

# **Una política de salud basada en derechos sociales: la propuesta sanitaria del Dr. Ramón Carrillo. Argentina.**

Mgter. Flores Maria Elena.

Cita:

Mgter. Flores Maria Elena (2007). *Una política de salud basada en derechos sociales: la propuesta sanitaria del Dr. Ramón Carrillo. Argentina. VII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-106/77>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/exXC/ufc>

# UNA POLÍTICA DE SALUD BASADA EN DERECHOS SOCIALES: LA PROPUESTA SANITARIA DEL DR. RAMÓN CARRILLO. ARGENTINA

***Autora: Mgter. Flores Maria Elena<sup>1</sup>***

*“Tengo miedo de los médicos que solo saben medicina, tengo miedo de la especialización que a fuerza de hacerse exclusiva, se deshumaniza.” (Ramón Carrillo)*

## **Introducción**

La trayectoria personal y profesional del Dr. Ramón Castillo constituye un patrón a estudiar y dar a conocer por tratarse de un hombre con sensibilidad humana, que con su gestión al frente del Ministerio de Salud de la Nación Argentina, ejecutó una transformación en la forma de intervención desde el Estado para la atención de los sectores más necesitados.

Toda una línea representó a Carrillo, por su capacidad intelectual y su honestidad, por su perseverancia y por su profunda convicción del protagonismo del Estado en el campo de la salud de los pueblos.

En Carrillo se encuentra al hombre que trajo nuevas ideas a la historia de la salud en Argentina, hombre que, recogiendo lo mejor de las corrientes mundiales y poniéndolas al nivel de la realidad argentina, enseñó cual es el concepto integral de servicio de salud, frente a una medicina orientada entonces, tal como hoy, a las acciones medicas predominantemente curativas.

Carrillo pregonaba una concepción integral de salud en lo preventivo y en lo curativo, él enseñó el uso racional de los recursos y más en los países pobres, lo que exigía un reordenamiento inteligente en materia de organización sanitaria, que llamo “regionalización de los servicios de salud”.

## **ARGENTINA: DE LAS NECESIDADES ASISTENCIALES PRIMARIAS A LA MEDICINA SOCIAL.**

---

<sup>1</sup> Lugar de Trabajo: Universidad Nacional de Córdoba. Escuela de Trabajo Social. Docente Titular Cátedra: Seminario Anual Trabajo Social y Salud/Salud Mental. Investigadora: Secretaria de Ciencia y Técnica. (Secyt). UNC. Categoría III de Investigación. Becaria de Postgrado. Secretaria de Ciencia y Técnica. UNC. Doctorando en Ciencias Sociales. FLACSO. Argentina.

A principios del siglo XX, en Argentina, la frecuencia de las enfermedades infectocontagiosas transformó a las ciudades en un ámbito patógeno y peligroso. El espacio urbano como un todo indiferenciado generaba enfermedades a las que la nueva bacteriología vinculada directamente con gérmenes patógenos, no tenía respuestas. En ese marco el discurso del contagio tendrá en los médicos higienistas sus más importantes aliados.

Los higienistas se pondrán a la cabeza de las Asistencias Públicas Municipales (creadas a mitad del siglo XIX), desde donde utilizaron un variado arsenal de instrumentos, como obras de salubridad, encuestas sobre enfermedades, dispensarios sanitarios, programas de vacunación obligatoria, inspecciones periódicas. (2)

Las acciones de salud de estos profesionales los colocaban directamente en los centros de poder. Llevaron a cabo un movimiento médico-político, que apuntaba a modificar comportamientos sociales en terrenos tan variados como la vivienda, la alimentación, la bebida, la sexualidad y la higiene corporal. Los médicos higienistas orientaron sus esfuerzos hacia la prevención de enfermedades localizadas en un sujeto colectivo. Su predica, buscaba combatir los peligros del medio social (hacinamiento, alcoholismo, prostitución, etc...) y así lograr mejoría en las condiciones de vida de la población.

La medicina social, aparece en el mundo alrededor de 1848. El periódico *Reforma de la Medicina* fue la plataforma desde donde el Dr. Rodolfo Virchow, creador de la teoría celular, decía que *“la medicina es una ciencia social, y la política es medicina en gran escala”*. Fue a partir de un brote de fiebre tifoidea en 1847 en la Alta Silesia, cuando Virchow, que la estudió, planteó que no podía atribuirse solamente a la existencia de gérmenes que alteraban la salud, sino que el brote tenía que ver con un conjunto de factores sociales y económicos. Por lo tanto, para su resolución, proponía reformas sociales radicales en el marco político de democracias sin restricción en educación, libertad y prosperidad. (3)

El Dr. Ramón Carrillo, fue el iniciador en Argentina de la Medicina Social, así lo plantea el Dr. Floreal Ferrara (4), un entrañable médico, amigo y admirador de Ramón Carrillo... *“y si, sin duda es el creador de la medicina social en nuestro país,... pero él tiene otra cosa muy importante... es el creador de los centros de salud con una concepción total y absolutamente preventiva, rompía a la medicina, ( ).... pero él (Carrillo) cuando produjo el esquema inicial del centro de salud que creo que lo sintetizaba con un octógono, que cada lado tenía una función especial medicina materno- infantil, medicina social, estadística, a lo que Carrillo planteaba “...y ahí nosotros cometimos un gran error, que era crear un centro de medicina preventiva pero la gente golpeaba la puerta porque había tenido una epitefis (una hemorragia), una diarrea, y nosotros no atendíamos eso, atendíamos vacunación, estadística...”* y ahí corrige la idea de la salud.

