligaciones preventivas y curativas del INPS. Una comisión de representantes de las dos organizaciones se reunió poco después. Allí, Carrillo declaró sin rodeos que 'poco progreso técnico podría hacerse en beneficio de la gran masa del pueblo sin la organización fiscal y financiera del Instituto de Previsión'. (54) Esta comisión mixta formuló un magno

(54) This mixed commission formulated a grand plan covering all aspects of the health of the fund affiliates and their families, from annual medical examinations, through the construction of hospitals, to the encouragement of social health via the organization of such activities as fiestas and dressmaking workshops. (55) The plan was not implemented as the funds were never truly unified.

Moreover, the railway unions were intent on the construction of their own health system for their affiliates. Their workers would not contribute twice, namely for the union's and for a general health system too. Their interests in this were now opposed to those of Carrillo, who had hoped that the contributions of workers to the INPS for health coverage could be used to fund the SSP in its objective to provide care for the whole population. Politically, nevertheless, further elements partly balanced this contrast. The important alliance between government and the unions was favoured by the articulation of the health work carried out by the unions and a Public Health Minister aiming to centralize and unify the health care without hegemonizing it, but decentralizing its execution. On this angle the union's movement propped by the *Justicialista* government felt its season arrived to acquire still more protagonism. Yet this not supplied funds to the State health care system.

By August 1947, a note of desperation had entered into Carrillo's discourse with regard to

plan que cubría todos los aspectos de la salud de los afiliados a los fondos, así como de sus familias, que iba desde exámenes médicos anuales hasta la construcción de hospitales y el estímulo del bienestar social por medio de la organización de actividades como talleres de modistería y fiestas. (55) Pero el plan no fue llevado a la práctica, porque los fondos nunca fueron realmente unificados.

Además, los gremios ferroviarios estaban absorbidos en construir su propio sistema de salud para afiliados. Sus obreros no pagarían contribución doble, una para el sistema de salud sindical y otra para el sistema general. Sus intereses en ello se oponían ahora a los de Carrillo, quien había esperado que los aportes obreros al INPS para la cobertura de salud podrían financiar la SSP en su objetivo de proporcionar cuidados a la población total. En lo político, sin embargo, otros factores contrabalanceaban ese contraste. La importante alianza de gobierno y gremialistas se vio favorecida por la articulación del esfuerzo de los gremios y de un Ministro de Salud Pública que pretendía centralizar y unificar el cuidado de la salud sin hegemonizarlo, descentralizando su ejecución asistencial. Por este ángulo el movimiento sindical fortalecido por el gobierno justicialista sintió llegado su tiempo de adquirir aun más protagonismo. Pero esto no aportaba financiamiento al sistema estatal de salud.

Hacia agosto de 1947 un dejo de desesperación se había instalado en el discurso de Carrillo sobre

the SSP's attempted coordination with the INPS: That law [D. 30656/44] is the greatest that could have been dictated in our country with regard to health, as it goes directly to the actual causes that undermine the health of the Argentine population. Unfortunately, we are behind in its implementation. We need a far sighted director within the Instituto Nacional de Previsión Social to seize this law enthusiastically, and some day it will be clear that the law is worth a revolution. (56)

Carrillo's concerns about funding intensified as he became increasingly aware that his cost estimates for the building of the public health system were far too low. In 1947 he published new figures for the cost of health care, his calculations now based on the health budget of the Municipality of Buenos Aires which spent mn\$20 per inhabitant. On this basis it would cost mn\$320 million per year to care for the health of all Argentines, and that simply to bring them to the level of the city of Buenos Aires, which itself did not have an adequate standard of health. (57)

Carrillo suggested that INPS affiliates should contribute mn\$40 annually to a health fund which would cover the health care of themselves and their families, thus ensuring coverage of more than 50 per cent of the population. (58) Again, nothing came of this. Similarly, his endeavours to divert funds from the 1915 legislation covering work accidents to the SSP ended in frustration.

la intentada coordinación SSP-INPS. Decía que aquella ley [D. 30656/44] es la mejor que podía haber sido dictada en nuestro país respecto a la salud, dirigida como está directamente a las verdaderas causas que minan la salud del pueblo argentino. Lamentablemente, estamos atrasados en su realización. Necesitamos un director de largas miras en el Instituto Nacional de Previsión Social, que tome esta ley con entusiasmo; un día estará claro que la ley bien vale una revolución. (56)

Las preocupaciones financieras de Carrillo aumentaron al percatarse cada vez más de que sus estimaciones de costos para levantar el sistema de salud pública habían sido demasiado bajas. En 1947 publicó cifras nuevas del costo de asistencia médica, basando ahora sus cálculos en el presupuesto de salud de la Municipalidad de Buenos Aires que había gastado m\$n 20 por habitante. Sobre esa base, cuidar la salud de todos los habitantes del país costaría m\$n 320 millones por año, sólo para traerlos al nivel de la ciudad de Buenos Aires, cuyo nivel sanitario, en sí, no era adecuado. (57)

Carrillo propuso que los afiliados del INPS contribuyeran m\$n 40 cada año a un fondo de salud que cubriría su asistencia médica y la de sus familias, asegurando así cobertura a más de la mitad de la población. (58) Otra vez, nada resultó. Asimismo terminaron frustrados sus esfuerzos para encauzar hacia la SSP fondos de la legislación de 1915, que cubría accidentes de trabajo. (59) Aun

(59) And again, his proposal that a special tax be levied, particularly on the wealthy, to fund public health was ignored. (60)

A note of despair with regard to funding becomes increasingly evident in his writings. In late 1950 he called on the Argentine people to recognise that 'Public health has a price and all must pay it'. (61) The call went unheeded.

What becomes evident through the years of the FFYP is that Ramón Carrillo lacked the political clout to implement the grand plans he had for the national health system. This is revealed, in part, by the rejection of the framers of the 1949 constitution of Carrillo's submission that normative centralisation of health care be enshrined within the constitution. The SSP was upgraded to the level of a ministry, but its function were not clarified as Carrillo had wished. (62) At a deeper level, Carrillo's political weakness stemmed from Perón's dependence on the workers organizations.

As already outlined, the railway unions were able to expand their own mutualist health organisation in return for supporting Perón's political ambitions during the 1943-1946 period. The success of the workers' movement in rescuing Perón in October 1945 and in securing his electoral victory in the February 1946 presidential elections reveal their political importance at this time. Similarly, the integral social security and welfare system projected

otra vez, su propuesta de imponer un impuesto especial – en particular a los ricos – para financiar la salud pública, fue ignorada. (60)

El dejo de desesperación por el financiamiento se hizo cada vez más evidente en sus escritos. A fines de 1950 recurrió al pueblo argentino para reconocer que 'la Salud pública tiene un precio y todos deben pagarla'. (61) La apelación pasó desatendida.

Lo que se hace evidente en años del Primer Plan Quinquenal es que Ramón Carrillo carecía del poder político para poner en práctica sus magníficos proyectos para el sistema nacional de salud. Ello se revela, en parte, por el rechazo de los artífices de la constitución de 1949 de la ponencia de Carrillo, de sacralizar dentro de la constitución la centralización normativa de la asistencia sanitaria. La SSP fue elevada a ministerio, sin clarificar su función como Carrillo había deseado. (62) A nivel más profundo, la debilidad política de Carrillo surgía de la dependencia de Perón respecto a los gremios.

Como ya se señaló, los gremios ferroviarios pudieron ampliar su propia organización mutual de sanidad a cambio de apoyar a Perón en sus aspiraciones políticas en el período 1943-1946. El éxito del movimiento obrero en rescatar a Perón en octubre de 1945 y asegurar su victoria electoral en las elecciones presidenciales de febrero de 1946 indica su importancia política por entonces. Asimismo el sistema sanitario integral con seguridad social para todos proyec-

in the FFYP was rejected by the unions and it was not implemented. (63)

Union leaders were willing to support Perón, but on the basis that their syndicalist traditions and desires were respected and advanced. In effect, they were willing to work with the state so long as the state supported their sectional institutions. They were not willing to rely on the state to provide their members with services which, they believed, were best provided by themselves. The Peronist state was too weak to stand precisely against them, its initial support. As in so many other areas, Perón played the role of the conductor, tailoring his discourse to his audience. But, in the end, his political reliance on the unionists was too great for him to withstand them in the struggle between a Minister of Public Health short of funds, who considered right for the unions to defray also their quota in the costs of a general system even though they would never themselves use it, and a union movement which felt that its time had come to fulfil some long held ambitions. Carrillo soon backed the trend.