Para el Dr. Carrillo la medicina sanitaria *“es la rama de la salud pública que tiene por objeto organizar los medios técnicos, jurídicos, científicos, para eliminar y destruir los gérmenes patógenos para impedir así la contaminación del hombre directa o indirectamente, protegiéndolo de las contingencias o injurias del medio ambiente. La medicina sanitaria tiene dos objetivos: 1) la destrucción de los factores biofísicos o biológicos puros y 2) la lucha contra los factores físicos, como ser el clima, la temperatura, la tierra, el agua etc...”*(6)

Consideraba que mientras no hubiera una buena organización social en el país, los enfermos pobres estaban más expuestos a la enfermedad. Desde su perspectiva, ciertas enfermedades se desencadenaban en las poblaciones de *clases sociales no pudientes*. Estos factores eran: la alimentación deficiente e insuficiente, la vivienda insalubre, la ignorancia sanitaria, el trabajo en lugares o ambientes malos, los deportes no controlados, y finalmente el pauperismo y los bajos salarios eran factores generadores de enfermedad que podían producir tanta muerte como los microbios mismos.

Por ello planteó que la Medicina social, sobre la que estructuraría la plataforma política de salud que impulsaba, era una rama de la salud pública, que tenía por objeto a) organizar la lucha contra los factores indirectos de la enfermedad y la mortalidad, b) luchar contra sus consecuencias, las enfermedades crónicas invalidizantes y c) asegurar en lo posible, la prolongación de la vida útil del hombre. (6) Para Carrillo la Medicina sanitaria se fundaba en la bacteriología, la medicina social en la economía política.

La Medicina Moderna, según Carrillo, tenía que ocuparse de la salud y de los sanos, y su objetivo fundamental no es... *“ ya la enfermedad y los enfermos, sino evitar estar enfermo por lo menos evitar que el estar enfermo sea un hecho mas frecuente que el estar sano, y orienta su acción no hacia los factores directos de la enfermedad, los gérmenes microbianos, sino hacia los factores indirectos, la miseria y la ignorancia, en el entendimiento que los componentes sociales, vivienda, mala alimentación y los salarios bajos, tienen tanta o mas trascendencia en el estado sanitario de un pueblo...”*(7)

Los médicos desde esta perspectiva, tenían un importante rol, en tanto que debían ser formados en la convicción de que la *“ medicina no solo debía curar enfermos, sino enseñar al pueblo a vivir, a vivir en salud y con optimismo para que la vida se prolongue y sea digna de ser vivida”*.(7)

Era indispensable para el Dr. Carrillo, superar las necesidades asistenciales primarias, previas al desarrollo de la medicina preventiva y preparar, sobre todo el espíritu y la mente a los médicos argentinos, educados monopolarmente hacia el dominio exclusivo de la técnica de la medicina asistencial.

### **Los Problemas de Salud Pública Argentina.**

En 1940 se realizó en Argentina el Primer Congreso Nacional de Población, en las conclusiones del mismo, encontramos una visión acerca del pensamiento sanitario del momento. En este documento se disponía que.... *“ todos los habitantes de la Republica, aun aquellos que viven en lugares menos poblados, reciban los beneficios de la acción jurídica y social del Estado: seguridad, justicia (especialmente esto), educación, sanidad, servicios públicos etc...”*(12).

Los hombres que realizaron aquel Congreso, entre los que se encontraba Ramón Carrillo, concebían que..... *No puede concebirse una Nación próspera si no tiene una población trabajadora, sana, y con una moral optimista y elevada, cosas que solo se obtienen disfrutándose de salud, de una relativa holgura económica, de posibilidades permanentes de trabajo y de ideales nobles y elevados....* (13)

El Dr. Carrillo participó en aquel Primer Congreso de Población organizado por el Museo Social Argentino. En su intervención, expresó su opinión sobre las contradicciones de la dinámica poblacional en la Argentina, sostuvo que.... *“ las razas del norte: Salta, Jujuy, Tucumán, Santiago del Estero y la Rioja, a pesar de la extrema pobreza, mantenían un gran poder de fertilidad: 3 a 5 hijos por familia. En contraposición,..... La próspera Buenos Aires mostraba una disminución notable de la natalidad.* Como consecuencia, planteó la necesidad de *fortificar esa*

*población nativa* por sobre la inmigración blanca urbana de fines del siglo XIX (14). Se basaba en los datos del Censo de 1914, el que arrojó entre otros datos por provincia, que en Santiago del Estero los extranjeros representaban un 3,6 % de la población, en contraposición en el resto del país los extranjeros representaban un 35% y en Buenos Aires un 49%.(15)

En el país, los focos endémicos (paludismo, anquilostomiasis), junto con las infecciones puerperales, las enteritis endémicas y epidémicas, y las afecciones infecto contagiosas, constituían el problema sanitario por excelencia en Argentina. La mortalidad infantil era superior en las zonas rurales o campañas, si se la compara con la de las ciudades más importantes del país. La cifra de niños y adolescentes fallecidos, crecía en progresión casi vertical hacia el norte y el sur del territorio, al igual que el número de madres fallecidas en o durante el parto, de modo tal que la mortalidad materna rural era un tercio más alta que en las grandes ciudades. (16).

La neumonía, la gripe, las enteritis graves, la tifoidea y salmonelosis, la difteria y el sarampión, escarlatina y coqueluche, afectaba enormemente a los niños en el interior del país, allí fueron dirigidos los esfuerzos sanitarios ideados por Ramón Carrillo, durante su gestión en la Secretaría de Salud, para nivelar en parte, el desequilibrio demográfico de la República.

Una de las preocupaciones de Dr. Carrillo en el campo de lo sanitario eran ....” *los índices de morbilidad y mortalidad rural que en el momento actual en nuestro país, demuestran que tenemos una pérdida de vidas humanas en la campaña tan caudalosa como la que sufría la Nación en el año 1900, cuando el saneamiento rural, los sueros, las vacunas y la penicilina eran desconocidos*”.(16)

Tres millones de argentinos vivían en comunidades rurales carentes de toda organización sanitaria y asistencial, lo que suponía una quinta parte de la población argentina, se encontraba en la prehistoria de la higiene y de la medicina social.