In the period to 1951, we see other unions, apart from the railway workers, secure legislation which permitted them to provide and construct health facilities for their members. These included workers and employees of *Obras Sanitarias de la Nación* (1944) the Ministries of War (1945), Finance (1947) the Interior (1947) and Work and Welfare (1948), glass

tado en el Primer Plan Quinquenal fue rechazado por los gremios y no se implementó. (63)

La dirigencia gremial estaba dispuesta a apoyar a Perón mientras los anhelos y tradiciones sindicales fueran respetados y fomentados. Estaban dispuestos a trabajar con el estado mientras el estado apoyase sus instituciones sectoriales. Pero no estaban dispuestos a confiar en el estado para brindar a sus afiliados los servicios que, estimaban, eran mejor provistos por ellos mismos. El estado peronista era demasiado débil para alzarse precisamente contra ellos, su sostén primero. Como en tantas otras áreas, Perón operó en el rol de conductor, adaptando su discurso a la audiencia. Pero políticamente, en el fondo, dependía demasiado de los gremialistas como para resistirlos en la pugna entre un Ministro de Salud Pública corto de fondos, que creía justo que los gremios también pagaran su parte en el costo de un sistema general que ellos mismos no usarían, y un movimiento gremial que sintió llegado su tiempo de realizar ambiciones largamente sostenidas. Carrillo pronto respaldó la tendencia.

Hasta 1951 vemos otros sindicatos que, aparte de los ferroviarios, lograron la legislación que les permitió proveer y erigir instalaciones sanitarias a sus afiliados. Esos obreros y empleados incluían los de Obras Sanitarias de la Nación (1944) los Ministerios de Guerra (1945), Hacienda (1947), Interior (1947) y Trabajo y Bienestar (1948), los vidrieros (1946),

manufacturers (1946), the national Congress (1947), banks (1950), and insurance companies (1951). Provincial government also established these officially recognised mutualist bodies which came to be known as '*obras sociales*'. (64) As discussed below, these would be explicitly introduced by the sections prepared in the Ministry for the Second Five Year Plan. In the health system led by Carrillo this Plan established the function of the *obras sociales*, by declaring that the consignment of public health services would be "carried out by means of: (a) pure action of State; (b) cooperation between it and private medical-assistential organizations, in particular those ones depending from professional associations; (c) exclusively private action, supervised by the State (mutualities; medical assistance in industry; private institutions)." Later this conception, a definitely not statist one, will be further commented on.

The achievements of the *obras sociales* sector were not particularly significant during this period, and the fact that they were being established did not additionally risk Carrillo's objectives of centralising, unifying, and coordinating Argentina's health sector – not directed toward statism but rather to decentralised execution. This made of each new obra social an addition to decentralised execution under the Ministry's norms, rather than a detraction to the national public health system.

Similarly, the *Fundación Eva*

los del Congreso nacional (1947), bancos (1950) y compañías de seguros (1951). Los gobiernos provinciales también establecieron estas organizaciones mutualistas oficialmente reconocidas, que vinieron luego a conocerse como '*obras sociales*'. (64) Como veremos, estas serían introducidas explícitamente con las secciones preparadas por el Ministerio para el Segundo Plan Quinquenal. Este estableció el papel de las *obras sociales* en el sistema de salud liderado por Carrillo, al afirmar que las prestaciones de salud pública serían "realizadas mediante (a) la acción estatal pura; (b) la cooperación entre la acción estatal y los organismos médico-asistenciales privados, en particular aquellos dependientes de asociaciones profesionales; (c) La acción privada exclusiva, supervisada por el Estado (mutualidades; asistencia médica en la industria; institutos privados)." Luego se comentará esta concepción, por cierto no estatista.

Los éxitos de las *obras sociales* no fueron muy significativos en el período, y el hecho de que estaban siendo establecidas no arriegaba los objetivos de Carrillo de centralizar, unificar y coordinar el sector salud en la Argentina, que no se orientaba hacia un estatismo sino a la ejecución descentralizada. Esto hacía de cada nueva obra social una adición a la ejecución descentralizada bajo la normativa dispuesta por el Ministerio y no un menoscabo al sistema público nacional de salud.

De igual modo la *Fundación*

Perón (FEP) from 1948 commenced establishing health educational institutes and other health facilities, coordinated with the ministries' organizations of the national state, especially with the Ministry of Public Health. Not either this did undercut Carrillo's pretensions of achieving a purely state directed health care of all Argentines. (65) Carrillo and the *Fundación Eva Perón* closely collaborated, and developed an intense joint labor. What Homero Manzi observed in Discépolo applies also to *Evita* and to Ramón Carrillo, "People approach you with their heap of sorrows and you caress them almost with a shudder... It hurts as your own, someone else's scar: that guy wasn't lucky, this vamp never had love." Carrillo did in the macro level what Evita did in the detail level, lending efficacy to their joint work. This tight mutual accompaniment contributed to shape up his social ideals, too. As about the strength of the private charity organizations, the SSP/MSP and provincial health ministries certainly curtailed it. The new union and FEP health sectors replaced the charity sector but, now, it became supervised by the State.

Opposition critiques of Carrillo's policies were strident at times, but of little effect. When his proposals were presented to Congress as part of the FFYP, members of the opposition expressed their fears that: centralisation weakened provincial power and the nation's federalist system; the SSP would be over bureaucratic; semisocialisation challenged the

Eva Perón (FEP) establecía desde 1948, en el área salud, instituciones de enseñanza y otras sanitarias, coordinadas con las organizaciones ministeriales del Estado Nacional y especialmente con el Ministerio de Salud Pública. Esto no rebajaba las aspiraciones de Carrillo de lograr una asistencia sanitaria para todos los argentinos dirigida sólo por el Estado. (65) Carrillo y la Fundación Eva Perón colaboraron estrechamente y desarrollaron una intensa labor conjunta. Cabe a *Evita* y a Ramón Carrillo lo que Homero Manzi observaba de Discépolo, "La gente se te arrima con su montón de penas y tú las acaricias casi con un temblor... Te duele como propia la cicatriz ajena: aquél no tuvo suerte y esta no tuvo amor." Carrillo obraba mejor en el macrónivel lo que Evita hacía mejor en nivel de detalle, prestándose eficacia mutua. Este estrecho acompañamiento recíproco también contribuyó a plasmar sus ideales sociales. En cuanto a las organizaciones de caridad privadas, la SSP/MSP y los ministerios provinciales de salud menguaron su poder. El nuevo sector gremial y la FEP suplantaron en salud a la caridad pero, ahora, supervisados por el Estado.

Las críticas de la oposición a la política de Carrillo de vez en cuando eran estridentes, pero de poco efecto. Cuando Carrillo presentó sus propuestas al Congreso como parte del Primer Plan Quinquenal, la oposición expresó temores de que la centralización debilitase al poder provincial y al sistema nacional federalista; de que la SSP se hiciera superburocrática; de

Constitution's guarantee of the right to freely practise one's profession; the project of establishing a health fund was vague; the hospital construction plan was ill planned; and costs were underestimated. The dimensions of Carrillo's project were not apparent. For all their criticisms, there was a recognition on the part of some of the members of the opposition that the old DNH had failed and reform of the health sector was essential. (66)

The response of health workers, especially doctors, was mixed. Some welcomed the new job contracts, and the payment of work which, in the past, had been conducted on an honorary basis in public and charity hospitals. Similarly, the expansion of the health system increased work opportunities, and improved technology in public hospitals aided medical practice. Others, particularly those devoted to private practice, saw a threat in the concept of semi-socialisation and the expanded role of the state. Dr Carlos Velasco Suárez, for example, writing in the SSP's own journal, *Archivos*, argued that the model of development of health care in Argentina should be the great private medical institutions of the United States such as the Mayo Clinic. (67)

The major paper of the liberal oligarchy, *La Prensa*, had little good to say about the health plan. It was particularly concerned – until the Peronists allowed workers among the humblest in the country, the street newspaper vendors,

que la semisocialización contradijo la garantía constitucional del derecho a practicar libremente la profesión; de que el proyecto de establecer un fondo de salud fuese vago; de que el plan para construir hospitales estaba mal planeado y los gastos subestimados. No se veía la dimensión del plan de Carrillo. Sin perjuicio de la crítica, algunos opositores reconocían que la vieja DNH había fracasado y que la reforma del sector salud era esencial. (66)

Variopintas fueron las reacciones de los agentes de salud, sobre todo médicos. Unos celebraron los nuevos contratos de trabajo y que les pagasen una tarea que antes era honoraria, tanto en hospitales estatales como en los de caridad. Asimismo la ampliación del sistema de salud aumentó los puestos de trabajo, y la mejor tecnología en los hospitales públicos ayudó a la práctica médica. Otros, en particular en la medicina privada, vieron una amenaza en la idea de semisocialización y el mayor papel del Estado. Carlos Velasco Suárez, por ejemplo, que escribe en el propio boletín de la SSP, *Archivos*, argumentó que el modelo de desarrollo para la asistencia médica en la Argentina debería tomarse de las grandes instituciones médicas privadas de los Estados Unidos, como la Clínica Mayo. (67)

La Prensa, principal periódico de la oligarquía liberal, poco de bueno tenía para decir del plan de salud. Hasta que el peronismo, impidiendo reprimir a los canillitas, permitió que la huelga de estos obreros (entre los más humil-

to block it by way of unrepressed strikes, and then confiscated it in 1951 – with the attack on the charity sector, but also with particular policies of the SSP including that of 1949 to encourage Argentines to consume less meat and more vegetables, fruit and milk.

Generally, criticism of Carrillo's plans from individuals and groups inside or outside the Peronist movement were of little concern to the bureaucrats in the SSP/MSP during Perón's first administration. What had become apparent by 1951, however, was the MSP had not fulfilled its part of the FFYP due principally to inadequate funding and the difficulties that were appearing for organising and implementing its vast plans. The period revealed short for Carrillo to create, set out, and organize something theretofore nonexistent and, by the same token, to attain his goal of centralizing its planning.

des del país) lo jaqueara y luego lo confiscó en 1951, le preocupaba en particular el ataque al sector de caridad y algunas políticas especiales de la SSP – como la de 1949, que animaba a la población argentina a consumir menos carne y más verduras, fruta y leche.

En general, en el primer gobierno de Perón, poco preocupó a los funcionarios de la SSP/MSP la crítica a los planes de Carrillo por individuos y grupos dentro o fuera del movimiento peronista. Lo que hacia 1951 se había hecho notorio, empero, era que el MSP no había logrado su parte del Primer Plan Quinquenal debido ante todo al financiamiento inadecuado y a las dificultades que se iban presentando para organizar y realizar sus vastos proyectos. El período le resultó corto a Carrillo para crear, poner en marcha y organizar algo antes inexistente y, a la vez, concretar sus propósitos de centralizar su planificación.



Carrillo at the SFYP's launch / lanza el 2^{do} Plan

← April 20, 1952. Evita at work, with cancer, receives boy Juan Maguncio / Evita trabajando bajo el cáncer recibe al niño Juan Maguncio

Public Health during the Second Five Year Plan (SFYP)

As he anticipated in his *Argentina's Sanitary Policy* (1949), such a policy was grounded on three principles:

1. All human beings possess identical right to life and to health;
2. It cannot exist a sanitary politics without a social politics;
3. The advances in medical technology are worthless if they are not at the people's reach by way of adequate dispositives.

Soon afterwards, in 1951-52, a severe drought triggered the drastic fall of the country's agribusiness exports. It set up serious political and economic changes. Inflation affected income distribution and the internal market. "After the wide corroboration of the government's popularity in the November 1951 elections, president Perón deemed opportune to produce a rectification and an adjustment in the general course of the economical policy. Thus in February 1952 a *Plan Económico de Austeridad* was launched. Argentinians were thereby asked for their shared effort to leave behind the adverse combination of circumstances, by way of everyone's participation. It was compulsory to take a strategy that incremented productivity and reduced the unnecessary use of goods and services, so as to create conditions favourable to larger savings. Perón pronounced the year 1952 an intermediary stage between the two five-year plans. The series of steps, indispensable to surmount a situation that quickly was

La salud pública en el Segundo Plan Quinquenal (SFYP)

Tal como lo anticipara en *Política Sanitaria Argentina* (1949), tal política estaba fundamentada en tres principios:

1. Todos los seres humanos tienen igual derecho a la vida y a la sanidad;
2. No puede haber política sanitaria sin política social;
3. De nada sirven las conquistas de la técnica médica si ésta no puede llegar al pueblo por medio de dispositivos adecuados.

A poco, en 1951 y 1952, una sequía disminuyó en modo drástico la exportación agropecuaria del país, con serios cambios político-económicos. La inflación redistribuyó el ingreso y redujo el mercado interno. Luego de la amplia confirmación de la popularidad del gobierno, obtenida en las elecciones de noviembre de 1951, el presidente Perón consideró oportuno producir una rectificación y un ajuste en el rumbo de la política económica. Así, en febrero de 1952 se lanzó lo que se dio en llamar el *Plan Económico de Austeridad*, donde se solicitaba a los argentinos el esfuerzo solidario para superar con la participación de todos la coyuntura adversa. Se tornaba imperioso adoptar una política que incrementara la productividad y redujera los consumos innecesarios, creando condiciones favorables para un mayor ahorro. Perón calificó al año 1952 como etapa intermedia entre los dos planes quinquenales. Se trataba de una serie de medidas imprescindibles para superar una

getting critical, boiled down to production increase, plus austere utilization of economic goods and services.



The latter responsibility fell specially upon each wife who managed a household while her husband earns the family income. Regarding these women, Peronism recategorized and apprised the homemaker's social contributions, neglected beforehand. Besides their other social roles, housewives were introduced into economical policies as the organizers of domestic consumption, namely inasmuch as ladies of the house supported by the action of the Peronist Party's feminine basic units. These cells acted as advisors and promoters of the measures to be taken. They taught from cooking with alternative and less costly foodstuffs, down to

coyuntura que se tornaba crítica y que se resumía en el aumento de la producción y la austeridad en el consumo.



Esta última responsabilidad recayó especialmente en las amas de casa. A su respecto el peronismo recategorizó y revalorizó las tareas hogareñas, antes ignoradas. Sin perjuicio de sus otros roles sociales, las amas de casa fueron incorporadas a las políticas económicas en su carácter de organizadoras del consumo doméstico, es decir, en tanto amas de casa amparadas en la acción de las unidades básicas femeninas. Estas unidades o células partidarias actuaron como consejeras y promotoras de las medidas por tomar, desde cursos de cocina que

checking which shops were not abiding by the maximum official prices. (68) All this campaign used, too, the scientific ideas imparted since long by minister Carrillo, whose education-for-health effort insisted on the need of incorporating milks, fruit, and salad greens into the family food, as their lack resulted in the *weakening of peoples* and *biological decadence*. It is worthy to comment these expressions then usual, today politically incorrect, maybe even amazing in a naïve reading. They came from the Platonic metaphor, shared by a majority of Western and Eastern languages, attributing to the species the accidents of their instances: "Man breastfeeds the progeny". Nobody took or takes it literally, but as a way of expression. Similarly, those words of Carrillo are to be taken in the terms of his own culture, anchored in the first half of the twentieth century. By then "race", in the majority consensus worldwide, meant before all "humankind", or, when referred to the humans in a certain territory, its "people" – whose sanitary "improvement" is in no way restricted to denote the inbreeding or hybridization technology of eugenics, less even a excuse to legitimate the exclusion of the "different" from gaining access to the social resources. Miguel Goldstein, appointed by Carrillo as National Director of Biotypology of Female Workers, classified in order to save from harm, not to exclude from earnings. This stabilizing plan, therefore, was not occasion of a biologist "freezing" of