La situación sanitaria del país, fue así definida por el Presidente Gral. Perón al asumir su primera presidencia (1946-1951): “*en el país de la carne, en el país del pan, en el país que tiene 300 días de sol al año, en el país que tenemos de todo, en el país donde la población tiene mayor límite de posibilidades para la salud, el término medio de la vida esta de diez a veinte veces por debajo de otros pueblos de Europa y diez años por debajo de la de Estados Unidos*.”(17)

En el marco de este panorama de salud, Carrillo sostenía que “*...La medicina, como arte de preservar, conservar y restaurar la salud de la comunidad, configura un nuevo aspecto de la civilización contemporánea, y su evolución y su historia traduce el grado de cultura de un pueblo, porque conforme el pueblo avanza en su progreso, el hombre, el estado y la colectividad saben luchar mejor contra las enfermedades y cada vez con mayor éxito. La medicina no es solo un oficio, es una ciencia social, una ciencia política y una ciencia económica, y, finalmente, es también una forma de la cultura y la expresión más concreta del grado de adelanto de una nación...*” (18)

El país presentaba un estado sanitario deplorable (19):

- Déficit de camas y hospitales, inadecuada distribución geográfica de esos establecimientos.
- Falta de personal técnico, bajas remuneraciones.
- Ausencia de información estadística y de sistemas administrativos eficaces.
- Inexistencia de seguros sociales y regímenes previsionales.
- Mortalidad infantil con índices similares a los países europeos en guerra.
- La tuberculosis, el paludismo, la fiebre amarilla y la enfermedad de chagas extendidos en amplias regiones de la población, eran enfermedades endémicas no

afrontadas social y sistemáticamente. Cinco leprosarios recientemente inaugurados aislaban solo a la décima parte de los afectados.

- Los enfermos mentales sobrevivían reclusos y hacinados en establecimientos anacrónicos

- Las instituciones de caridad hacían lo poco que podían por la atención de niños y ancianos

Al iniciar sus funciones como Secretario de Salud Pública, el doctor Carrillo se encontró en el Área de Salud con una gran desorganización, con instalaciones sanitarias inadecuadas, y con falta de camas, de equipamiento médico, de insumos y de personal capacitado, bajos sueldos, déficit de abastecimiento en rubros elementales, ausencia de sistema administrativo, inexistencia de seguros sociales, entre otras cosas. Esto fue lo que lo motivó a comenzar a trabajar en una serie de cambios.

### **Política Sanitaria inaugurada por el Dr. Ramón Carrillo**

La sanidad argentina se inicia hacia el año 1780 cuando el virrey Vertiz establece la institución del Protomedicato, por el cual se atendieron dos aspectos de la salud pública: a) la formación de profesionales del arte de curar y b) el control de las endoepidemias.

En el año 1822, el presidente Bernardino Rivadavia crea el Tribunal de Medicina y la Junta de Sanidad; también la Ley Nacional de 1852 por la cual se funda la Facultad y Academia de Medicina y el Consejo de Higiene Pública.

Podemos decir que entre 1780 y 1891, en que se dicta la ley que dio origen al Departamento Nacional de Higiene, la sanidad argentina no tenía un plan y una organización destacable.

En 1911, Penna (8), reorganiza el Departamento Nacional de Higiene, la lucha sanitaria se centraba en trabajar contra la viruela, el cólera, la fiebre amarilla, el tifus y la peste. Otras obras completaban la acción de la Higiene Pública, entre otras, Obras Sanitarias de la Nación, la Sanidad Vegetal y Animal y la Administración Sanitaria y Asistencia Pública.

La tercera etapa de la sanidad argentina es la comprendida entre la reforma de Penna en el año 1911 y la creación de la Secretaría de Salud Pública de la Nación en 1943. Aparece aquí un nuevo espíritu en la sanidad y es lo social lo que la caracteriza.

Más allá de cualquier cosmovisión política o ideológica, nadie puede negar a la luz de la historia, que el período que va de 1946 a 1954 marca un hito fundamental en la salud pública argentina. El país venía de los efectos perniciosos de lo que se llamó con justeza la “década infame”, con sus manifestaciones de corrupción, de grandes negociados y de impunidad, de empobrecimiento y de decadencia moral de la dirigencia política y social.

Sin embargo, en aquella Argentina devastada por las políticas de la década infame, en medio de esa realidad adversa, se logra asumir la crisis y actuar. Así se consiguen erradicar enfermedades como el paludismo, el tifus, el cólera, que causaban estragos en la población. Se pone en marcha una política de salud, con base en la prevención, desde donde se impulsa la realización de campañas masivas de vacunación, se amplía la red hospitalaria.

Con la llegada del peronismo al gobierno, se pone en marcha el primer plan orgánico de salubridad pensado para toda la población (urbana y rural). Petrina y Larrañaga (9) plantean que... hasta la época de Perón sólo existían los grandes hospitales pabellones que dependían de las comunidades: el italiano, el alemán, el francés, además del Hospital de Clínicas, (...) hasta Perón ni siquiera había un

Ministerio de Salud, sino un Departamento de Higiene. Cuando lo crea, el cargo principal es ocupado por Ramón Carrillo, un neurocirujano santiagueño con una gran visión acerca de lo que realmente era el cuidado de la salud colectiva.

En el sector público, se introducen los conceptos de atención primaria y se consolida la figura de los médicos clínicos, como expresión de una medicina centrada en la idea integral del hombre y en el concepto de bien social de la salud.