enseñaban a cocinar con productos alternativos más económicos, hasta la fiscalización de los comercios que no cumplieran con los precios máximos oficiales. (68) Toda esta campaña contaba también con los aportes científicos que desde años atrás divulgaba el ministro Carrillo. Este insistía en la necesidad de incorporar leches, frutas y verduras en la alimentación de las familias pues su carencia repercutía en el *debilitamiento de los pueblos* y en la *decadencia biológica*. Vale la pena comentar tales expresiones, comunes entonces; hoy parecen políticamente incorrectas y quizás sean turbadoras en una lectura ingenua. Viene de la metáfora platónica, compartida en la mayoría de las lenguas orientales y occidentales, de atribuir a la especie los accidentes de sus instancias: "el hombre amamanta a su prole". Nadie lo tomaba o lo toma literalmente. De igual modo, aquellas palabras de Carrillo deben entenderse en los términos de su propia cultura, anclada en la primera mitad del siglo XX, cuando para el consenso mayoritario de todo el mundo "raza" significaba ante todo lo que aun hoy significa "género humano" o en cierto territorio su "pueblo", cuya mejora sanitaria para nada se restringe a denotar la zootecnia llamada eugenesia; menos aun, una excusa para legitimar la exclusión del "diferente" del acceso a los recursos sociales. Miguel Goldstein, puesto por Carrillo a cargo de la Dirección Nacional de Biotipología de la Mujer que Trabaja, clasificaba para amparar, no para excluir. El plan pe-

women into the reproductive, maternal, and culinarian role, but of a noteworthy social opening. Namely, the recognition of the women's economic role, that complemented the recognition of their political rights in 1948. Being shown were the simple alternatives that families had to incorporate into their houses a small plot of ground, recovering forgotten "low" knowledges in order to cultivate plants for family use; larger plots of State property were allocated as granges for public hospitals and army units.



This stabilizing plan was socially well received. Yet foreign investments were to be attracted to revitalizing the capital accumulation rate. Despite the effort, the ensuing crisis in the foreign payments balance cut down the State institutions' budget. All this desaccelerated the expansion process that the public sector had been

ronista de estabilización no fue ocasión de un congelamiento biológico de las mujeres en el rol materno-reproductivo-culinario, sino de una notable apertura: el reconocimiento de su rol económico que completaba el reconocimiento de su derechos políticos, en 1948. Se mostraban las simples alternativas que las familias tenían de recobrar saberes "bajos" e incorporar en sus casas una pequeña huerta destinada al uso propio, y se cedieron terrenos fiscales para las huertas de hospitalares públicos y regimientos.



Izq./Left: Perón, Ramón Carrillo, Arturo Pimentel, Santiago Carrillo

El plan de estabilización tuvo bastante éxito social. Pero para revitalizar la acumulación de capital debieron atraer inversiones. Pese al esfuerzo, la consiguiente crisis de la balanza de pagos recortó los presupuestos de las instituciones estatales. Todo ello produjo la desaceleración del proceso de expansión que el sector

enjoying, and created an inflexion point in the growth of the political berth achieved by the Ministerio de Salud – a political berth, that it never more recovered.

In his *Plan Sanitario* (1952-1958) for the SFYP, Carrillo admitted that only 35 per cent of the hospitals projected in the FFYP had been built. On the other hand, 90 per cent of the Institutes of Research and Treatment had been established. Carrillo argued that despite the shortcomings, it would be 'a grave, a very grave error, to change or modify . . . the orientation and objectives prefigured for national health in the Plan of 1946.' (69) He argued that health plans required at least ten years to be effective. He continued, 'A technical, scientific or planning retreat in the 1952 Plan would undo what has been achieved, and return us to the point of departure, that is 1946'. (70)

Carrillo did recognise, however, that the MSP could not and ought not to fulfil the role of normative centralisation and unification of criteria that had been proposed in 1946. The *obras sociales*, the FEP, and the expanded services of the provincial governments, plus a residual number of charities in the health sector, were a reality outside of its jurisdiction, onto which it could not directly charge a decentralised execution of its regulations. Crucial for this unifying had been the teamwork Carrillo-Evita. But adamant Evita was now in extreme effort, as she like everybody saw her demise in close proximity. Moreover, the

público venía registrando, y creó un punto de inflexión en el crecimiento del espacio político que el Ministerio de Salud había logrado – y que jamás volvió a recuperar.

En su *Plan Sanitario* 1952-1958 para el SFYP, Carrillo admitió que sólo había sido construido el 35 por ciento de los hospitales proyectados en el FFYP. En cuanto concierne a los Institutos de Investigación y Tratamiento, el 90 por ciento había sido establecido. Carrillo argumentó que a pesar de los defectos, sería 'un error grave, muy grave, cambiar o modificar ... la orientación y objetivos prefijados para la salud nacional en el Plan de 1946.' (69) Argumentó que los planes de salud piden al menos diez años para ser eficaces. Y continuó, 'una marcha atrás en materia técnica, científica o de planificación en el Plan 1952 desharía lo alcanzado y nos devolvería al punto de partida, 1946'. (70)

Carrillo reconoció, empero, que el MSP no podía ni debía cumplir todo el papel centralizador normativo y de unificación de criterios propuesto en 1946. Las *obras sociales*, el FEP, y los servicios expandidos de los gobiernos provinciales eran realidades extrajurisdiccionales, sobre las que un ministerio no podía cargar directamente la ejecución descentralizada de sus regulaciones. Crucial para su unificación había sido el trabajo en equipo con Eva Perón. Pero *Evita* ahora se obstinaba en agotarse porque, como todos, veía muy próximo su deceso y aún quedaba mucha inequidad por disolver. Además, el precario estado

parlous economic state of the nation prohibited increased spending from general revenues. The MSP would therefore put the accent on coordination through consensus rather than direct centralisation and authority unification. He projected the creation of a further 100, 000 beds by 1958, but only half of these would result from the direct action of the MSP. Coordination would be achieved by means of contractual agreements of the MSP with other organisations that provided health services. He suggested that the municipalities and the provinces should play a larger role in building public health facilities, that up to 60 per cent of their funding should come from the national government, but that they should all comply with guidelines generated by the MSP. (71)

The technocrats in the Ministerio de Asuntos Técnicos accepted Carrillo's plan in theory, but did not support it in real terms. They placed the greatest emphasis on the expansion of health facilities by the other bodies existing in Argentina, not the MSP.

They took Carrillo at his word when he spoke of centralised control and decentralised execution of the health system, and reduced the expenditure flowing to the centre. In the Plan, it was suggested that the MSP increase the number of beds under its control by 43 per cent. That constituted only about 12,000 beds, a far cry from Carrillo's projected 50,000. In all, over the life of the SFYP, the MSP budget amounted to mn\$

económico de la nación prohibía aumentar los gastos extraídos de rentas generales. El MSP por tanto pondría mayor énfasis en la coordinación consensuada, más bien que en la centralización directa o la unificación jurisdiccional. Proyectó la creación de 100.000 camas más para 1958, pero sólo la mitad de ellas se encaraba como resultado de la acción directa del MSP. La coordinación se alcanzaría mediante los acuerdos contractuales del MSP con otras entidades proveedoras de servicios de salud. Sugería que municipios y provincias desempeñen mayor papel en edificar instalaciones de salud pública, cuyo financiamiento hasta el 60 por ciento habría de provenir del gobierno nacional; pero que todos ellos deberían cumplir con las directrices generadas en el MSP. (71)

Los funcionarios del Ministerio de Asuntos Técnicos aceptaron en teoría el plan de Carrillo, pero en términos verdaderos no lo apoyaron. Pusieron su mayor énfasis en extender las instalaciones de salud de otras jurisdicciones existentes en el país, no las del MSP.

Resignificaron a Carrillo en su hincapié sobre regulación centralizada y ejecución descentralizada del sistema de salud, y le redujeron las partidas centrífugas. En el Plan se sugería que el MSP aumentase el número de camas bajo su control en 43 %. Ello sólo constituía unas 12.000 camas, algo muy diferente de las 50.000 proyectadas por Carrillo. En total, en toda la duración del Segundo Plan Quinquenal, el presupuesto del

700 million. (72) Carrillo had estimated that his plan would cost mn\$ 3.5 million, unadjusted for inflation. (74)

In 1954 Carrillo was dealt a further blow when the MSP was transformed into the Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública. This was the death knell of Carrillo's project as the Ministry simply did not have the resources to organise, administer, and deliver both health care and social assistance.



Evita: Última foto /Last photo alive

In effect, it had been determined that the national public health system would cater for the poor in Argentina, and that the services it provided would be of a lower standard than that which could be obtained by those fortunate enough to afford private health coverage or were members of unions with *obras sociales*.

Carrillo sought to regain the initiative by direct appeals to Perón but the doors were closed. By then, the personal accesses to Perón had become very controlled and restricted by the high rank officers who facilitated the coup

MSP ascendió a m\$n 700 millones. (72) Carrillo había estimado sin ajuste por inflación que su plan costaría m\$n 3.5 millones. (73)

En 1954 Carrillo recibió otro golpe cuando el MSP fue transformado en Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública. Esto era el golpe de gracia del proyecto de Carrillo. El nuevo Ministerio simplemente no tenía recursos para organizar, administrar, y suplir ambas, asistencia médica y ayuda social.



Ramón Carrillo: Última foto /Last photo alive

En efecto, se había establecido que en la Argentina el sistema nacional de salud pública atendería a los pobres, y que los servicios resultantes serían de un nivel inferior al de los habitantes afortunados, que podían permitirse la cobertura privada de salud o que se habían afiliado a gremios con obras sociales.

Carrillo procuró recuperar la iniciativa por peticiones directas a Perón, pero las puertas estuvieron cerradas. Para entonces, los accesos a Perón ya estaban muy controlados y restringidos por los funcionarios que facilitaron el golpe

d'État that led to the régime self-regarded as a *Revolución libertadora*. Without resigning his post, Carrillo went home in July 1954.

In arriving home, his commentary was, "Finally they got what they wanted. They throw me off the horse, but I gave them not the pleasure of seeing me renouncing. I was the last leg that they needed to get rid of [in the Cabinet]. Perón went alone." A few of Carrillo's most brisk friends, such as Chichilnisky, remained in post, unsuccessfully trying to finish some projects under the successor, Raúl Bevacqua, who served as Minister in the next fourteen months of Peron's government.

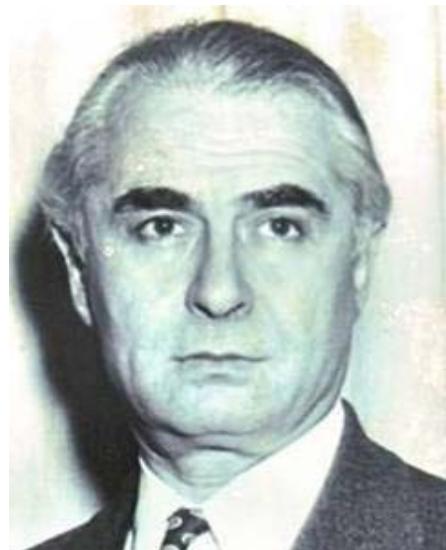


John William Cooke

Carrillo still thought, like Evita, that the world contains resources enough for every human being rich – so that who starves or dies from remediable diseases dies murdered – and the note of desperation entered into Carrillo's discourse by August 1947 became bitterness. He knew he was finishing his life and "in a night of insomnia and *Luminal*" for the in-

de Estado que desembocó en la autodenominada *Revolución libertadora*. Sin renunciar, Carrillo se fue a casa en julio de 1954.

Al llegar a casa, su comentario fue, "Finalmente lograron voltearme del caballo, pero no les di el gusto de verme renunciar. Yo era el último puntal que les faltaba echar [del Gabinete]. Perón quedó solo." Algunos de sus más persistentes amigos, como Chichilnisky, se quedaron en la función, tratando sin éxito de terminar algunos proyectos bajo el sucesor, Raúl Bevacqua, ministro durante los restantes catorce meses del gobierno de Perón.



Salomón Chichilnisky

Carrillo seguía pensando, como Evita, que el mundo dispone de riquezas como para que todo humano sea rico – de modo que la salud es un derecho de cada uno y quien muere por hambre o enfermedades remediables muere asesinado – y el dejo de desesperación instalado desde agosto de 1947 en su discurso se hizo amargura. Sabía que no viviría mucho y "en una noche de insomnio y *Luminal*" debido a las intensas ce-

tense headaches, in misery in New York in February 1955, he made for personal use some loose notes found after his death. Mapping in advance the road to his small children, just in case they wished pursuing it, he observed that human kind is composed by a 60% of the three classical mental deficient categories, namely weak-minded, morons, and idiots, and 20% of treacherous and perverse persons. Nevertheless, he added that "human nature is neither good nor bad, but unbiased, and it is conditioned to the group, mental development, circumstances, milieu and opportunities", in such a way that "Humans possess multiple components; may be moron, idiot, perverse, sound-minded, sensible, smart, authentic. To be humane, one ought to be tolerant with each of these human sorts".

On September 20, 1955, Bevacqua was substituted by Ernesto Alfredo Rottger, the very Colonel that heading a squad sacked Carrillo's house while the ailing proprietor was in exile with wife and children, and on November 13, 1955, by Manuel Agustín Argibay Molina and, later, Francisco Martínez, all three having been ministers of the *Revolución Libertadora* engaged in a wide strategy of deperonisation. The plan was outlined by the new vice-president admiral Isaac F. Rojas in those very days: '*For Peronism to disappear, chimneys must do'* (*Clarín*, October 1955), shedding light on the deindustrialising project of the local bourgeoisie's sector tied to colonial interests.

faleas, en la miseria en Nueva York, pergeñó unas notas sueltas encontradas tras su muerte. En su desesperación trató de bocetar un mapa por si sus pequeños hijos eligieran igual camino, observando que la humanidad se compone de las tres categorías clásicas de deficientes mentales, es decir débiles de espíritu, imbéciles e idiota, en un 60%; de gente de mala fe y perversos en un 20%. No obstante, agregaba que "la naturaleza humana no es buena ni mala; es neutra y está condicionada al grupo, al desarrollo mental, a las circunstancias, al medio y a las oportunidades", de modo que "El hombre tiene componentes múltiples; puede ser imbécil, idiota, perverso, sensato, sensible, inteligente, auténtico. Para ser hombre, debe ser tolerante con cada uno de estos productos humanos".

El 20 de septiembre de 1955 Bevacqua fue substituido por Ernesto Alfredo Rottger, el mismo coronel que saqueó la casa del enfermo Carrillo en el exilio, y el 13 de noviembre Rottger lo fue por Manuel Agustín Argibay Molina y, a poco, por Francisco Martínez: los tres, ministros de la Revolución Libertadora comprometidos en una perfusiva estrategia de desperonización. Su plan fue delineado por el nuevo vicepresidente, almirante Isaac Rojas en esos mismos días: "*Para que desaparezca el peronismo deberán desaparecer las chimeneas*" (*Clarín*, octubre de 1955), dejando en claro el proyecto desindustrializador del sector de la burguesía local anudado a los intereses coloniales.

Thenceforward, after the attempt of building up a national bourgeoisie led by a nationalist general and a communist enterpriser, the national industrial bourgeoisie became schooled about a problem that since its origin it never was able to resolve. If the national industrial bourgeoisie grows – in a semicolonial country, wherein the basic industrial development was first attained by mid-XIX-century imperialism and then at risk of the State, originating a labor force estructured since its origin, and then also free of owner as in the nucleus of State enterprises that since 1945 built up the new Argentina – nevertheless the working class grows faster. With the peculiarity that this working class possessed the larger union organization in post-WWII world, with a dense history of political and street fights against domination. Even more, such a working class was the continuance, in times of industrial capitalism, of the resistance by Túpac Amaru, about 1780, and the one that defeated the British invasions of 1806-07, then pursued in the long cycle until 1890 and prolonged in the period closed in October 17, 1945.