Durante los nueve años de la gestión de Ramón Carrillo al mando de la cartera sanitaria se institucionaliza una concepción propia de la Medicina Social. Durante el Primer Plan Quinquenal de Desarrollo (1947-1951) se sancionan las leyes de Sanidad Pública (Nº 13.012) y la ley de Construcción, habilitación y funcionamiento de Servicios de Salud (Nº 13.019).

A través de estas leyes se garantiza la financiación y sostenibilidad de los servicios públicos para ofrecer asistencia médica, completa, y gratuita al 65% de la población argentina que era considerada no pudiente, y para ofrecer servicios a tarifas reducidas a otro 20% de la población en mejor posición económica.

El Dr. Carrillo comenzó su accionar en salud, realizando un diagnóstico respecto a que la Salud como materia de Estado, que no se incluía en la Constitución de la Nación desde 1853, ante lo cual exponía que *“la Constitución. a lo sumo menciona el concepto de bienestar general, pero no adquiere dicho concepto precisiones que tiene el texto en materia de educación o de aduanas o defensa militar nacional.”* Por ello trabaja para que el Congreso de la Nación, aprobara en 1947 las leyes 13.012 y 13.019.

La ley 13.012 es la base del Código Sanitario Nacional. Consta de seis artículos. El artículo segundo se refiere a las jurisdicciones nacional y provincial, es decir, lo que compete a las provincias y a la Nación. En él se respeta el criterio federal de la Constitución argentina por analogía, ya que el problema de Salud Pública no se contemplaba explícitamente en nuestra Carta Magna. En el artículo tercero, se enumeran todas aquellas facultades del organismo nacional de Salud Pública y se consignan como principios básicos para el desarrollo ulterior de la codificación. En los artículos 4, 5 y 6 se establece como principio la necesidad de laceración de un fondo de salud pública, y se sugiere el seguro de enfermedad o de salud.

La ley Nº 13.019 es la ley que regula el plan de salud diseñado por el Dr. Carrillo. En el artículo primero se establecía el número de camas a construir y a distribuir en todo el país y se enumeraban los institutos de investigación, que sumarían veintiséis. Estos estaban destinados a dirigir toda la organización sanitaria y médico-social. Esos institutos eran pensados, para la formación de los técnicos que harían los planes de detalle para la ejecución de cada una de las etapas del plan de salud.

El Dr. Carrillo en el marco de la ley Nº 13.019 creaba además, un organismo central colegiado encargado de las construcciones hospitalarias, que era el Consejo Nacional de Construcciones Sanitarias, y permitía una financiación ágil para actuar eficientemente en la construcción, habilitación y funcionamiento de hospitales en todo el territorio nacional.

La acción del Estado, desde la mirada del Dr. Carrillo, se hacía efectiva por dos medios, perfectamente definidos y que tenían repercusión jurídica... *“ por un lado, la directa, la positiva, integrada en buena parte por el aspecto asistencial y la cultura sanitaria; y por el otro, la indirecta que apareja la imposición de deberes y restricción a los particulares e implica el empleo de coacción sobre estos “.* Esta última dimensión le da forma a la denominada “policía sanitaria”.

El Dr. Carrillo estaba convencido de que la acción directa, positiva era un deber del Estado; también que los individuos, sobre todos los sectores mas desamparados debían ser protegidos y por ultimo que el Estado tenía la obligación

de sistematizar y racionalizar las instituciones de policía sanitaria, a los fines de no desconocer libertades formales y derechos individuales y sociales.

El pensamiento del Dr. Carrillo se enmarcaba en la proclamación del derecho a la salud, “como *uno de los derechos más olvidados y sin embargo más trascendente porque se vincula con la dignidad de la persona humana, con la vida colectiva, con la economía nacional e internacional. No era por lo tanto aventurado afirmar que la salud de los pueblos es una condición fundamental para lograr su seguridad social y su paz.*”.(10)

La Higiene y la Medicina Social, constituían para el Dr. Carrillo, una rama fundamental del gobierno. Por ello “...*las orientaciones sociales y económicas de nuestro países, exigen que el higienista actual sea al mismo tiempo un sociólogo y un estadista... (...) hoy, no se puede afrontar los problemas de la medicina de las masas, sin un criterio político y económico, sin un criterios de justicia social...*” (11).

### **La gestión del Dr. Ramón Carrillo. La salud publica en el Plan Quinquenal.**

Los problemas que afectaban a la salud del pueblo argentino, preocupaban a muchos sectores de la vida nacional, sin embargo faltaba una visión de conjunto que permitiera ver con claridad los aspectos del problema relacionándolo con sus diversas facetas y buscar desde allí una solución integral. (18)

La concepción de salud que orientó la acción del gobierno peronista, partió de concebir que la política sanitaria tuviera un solo objetivo, la salud de la población. El problema sanitario debía radicarse en la unidad familiar, pues sobre ella incidían conjuntamente múltiples factores: el nivel socioeconómico, el régimen de trabajo, los salarios, la alimentación, el vestido, la vivienda, educación, etc. Por lo tanto un plan de salud requería de dos cosas: en primer término, el conocimiento de la realidad social sobre la que actúa, y en segundo término la formulación de un plan integral para aplicar soluciones convenientes.

La planificación sanitaria demandaba desde la perspectiva de Carrillo, el conocimiento completo y riguroso de las características de la población. Era necesario conocer las cifras actualizadas de población, su distribución por zonas, su composición por sexo y edades, el movimiento demográfico, nacimientos, matrimonios, defunciones, crecimiento vegetativo y movimiento inmigratorio. Todas estas características eran factores importantes para conocer la magnitud y dimensión de la población de un país, y sus necesidades sanitarias.

Por otra parte, las tendencias demográficas permitían prever cuales serían las características de la población futura, condición indispensable para planear una acción de gobierno. Por ello cumpliendo las previsiones del plan quinquenal, se creó dentro de la Dirección de Demología Sanitaria, el Instituto de la Población, a cuyo cargo estaban los estudios demográficos.

Por otro lado el Estudio de la geografía del país, era de fundamental importancia para la acción sanitaria. El estudio geográfico permitiría determinar las causas de patologías y orientar el accionar de la política hacia la modificación de las condiciones ambientales que las producían. Este estudio estaba a cargo de la Sección de Geografía Sanitaria de la Dirección de Demología, que inició el relevamiento geográfico descriptivo del país para reunir el material de información necesaria, consistente en los datos de geografía física, oro hidrografía, clima, subsuelo, agua, geografía-económica, geografía-humana, etc.



Con los datos geográficos y demográficos se elaboraron los mapas e informes sobre los cuales se estudiaría la planificación sanitaria a desarrollar desde la política pública.

Por último era una decisión desde la cartera que presidía el Dr. Carrillo conocer el impacto que debería alcanzar el Plan de Salud pública, por ello fue importante monitorear la eficiencia y el alcance de los resultados obtenidos por la aplicación de dicho plan y adoptar las previsiones que aconsejaba la experiencia, allí donde los resultados no alcanzaran lo previsto.

Este análisis de información permanente y sistematizada era realizada en la Dirección de Demología Sanitaria, cuyo objetivo sería estudiar: el funcionamiento del sistema sanitario mismo y el estado sanitario de la población.

En los primeros años de su gestión, el ministro Carrillo elabora un proyecto de Coparticipación Federal para la Asistencia Hospitalaria Integral. Los fundamentos de la ayuda Federal a las provincias se ubican, en su opinión, en la necesidad de extender la habilitación de servicios y camas conforme a un plan racionalmente estructurado de manera de llevar los beneficios de la ciencia médica a todos los sectores que lo requieran.<sup>5</sup>

Carrillo se inscribe en la perspectiva técnica de gestión en salud, considerando indispensable para la consecución del fin perseguido,...“*la unificación de los métodos de asistencia, de la investigación científica y de los estudios a cerca de los regímenes hospitalarios*”. (20)

La política sanitaria de Carrillo estaba fundamentada en tres principios:

1. Todos los hombres 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.

Estos conceptos son la base de un cuerpo doctrinario que fundamenta la política de salud justicialista. El primer paso de Carrillo fue realizar un estudio integral de los problemas de salud en la República Argentina, siendo el primer sanitarista en realizar un trabajo semejante. El estudio dio origen al Plan Analítico de Salud Pública.

El Plan establecía dos principios fundamentales de planificación. El primero era la centralización normativa, en el cual se obligaba a la unificación de definiciones, criterios, regímenes de trabajo, normas sobre administración de fondos, economatos, depósitos, personal, contrataciones y contabilidad patrimonial; así como a la unificación de procedimientos y a la tipificación de planillas, formularios, muebles, etcétera. También se iniciaron tratativas para acordar con las provincias y municipalidades un solo tipo de organización hospitalaria y un mínimo de la cantidad y calidad de las prestaciones.

El segundo principio de planificación era la descentralización ejecutiva, la cual en la práctica dio lugar a la participación directa, tanto de grandes Hospitales como de modestas Postas Sanitarias, cada uno dentro de su radio de acción, en tareas concretas de defensa de la salud popular.

Para ello, Carrillo dividió el país en grandes áreas geográficas, delegando gradualmente funciones y atribuciones técnicas y administrativas en distintos niveles, lo que le permitió multiplicar los organismos de ejecución del Plan.

Dentro de las normas y medios para implementar los procedimientos y acciones administrativas y técnicas detalladas en el Plan debe agregarse la Teoría del Hospital. Este compendio doctrinario contiene los principios orgánicos sobre la conformación arquitectónica, técnica y administrativa del Hospital moderno. Sin

embargo, Carrillo advertía que *"los hospitales no se organizaban a base de libros, ni a conocimientos estrictamente técnico-médicos, sino principalmente al conocimiento de la problemática social de la población que el establecimiento va a servir, y de la política sanitaria que se ha trazado un gobierno"*.(21)

Al elaborarse el Primer Plan Quinquenal, Carrillo se encuentra con la necesidad de planificar la construcción de hospitales, institutos, sanatorios para crónicos, centros de salud, hogares para niños y ancianos, hogares escuelas, entre otras obras. La situación la resolvió con un criterio pragmático y ejecutivo.

Es así como se decidió adoptar un estilo arquitectónico, confeccionar planos de prototipos de construcciones de diferente complejidad y capacidad, estudiar el equipamiento y licitar las contrataciones, controlar permanentemente la marcha de las tareas a fin de poder cumplir con el mayor porcentaje posible de las obras incluidas en el calendario, y responsabilizar a los organismos encargados de pagar los certificados de obra o de provisión de elementos por los perjuicios que ocasionaban los retrasos en liquidaciones de trámite normal. Los trabajos, que se llevaron a cabo por intermedio del entonces Ministerio de Obras Públicas, por la Subsecretaría de Construcciones del Ministerio de Salud (que creó con ese fin) y por la Fundación Eva Perón, darían como saldo la creación de 4.229 establecimientos sanitarios con 130.180 camas. (22)

El plan quinquenal de Salud Pública, poseía los siguientes ejes básicos :

a) La organización previa de la estadística sanitaria y una exacta discriminación de las causas de muerte. En este terreno, nuestro país carecía de estadísticas precisas. El certificado confidencial de la causa de muerte, permitiría "sincerar" las tablas de mortalidad y morbilidad de la Argentina.

b) Creación de una red de laboratorio destinados al diagnóstico precoz de todas las enfermedades infecto contagiosas, empezando por los test serológicos comunes y los procedimientos corrientes de identificación microbiana, de los cuales carecía el interior del país.