The Ministry of Public Health was then suppressed as such until October 12, 1963. By then, the local public health policy had again become influenced, from international organisms, by the refinements in the economic theory on the formation of human capital for economic growth. From the economic standpoint, public health is an expenditure, a disbursement:

De allí en más y en particular luego del intento de construir una burguesía nacional conducida por un general nacionalista y un empresario comunista, la burguesía industrial nacional se escaldaría definitivamente respecto a un problema que nunca pudo resolver desde su origen. Si ella crece – en un país semicolonial, donde el desarrollo industrial fundamental corrió primero por cuenta del imperialismo decimonónico y luego a riesgo del Estado, originando un proletariado estructurado desde su origen, y luego también libre de patronos como lo fue el núcleo de empresas del Estado que construyeron la nueva nación a partir de 1945 – empero la clase obrera crece más rápido. A más, esa clase obrera poseía la mayor organización sindical del mundo de posguerra, con un denso historial de lucha contra la dominación, en lo político y en lo popular. Y dicha clase obrera continuaba – en tiempo del capitalismo industrial – la resistencia de Túpac Amaru hacia 1780 y la que rechazó las invasiones inglesas de 1806 y 1807, y luego el largo ciclo hasta 1890 prolongado en el período que se cerró el 17 de octubre de 1945.

El Ministerio de Salud Pública se suprimió como tal hasta el doce de octubre de 1963. Por entonces, la política pública local en salud ya había sido plasmada, a partir de organismos internacionales, por los avances de la teoría económica acerca de la formación del capital humano para el crecimiento económico. Desde el punto de vista económico, la salud pública es un

human beings are conceived as a tool that operates until it no longer serves; this is why work becomes a martyrdom for so many workers. In the health system just outlined, public health is an investment in individuals and also in the society. A healthy, spirited worker produces and churns out. The better this worker stays, in integral terms, the better and the more he or she produces, as he or she works with joy and finding genuine sense. For Carrillo, the economic individual is supported by the individual as a person that casts roots in his beloved ones.

The Argentine health care system (see diagram in the end) is currently divided in three subsectors, of different functions and variegated mutual relationships: the state or public sector (subdivided into jurisdictions of three levels, i.e. those corresponding to the nation, provinces, and province's districts, poorly coordinated among them), the *obras sociales* (or sector of *seguridad social*) and the private sector (or *medicina prepaga*, pre-paid medical care). The Nation currently does not finance any action; its politics have only indicative value, the carrying out of actions determined from this level depending on political consensus. Because the resources are exceedingly uneven, the system finds itself grounded on inequity. Prescription drugs, financed on labour contributions and indirect taxes, take up 30 % of health yearly expenditures, some US\$ 3000 million. It doubles other countries proportion; Carrillo had

gasto: al humano se lo concibe como una herramienta que trabaja, hasta que no sirve más; tal es la razón por la cual el trabajo se convierte en martirio para el trabajador. En el sistema de salud que se acaba de reseñar, la salud pública se concebía como una inversión en el individuo y en la sociedad. Un trabajador sano y dispuesto, produce y rinde; cuanto mejor está, en términos integrales, produce más y mejor porque trabaja con alegría y auténtico sentido. Para Carrillo el individuo económico está sostenido por el individuo persona arraigado en sus seres queridos.

Hoy el sistema argentino de atención de la salud (ver diagrama al final) se divide en tres subsectores de funciones diferentes y variadas interrelaciones: el estatal o público (subdividido en tres niveles jurisdiccionales: nacional, provincial y municipal, niveles entre los cuales no existe el grado necesario de coordinación), las obras sociales (o de la seguridad social) y el sector privado (o de medicina prepaga). La Nación ya no financia acciones, sus políticas sólo tienen valor indicativo y la concreción de acciones determinadas desde dicho nivel depende de consensos políticos. Como los recursos son sumamente desiguales, el sistema se basa en la inequidad. Los medicamentos, financiados por aportes laborales y tributos indirectos, insumen 30 % del gasto, unos 3000 millones de dólares que duplican el porcentual de otros países; Carrillo casi había logrado autoabastecerlos a un costo mucho menor, produciendo sus moléculas

almost achieved selfproducing drugs to a much lower cost, by making up their components in EMESTA, a State laboratory that attracted intense corporate bitterness. By 2005, Jorge Rachid writes that the health system in Argentina is in a despairing state. He depicts it so: 40% of the population is affiliated to some union's *obra social* or private medicine; the remaining 60% lacks any coverage and is very poorly cared by provincial and municipal hospitals, most of them built up by Carrillo.

en EMESTA, un laboratorio estatal que atrajo intensa ira empresaria. Para 2005, Jorge Rachid escribe que el sistema de salud en la Argentina se hallaba en "estado desesperante". Lo describe así: mientras el 40% de la población está afiliado a la obra social de algún gremio o paga medicina privada, el restante 60% carece de toda cobertura y se atiende paupérrimamente en hospitales de provincia o municipio, la mayoría erigidos por Carrillo.

Conclusion

In the first year of the Peronist governments, it appeared as though the provision of public health to the Argentine people would be state controlled and state directed. Then people noticed that it was not so. In this way, the health-care project of Ramón Carrillo was able to accommodate itself to the political needs of the government, the structures of the union and social organisations, and the needs of assistance of the population in general. "The creation of the Ministry of Pyblic Health in 1949 and the reciprocal complementing in medical care with the Foundation of Social Aid Eva Perón, sustaned in an 85 percent by the workers' contributions, conferred to the project a doctrinal bias, in defining a third position in what regards to the social function of the medical and care

Conclusión

En el primer año de los gobiernos peronistas, pareció que la provisión de servicios de salud pública al pueblo argentino sería controlada y dirigida exclusivamente por el estado. Luego se observó que no fue así. De esta manera, el proyecto de salud de Ramón Carrillo logró acomodarse a las necesidades políticas del gobierno, a las estructuras de las organizaciones sindicales y sociales y a los requerimientos de la población en cuanto a su cobertura asistencial. "La creación del Ministerio de Salud Pública en 1949 y la complementación en medicina asistencial de la Fundación de Ayuda Social Eva Perón, sostenida en un 85 por ciento por los aportes de los obreros, confirieron al proyecto un sesgo doctrinario al definir una tercera posición en lo referido a la función social de los

facilities and the personnel, physicians or not. In this plan the leadership was centralised, and it was underlined the function to be performed by the private entities associated with the professional unions. The mentioned plan explicitly introduces the role of the *obras sociales*, in declaring that the public health care was to be carried out by means of: (a) pure action of State; (b) cooperation between it and private medical and health-care organisms, in particular those ones depending from professional associations; (c) pure private action alone, supervised by the State (mutual aid societies; medical assistance in the industry; private institutes." (74) There were significant gains in the health sector, but ultimately, the project having been left unfinished and the achievements already obtained being castigated and deteriorated, it was left as a health care system inequitable, disjointed and uncoordinated. The *obras sociales* did not die with the *Revolución Libertadora*. Rather they expanded considerably, and by 1970 included within their purview almost all workers and their families. This outcome could not have been foreseen back in the Peronist period.

History is full of surprises.

establecimientos médicos y los profesionales, médicos o no. En este Plan la conducción era centralizada y se destacaba la función que habrían de desempeñar las entidades privadas que se relacionaban con las asociaciones profesionales. El Plan mencionado introduce explícitamente el papel de las *obras sociales*, al afirmar que la salud pública sería realizado mediante: (a) la acción estatal pura; (b) la cooperación entre la acción estatal y los organismos médico-asistenciales privados, en particular aquellos dependientes de asociaciones profesionales; (c) La acción privada exclusiva, supervisada por el Estado (mutualidades; asistencia médica en la industria; institutos privados." (74) Hubo beneficios significativos en el sector de salud, pero en última instancia, al quedar inconcluso el proyecto y al ser perseguida y deteriorada la obra ya realizada, terminó transformándose en un sistema de salud inequitativo, desarticulado e incoordinado. Las *obras sociales* no murieron con la Revolución Libertadora. Más bien se ampliaron bastante, y hacia 1970 incluían a casi todos los trabajadores y sus familias. Este resultado no podía haberse previsto allá en tiempos del peronismo.