c) Educación Sanitaria de la población. Fue creado el Instituto de Educación Sanitaria. El procedimiento utilizaría la vía de las maestras y maestros para hacer llegar a los hogares las normas de higiene familiar, a través del niño que concurre a la escuela. La sanidad tendría 40 mil agentes entre los maestros que bien instruidos completarían la tarea de educación sanitaria, aportando un nuevo elemento de cultura, como era la de poner en manos de las masas una serie de principios e ideas que las ayudasen a vivir en salud.

d) La instalación de unidades sanitarias rurales, integradas por un médico, un dentista, una partera y una enfermera de salud pública o visitadora sanitaria, cuya función sería proteger la salud de la familia rural.

e) La extensión y la ampliación de las obras sanitarias, obras de saneamiento e ingeniería sanitaria para poblaciones de menos de 3000 mil habitantes, para terminar con las infecciones de orden hídrico.

f) La socialización del cuidado médico, permitiría dominar las infecciones contagiosas por medio de tres instrumentos de acción: 1) por vía de las unidades sanitarias funcionando alrededor de los centros sanitarios de cada provincia. 2) por la creación del "médico de familia" y 3) por la organización del Registro Sanitario de Familia. El Registro sanitario de Familia permitirá reunir en un solo legajo los problemas médicos y sociales de la comunidad en todos los aspectos vinculados a la salud y a la enfermedad, tomando como unidad a la familia y no al individuo.

Ramón Carrillo como Secretario de Salud y Carlos Alvarado como Director de la Lucha Contra las Enfermedades Infecciosas Endémicas en el Noroeste, lograron erradicar el paludismo y poner en franco retroceso a otras enfermedades

contagiosas. Argentina se convertía en el primer país del mundo que lograba terminar con el Paludismo en su territorio y era uno de los países de la región con más baja mortalidad infantil. Alvarado además había desarrollado una nueva experiencia en atención primaria, precursora de los acuerdos de Alma Ata: las rondas periódicas de Agentes de Salud tomados de la misma población que se debía proteger.

En enero de 1948, Ramón Carrillo, en una publicación de la Dirección de Cultura Sanitaria, exponía algunos aspectos del Plan Nacional de Salud que estaba desarrollando: ...."El Centro Sanitario es un conjunto de consultorios polivalentes, con servicio social, visitadoras sanitarias y bioestadística, para captación de enfermos, reconocimiento de sanos y tratamientos ambulatorios, en tanto que la Ciudad Hospital funciona siempre en correlación con uno o más Centros Sanitarios".

En su libro "Teoría del hospital" clasifica y describe las características de los establecimientos de salud, según sus finalidades y especializaciones: los Hospitales generales, polivalentes, que cuentan con todas las especialidades clínicas, cirugía general, obstetricia y pediatría, con servicio de internación o consultorios externos; los Institutos especializados encargados de receptor casos que superan las posibilidades del Hospital General, incluían los Establecimientos para enfermos crónicos: Hospitales Tisiológicos, Sanatorios Colonia para leprosos, Hospitales y Colonias para enfermos mentales.

Una concepción novedosa fue la Ciudad Hospital, que consistía en un grupo de pabellones o unidades hospitalarias especializadas y técnicamente independientes, pero centralizados administrativamente, para optimizar eficiencia y reducir costos.

Todo este enorme plan requería acciones complementarias y colaterales. En primer lugar la capacitación de personal auxiliar, en cantidad y calidad: se puso en marcha un plan de formación, en el ámbito de las universidades, de inspectores sanitarios, visitantes de higiene, bioestadígrafos, administradores hospitalarios, técnicos radiólogos, etc. En esta época salen también de las Facultades de Medicina los primeros médicos higienistas, que luego se llamarían sanitaristas.

Además era necesario organizar y reglamentar la profesión médica, según su nueva perspectiva social. En esta área, se dictaron normas y medidas reguladoras del ejercicio profesional; reglamentación de especialidades, juntas o consultas profesionales, ética y deontología, organización y estatuto profesional, enfermedades profesionales y caja de jubilaciones.

En suma, toda la acción del ministerio estaba orientada a poner a la medicina en una función social, a lograr un cierto grado de socialización de la medicina. Según Matera la tesis de Carrillo suponía "... una asistencia individual y familiar eficiente, continua y completa con gratuidad total para la población que lo 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..." (23)

El nuevo régimen asistencial sería brindado a la población no pudiente en base al ejercicio de un derecho y no de la caridad ejercida por el estado o la colectividad. Para ello era necesario aumentar (duplicar) el número de camas de que se disponía.

El plan quinquenal tendía mediante el programa de construcciones por un lado y del código sanitario (aspecto legal) por otra parte, a cubrir el déficit sanitario, implementando un régimen constructivo asistencial adecuado a la densidad de la

población a sus necesidades regionales y a las distintas clases de enfermedades que predominen en una u otra región.(22)

También preveía la multiplicación de consultorios externos, socialización de la medicina y la creación de cargos de médicos de familia, cuya función sería evitar las internaciones innecesarias e incluso atenderían en algunas oportunidades al paciente en su domicilio.

Por otro lado se construyeron hospitales de una y otra categoría que estarán unidos y articulados entre si aunque su especialidad o finalidad sea distinta. Para ello se había agrupo el país en distintas zonas y los establecimientos hospitalarios estaban vinculados entre si, es decir, hospitales para la madre y el niño que constituyen un binomio inseparable; hospitales para enfermos tuberculosos, establecimientos para enfermos mentales agudos o crónicos, también para toxicómanos; así mismo se crearon colonias para enfermos del mal de Hansen, que había recrudescido en algunas zonas del país.

Se otorgo especial importancia a la medicina preventiva la cual tendía a evitar que la población se enfermara, para lo cual se implementaron exámenes periódicos de la población (campañas sanitarias, libreta sanitaria de cada ciudadano etc...)

En cuanto a la capacidad hospitalaria, se había programado desde la perspectiva de Carrillo, contar con instituciones máximas y mínimas; por ello en asistencia general se construyeron hospitales de 700 a 1000 camas, en las grandes ciudades, número que iba disminuyendo de 500 a 300, hasta llegar a los denominados hospitales locales de 40 camas de capacidad y a la Estación Sanitaria de 14 camas, la cual estaba ubicada en localidades con poca población y reducida zona de influencia.

Este inmenso plan de salud pública, implicaba la creación paulatina de establecimientos, para una vez habilitados tales establecimientos, dotar convenientemente los ya existentes y crear una serie de Institutos, que completarían esta obra medico-integral. Los institutos serian de investigación pura, otros de asistencia e investigación, tales como el Instituto de Hemoterapia, el de Enfermedades Alérgicas, Dermatología, Reconocimientos Médicos y Medicina Preventiva entre otros.

Los objetivos fundamentales de la Secretaría de Salud Pública bajo la dirección de Ramón Carrillo fueron:

- 1) Preservación, conservación y restitución de la salud de la población.
- 2) Problemas de la higiene.
- 3) Profilaxis y tratamiento de las enfermedades.
- 4) Defensa sanitaria de las fronteras y cooperación internacional.
- 5) Medicina preventiva.
- 6) Fiscalización sanitaria y bromatológica de los alimentos.
- 7) Protección médica integral de la madre y el niño.
- 8) Higiene y medicina infantil.
- 9) Higiene y medicina del trabajo.
- 10) Prestación médica de los seguros de accidentes, maternidad, invalidez y vejez.
- 11) Readaptación y reeducación de los enfermos e inválidos.
- 12) Higiene de la vivienda urbana.
- 13) Higiene y medicina en el deporte.
- 14) Aspectos higiénico-sanitarios del suministro de agua potable y de las redes cloacales.
- 15) Reglamentación y fiscalización del ejercicio de las actividades de la Salud Pública y las profesiones médicas.

- 16) Fiscalización de lo atinente a la producción de productos médicos, biológicos, alcaloides, estupefacientes, dietéticas, insecticidas y de tocador, drogas, aguas minerales, yerbas medicinales y material e instrumental de aplicación médica.
- 17) Creación y dirección de establecimientos para fines de Salud Pública y fiscalización de los privados.
- 18) Control de los subsidios a entidades públicas y privadas de salud.
- 19) Inspección y fiscalización técnica del funcionamiento de institutos y sanatorios.
- 20) Demología sanitaria de la Nación.
- 21) Educación higiénico-sanitaria de la población.
- 22) Fiscalización de la aplicación de los conocimientos de las ciencias médicas.

Entre 1946 y 1951 se construyeron treinta y cinco policlínicos en todo el país, esto llevo a elevar el número de camas públicas en más de 130.00. En una década triplico la cantidad de enfermeras y la de médicos se duplico. (24)

Ramón Carrillo no se quedará con la medicina como ciencia cerrada, la abre y la expande hacia la sociedad, que le sirve para auscultar sus padecimientos. Por eso toma la historia que le servirá para entender esa situación, los responsables y la forma de modificarla. Por otro lado, entendió al Estado como espacio esencial en el camino de revertir las situaciones deficitarias de la salud de la población. (25)

Al elaborarse el Primer Plan Quinquenal, Carrillo se encuentra con la necesidad de planificar la construcción de hospitales, institutos, sanatorios para crónicos, centros de salud, hogares para niños y ancianos, hogares escuelas, entre otras obras. La situación la resolvió con un criterio pragmático y ejecutivo.

Se armó así un inmenso aparato organizado, cuyos primeros resultados positivos pudieron observarse en la rápida formación de una conciencia sanitaria, documentada por el éxito de las campañas masivas de vacunación antivariólica y antidiftérica aunque, es lógico, los logros más significativos y espectaculares tuvieron que ver con las campañas masivas, de gran envergadura y dimensión nacional, que instrumentó para erradicar enfermedades endémicas.

### **La lucha antipalúdica.**

Los logros más significativos de la gestión de Carrillo estuvieron vinculados con las campañas masivas de dimensión nacional que instrumentó para erradicar enfermedades endémicas. El ejemplo mayor lo constituyo la lucha contra el paludismo que diezmba a la población del nordeste del país. Durante tres años brigadas trabajaron casa por casa y pueblo por pueblo, bajo la dirección del los Dr. Carlos Alberto Albarado y Jorge Argentino Coll con centro en Tucumán. La enfermedad fue derrotada y tuvo repercusión internacional. Campañas similares se desarrollaron contra los brotes de fiebre amarilla en la frontera con Bolivia, las enfermedades venéreas, la tuberculosis, la viruela, la rabia. (26)

Dentro de lo que Carrillo llamaba "Grandes Luchas Sanitarias" se ubica a la Campaña contra el Paludismo, a la cual organizó con la idea de "disputar palmo a palmo" y casa por casa el terreno que había invadido el *Anopheles pseudo puncti penni*. (mosquito causante de la enfermedad)

La Campaña, fue uno de los mayores emprendimientos sanitarios realizados en el mundo hasta entonces, debido a la cantidad de técnicos, vehículos y equipos que se movilizaron; a la enorme superficie abarcada; a la coordinación; y sobre todo al espectacular resultado alcanzado, la disminución de casos nuevos, de 300.000 en 1946 a 137 en 1950.

Otro éxito notable fue el descenso del índice de mortalidad infantil que bajo del 90 por 1000 en 1940, al 56 por 1000 en el 1955. Se debió no solo a una acción

sanitaria directa sino también a una política social general que había elevado los índices de nutrición, higiene, bienestar y condiciones de vida, en un país que en 1946 tenía un tercio de su población sub- alimentada.