La historia está llena de sorpresas.



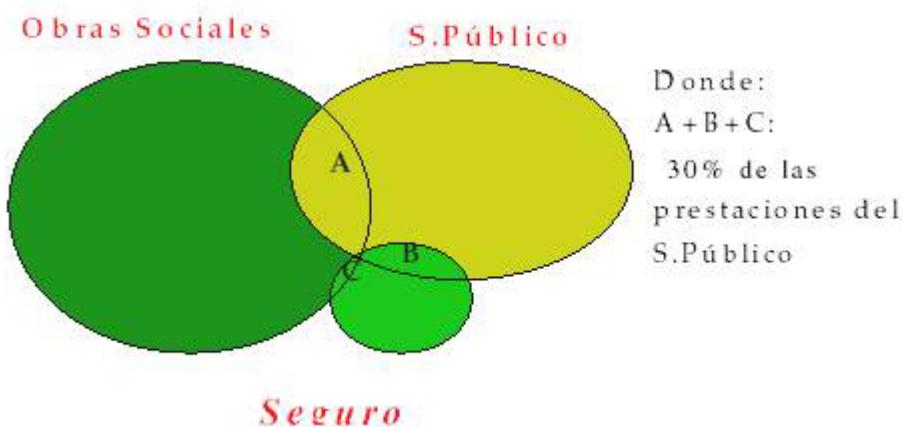


Ramón Carrillo in exile, helping vaccination in the gold mine where he got a job/ Carrillo en el exilio, vacunando en la mina de oro donde había conseguido emplearse.



Sistema de Salud en Argentina

Utilización



Utilization and inner overlaps of the health system in Argentina, mid-1990s. From Federico Tobar, *El subsector p\xfublico de salud en Argentina*. The overlaps amount to about 30% of the State intervention (*Sector P\xfublico*). *Seguro* = Insurance



Bibliography - Bibliografía

1. Jorge Katz, Hugo Arce, and Alberto Muñoz, 'El modelo organizacional vigente y sus orígenes historicoinstitucionales', in Jorge Katz (ed.), *El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 1993, p. 13-30.
2. Ramón Carrillo, Defensa desde el exilio ["Observaciones a las publicaciones dispuestas por el Sr. Presidente de la Comisión Investigadora, Buenos Aires, 1955"],
URL: http://electroneubio.secyt.gov.ar/Ramon_Carrillo_Desde_el_exilio.htm last accessed 15-11-2007
3. Ronald Newton, *The "Nazi" Menace in Argentina, 1931-1947*, Stanford, CA: Stanford University Press, 1992.
4. Leonardo Senkman, "En torno a un libro, 'Ronald Newton, *The "Nazi" Menace in Argentina, 1931-1947*'; Estudios Interdisciplinarios de América Latina y el Caribe (EIAL) 5,# 1,enero-junio 1994.
5. Ramón Carrillo, *Obras completas, 6 vols: vol. 1, Teoría del hospital; vol. 2, Contribuciones al conocimiento sanitario; vol. 3, Organización general del Ministerio de Salud Pública: primera parte; vol. 4, Organización general del Ministerio de Salud Pública: segunda parte; vol. 5, Clasificación sanitaria de los enfermos mentales; vol. 6, Planes de Salud Pública 1952-1958*, Buenos Aires, 1974.
6. See, for example, R. A. Alzugaray, *Ramón Carrillo, el fundador del sanitarismo nacional/I*, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 1988; R. A. Alzugaray, *Ramón Carrillo, el fundador del sanitarismo nacional*, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 1988; Susana Belmartino, Carlos Bloch, María Isabel Carino, and Ana Virginia Persello, *Fundamentos históricos de la construcción de relaciones de poder en el sector salud, la Argentina 1940-1960*, Rosario, Organización Panamericana de la Salud, 1991; Susana Belmartino, *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*, Buenos Aires, Siglo veintiuno editors, 2005; Peter Ross, *Policy Formation and Implementation of Social Welfare in Peronist la Argentina, 1943-1955*, PhD diss., University of New South Wales, 1988.
7. For example, Arturo Carrillo, *Ramón Carrillo. El hombre ...El médico ...El sanitarista*, Buenos Aires, Edile, 2005; Daniel Chiarenza, *El olvidado de Belem. Vida y obra de Ramón Carrillo*, Buenos Aires, Adrifer Libros, 2005.
8. Editorial, 'La obra de Ramón Carrillo: lista de establecimientos creados, erigidos, inaugurados y puestos en funcionamiento hasta 1952', *Electroneurobiología*, 14:2, 2006, pp. 259-268;
URL: <http://electroneubio.secyt.gov.ar/index2.htm> , last accessed 04-04-2007.
9. F.J. Menchaca and L. Luque, 'Mortalidad infantil de la República la Argentina', *Anales de Medicina Pública* (Rosario), 2:1-2, Jan-June 1956, p. 65.
10. Secretaría del Estado de Salud Pública, Departamento de Estadísticas de Salud, *Tendencia de la mortalidad en la Argentina 1947-1965*, Buenos Aires, 1972, part V, p. 29.
11. Ramón Carrillo, *Política sanitaria argentina*, 2 vols, Buenos Aires, Ministerio de Salud Pública de la Nación, 1949, Vol. I, p. 12.

12. For an overview of the gains made by workers and others during the period see / Para una descripción de los beneficios hechos por trabajadores y otros durante el período, cf. Peter Ross, 'Justicia social: una evaluación de los logros del peronismo clásico', *Anuario IEHS*, 8, Tandil, Universidad Nacional del Centro, 1993, pp. 105-124.
13. These figures are calculated from information provided by/ Estas cifras se calculan partiendo de la información provista en Obras Sanitarias de la Nación, *Revista*, XVI, 148, 1952, pp. 250-51; XVIII, 158, 1954, p. 135; and XIX, 162, 1955, p. 400.
14. Sociedad de Beneficencia de la Capital, *Sociedad de Beneficencia de la Capital 1823-1936*, s/d, Buenos Aires, Peuser, p. 53.
15. Francisco J. Martone, *Administración sanitaria y medicina social*, Buenos Aires, Ciordia y Rodríguez, 1951, p. 69.
16. Martone, *Administración sanitaria*, p. 67.
17. Juan Carlos Veronelli, *Medicina, gobierno y sociedad*, Buenos Aires, Editorial El Coloquio, 1975, pp. 36-39.
18. Susana Belmartino, '¿Estado social o Estado de compromiso? Agotamiento, crisis y reformulación de las instituciones de atención médica. la Argentina 1920-1945', Daniell-Lovovich and Juan Suriano, eds, *Las políticas sociales en perspectiva histórica. La Argentina, 1870-1952*, Buenos Aires, Prometo Libros, 2005, pp. 117-18.
19. Veronelli, *Medicina*, p. 52.
20. Intendencia Municipal de la Capital, Dirección General de la Administración Sanitaria, Asistencia Pública, *Memorias 1906-1909*, Buenos Aires, 'La Semana Médica' Imp. de Obras de Spinella, 1910, pp. 35-58.
21. Departamento Nacional de Higiene, *Anales*, XXIII, 9 Sept. 1916, pp. 455-65.
22. Veronelli, *Medicina*, pp. 55-60.
23. Ross, *Policy Formation*, p. 78.
23. Departamento Nacional de Higiene, *Boletín Sanitario*, II:9, Sept. 1938, fold-in, 'Localidades que cuentan con servicios de la repartición'.
24. Antonio Elio Brailovsky, *Historia de las crisis argentinas (1880 - 1982): Un sacrificio inútil*. Editorial de Belgrano, Buenos Aires, 1982, Cap. VI: "La gran depresión de 1929", p. 103. Cf. Raúl Scalabrini Ortiz, *Política Británica en el Río de la Plata*; Cuaderno de FORJA, 1936.
25. Alejandro E. Bunge, *Una Nueva la Argentina*, Buenos Aires, Guillermo Kraft, 1940, *passim*.
26. Belmartino, '¿Estado social . . .', pp. 126-27.
27. Juan Perón, *El pueblo quiere saber de que se trata*, Buenos Aires, Editorial Freeland, 1973, p. 205.
28. Secretaría de Trabajo y Previsión, *Crónica Mensual*, 1:6, Oct. 1944, p.17.
29. Instituto Nacional de Previsión Social, *Boletín Mensual*, II:3, 1947, pp. 123-146; and Cámara de Diputados, *Diario de Sesiones*, vol. II, 17-18 Sept. 1953, pp. 1663-670.
30. S. Lischinsky, 'La afiliación al sistema previsional (1944-1955). Logros y dificultades en su expansión', Rosario, mimeo, 1989. Peter Lloyd-Sherlock, 'Models of Public Sector

Intervention: Providing for the Elderly in la Argentina (c. 1890-1994)', *Journal of Latin American Studies*, 29:1, Feb. 1997, pp. 7-10.

31. The text of the decree establishing the health role and function of the INPS can be found in / El decreto estableciendo el rol sanitario y funciones del INPA puede hallarse en Segundo V. Linares Quintana, *Leyes, decretos y resoluciones del trabajo*, 4 vols, Buenos Aires, Tipografía Editora la Argentina, vol. 1, pp. 462-68.
32. Instituto Nacional de Previsión Social, *Pensamiento y acción de la Cámara Gremial durante el periodo 1945-1946*, Buenos Aires, 1948, pp. 73-75.
33. Luis Monzalvo, *Testigo de la primera hora del peronismo*, Buenos Aires, Editorial Pleamar, 1974, p. 116.
34. Manuel F. Fernández, *La Unión Ferroviaria a través del tiempo 1922-1947*, Buenos Aires, Dordoni Hnos, 1948, pp. 263-64.
35. The statute of the DNSP can be found in / El estatuto de la DNSP puede consultarse en Dirección Nacional de Salud Pública, Primer Congreso Nacional de Salud Pública, *Memoria*, Buenos Aires, 1945, pp. 10-17.
36. DNSP, *Memoria*, passim.
37. For a detailed account of Carrillo's career and history, see / Detalles histórico-biográficos sobre Carrillo pueden encontrarse en Arturo Carrillo, *Ramón Carrillo. El hombre ...El médico ...El sanitaria*; Chiarena, *El olvidado*, passim.
38. Mario Crocco, "Short Biography of Ramon Carrillo (1906-1956) - Breve biografía de Ramón Carrillo (1906-1956)" (English - Castellano) Followed by / seguida de 'Self-introducing CV prepared by Ramon Carrillo in the States, in the hope of finding some job (Presentación curricular que Ramón Carrillo preparó en los EE.UU. para procurarse algún empleo)". Electroneurobiología 2006; 14 (1), pp. 173-186; URL
http://electroneubio.secyt.gov.ar/Ramon_Carrillo_English_Spanish_Biography.htm , last accessed 15-11-2007.
- Also: Crocco, Mario, 'Evolución de la antropología filosófica de Ramón Carrillo: la etapa definitiva', estudio preliminar a Ramón Carrillo, 'Teoria Geral do Homem'. Electroneurobiología 2006; 14 (3), pp. 9-69; URL
http://electroneubio.secyt.gov.ar/Ramon_Carrillo_Teoria_Geral_do_Homem.pdf , last accessed 15-11-2007.
39. Cf. 37.
40. Leonardo Senkman, "En torno a un libro..." (Ref. 4).
41. Ramón Carrillo, *Política Social la Argentina*, 2 vols, Buenos Aires, Ministerio de Salud Pública, vol. 1, p. 269.
42. Lizardo Sánchez, "Lo que es un movimiento", en
http://www.nacionalypopular.com/index.php?option=com_content&task=view&id=6314&Itemid=1 , last accessed 19-11-1007.
43. Rachid, Jorge, El peronismo es identidad nacional: ni "centro derecha ni centro izquierda", en
http://www.pensamientonacional.com.ar/docs.php?idpg=rachid/0003_el_peronismoes_identidad_nacional.html , last accessed 19-11-1007.

44. Carrillo, *Política sanitaria*, vol. 1, p. 274.
45. Carrillo, *Política sanitaria*, vol. 1, p. 12.
46. Dirección Nacional de Salud Pública, Primer Congreso, *Memoria*, pp. 47-49.
47. Cámara de Diputados, *Diario de Sesiones*, vol. I, 23 Oct. 1946, pp. XIII-XVII.
48. Cámara, *Diario*, vol. I, 23 Oct. 1946, pp. XIII-XVII.
49. Cámara, *Diario*, vol. IV, 5 Sept. 1947, p. 145.
50. Ministerio de Salud Pública de la Nación, *Memoria junio 1946 a mayo 1952*, Buenos Aires, Departamento de Talleres Gráficas, 1952, pp. 20-21, 41-47.
51. Ministerio, *Memoria junio*, pp. 15,19. Cámara, *Diario*, vol. 1, 1 May 1954, p.57.
52. Ramón Carrillo, Los presupuestos de Salud Pública de 1946 a 1950 en relación con el desarrollo técnico-administrativo del organismo sanitario nacional, Buenos Aires, 1 1950, pp. 5-13.
53. Carrillo, *Política sanitaria*, vol. 1. p. 24-31.
54. Carrillo, *Política sanitaria*, vol. 1. p. 22.
55. Instituto Nacional de Previsión Social, *Plan para la aplicación de la medicina preventiva y curativa*, Buenos Aires, Otycia Impresores, 1948.
56. Secretaría de Salud Pública, *Archivos*, II, 9 Aug. 1947, p. 5.
57. Carrillo, *Política sanitaria*, vol. 1. p. 168.
58. Secretaría de Salud Pública, *Archivos*, II, 9 Aug. 1947, p. 4.
59. Secretaría de Salud Pública, *Archivos*, II, 9 Aug. 1947, p. 4.
60. Carrillo, *Política sanitaria*, vol. 1I. p. 530-31.
61. Carrillo, *Obras completas*, vol. II, p. 152.
62. Carrillo, *Política sanitaria*, vol. 1I. pp. 381, 454.
63. Ross, *Policy Formation*, pp. 51-55.
64. Ross, *Policy Formation*, pp. 164-67. Belamartino et al, *Fundamentos Históricos*, pp. 102-139.
65. Stawski, Martín, 'El populismo paralelo: política social de la Fundación Eva Perón (1948-1955)', Patricia Berrotarán, Aníbal Jáuregui, and Marcelo Rougier, eds, *Sueños de bienestar en la Nueva la Argentina*, Buenos Aires, Imago Mundi, 2004, pp. 204-6, 225.
66. Cámara, *Diario*, vol. IV, 5 Sept. 1947, pp. 142, 197-200, 317.
67. Secretaría de Salud Pública, *Archivos*, V, 9 4 Apr. 1949, pp. 397-8.
68. Carolina Barry, "Mujeres Peronistas: Centinelas de la Austeridad. Responsabilidad y rol de las mujeres peronistas y las unidades básicas femeninas en la implementación del Plan Económico de Austeridad y el Segundo Plan Quinquenal."
69. Carrillo, *Obras Completas*, vol. IV, p. 110.
70. Carrillo, *Obras Completas*, vol. IV, p. 110.
71. Carrillo, *Obras Completas*, vol. IV, pp. 5-80.

72. Presidencia de la Nación, Subsecretaría de Informaciones, 2do. *Plan Quinquenal*, Buenos Aires, 1953, pp. 120-27, 462.
73. Carrillo, *Obras Completas*, vol. IV, pp. 62-80.
74. Anonymous, in www.oscom.com.ar/os_old/origen.htm, last accessed 15-11-1007

Copyright © 2007 by the author. Este trabajo es un artículo de acceso público; su copia exacta y redistribución por cualquier medio están permitidas bajo la condición de conservar esta noticia y la referencia completa a su publicación incluyendo la URL (ver arriba). / This is an Open Access article: verbatim copying and redistribution of this article are permitted in all media for any purpose, provided this notice is preserved along with the article's full citation and URL (up front).



revista

Electroneurobiología

ISSN: 0328-0446