Durante su gestión también fue creada EMESTA, primera fábrica nacional de medicamentos, pese a las fuertes presiones de las multinacionales. EMESTA, que estaba dedicada a abastecer a todos los establecimientos públicos del país, constituyó un gran freno para las multinacionales ya que les impidió dominar el mercado y abusar de los precios.

El medico santiagueño vio el avance de la medicina asistencial a la medicina social, desde donde se propuso no solo curar enfermos sino ensañar al pueblo a vivir en salud.

Uno de sus discípulos, Raúl Matera, planteo desde su perspectiva que.... ( ) "desde su labor ministerial, puede dividirse la política nacional sanitaria en dos épocas: antes de Carrillo y después de Carrillo. Y esto ya es historia".

### Referencias Bibliografiatas

1. Kohn Loncarica Alfredo G., Sánchez Norma Isabel La *obra de Cecilio Romana*. XXI International Congress of History of Science.
2. Recalde Héctor. La higiene y el Trabajo. Ed. CEAL. Bs. As. 1988.
3. Armus Diego. Los Médicos. En Profesiones, Poder y prestigio. Cuadernos de Historia Popular Argentina. Ed. Centro Editor de América Latina. Bs. As. 1986. Pag. 18.
4. Doval H., Micucci Horacio, Stein Enrique. Salud. Crisis del Sistema. Propuesta desde la Medicina Social. Ed. Ágora. Bs. As. 1992. Pag. 146.
5. Entrevista realizada al Dr. Floreal Ferrara por la autora. Buenos Aires. Octubre 2005.
6. Carrillo Ramón Progresos de la Medicina Social en la Republica Argentina. Cuarta Conferencia del Ciclo "Recientes conquistas de la sanidad argentina". 23 de Febrero de 1951. En Contribuciones al conocimiento Sanitario. Ed. Talleres Gráficos del Ministerio de Salud Publica de la Nación. 1951.
7. Carrillo Ramón. Conferencia pronunciada en el Día Panamericano de la Salud. 2 de Diciembre de 1947. En Archivos de la Secretaria de Salud Pública. Vol. II. Diciembre 1947. Nro. 15.
8. Referentes como el Dr. Penna y el Dr. Malbrán hablaban de cambiar la orientación de la política sanitaria "de marítima y metropolitana a nacional y terrestre", a fin de extender su acción sobre las enfermedades infecciosas que con carácter endémico diezaban la población. Lo cual produjo un cambio en el pensamiento argentino, el paso del higienismo al sanitarismo, y supuso la reformulación de la función estatal, que consistió en el desplazamiento del interés público del saneamiento urbano y la prevención del contagio a la atención médica.
9. Petrina Alberto y Larrañaga María Isabel. Autores del trabajo "La arquitectura de masas durante el peronismo. 1945-55. Instituto de Arte Americano Mario J. Buschiazzo (Fadu-UBA)
10. Ramón Carrillo. Conferencia Homenaje en el Día Panamericano de la Salud. 2 de Diciembre de 1947, Cátedra de Higiene y Medicina Social. Facultad de medicina. En Archivos de la Secretaria de Salud Pública. Vol. II. Diciembre 1947. Numero 13.
11. Carrillo Ramón. Higiene y Medicina Social. Primer Congreso de Higiene y Medicina Social. 17 Mayo de 1948. En Archivos de la Secretaria de Salud Pública. Vol. III. Junio 1948. Numero 19.

12. Primer Congreso Argentino de la Población. En Boletín del Museo Social Argentino. Año XXVIII. Entregas 221-222- Noviembre/Diciembre 1940.
13. Discurso del Presidente del Primer Congreso Argentino de población. Dr. Tomas Amadeo. Buenos Aires 26 al 31 de Octubre de 1940.
14. Carrillo Ramón. Discurso pronunciado en el Primer Congreso de Población. Boletín Museo Social Argentino. Año XXVII. Bs. .As. 1940. Pag. 377-378
15. Ramacciotti Karina Inés; Kohn Loncarica Alfredo G. Una aproximación a las conexiones ideológicas del primer Ministro de Salud de la Argentina (1929-1946). En Revista *Horizontes, Bragança Paulista*, v. 21, p. 69-81, jan./dez. 2000.
16. Discurso del Secretaria de Salud Publica de la Nación Dr. Ramón Carrillo, al inaugurar la 2da. Conferencia de Epidemiología y Endemias. Argentina. 6 de Octubre de 1947. En: Revista Archivos de la Secretaria de salud Pública. Vol. II. Nro 11. Agosto de 1947. Pág. 35-37
17. *Plan de Gobierno. Nación Argentina*. Capitulo. Por la salud del Pueblo. Gobierno Gral. D. Perón. 1946. Pág. 321.
18. Carrillo Ramón. Almanaque de la Salud. Secretaria de Salud Pública de la Nación. Republica Argentina. 1948.
19. Alzugaray R. A. *Ramón Carrillo o la Salud Pública*. En Revista *Todo es historia*. Volumen 117. Año 1997. Pág. 17
20. La unificación y tipificación de los métodos de atención se verían acompañada por la normalización de las futuras construcciones hospitalarias. El Dr. Carrillo proponía, como uno de los puntos a tener en cuenta en la política de construcción. (.....) Imponer o convenir que todos los hospitales del país, sean nacionales o no, se construyan de acuerdo con las normas y leyes científicas de arquitectura hospitalaria dictada por la autoridad sanitaria nacional, para evitar el caos, los errores técnicos, la improvisación y el elevado costo resultante de la impericia en esta materia. Ramón Carrillo. Obras Completas. Tomo II. Política de salud Pública. Pag. 232.
- 21 Carrillo Ramón. Teoría del Hospital. Eudeba. Bs. As. Tomo I. 1974 a.
- 22 Plan Quinquenal de Salud. Secretaria de Salud Pública de la Nación. Republica Argentina. 1948.
23. Carrillo Ramón. Discurso al inaugurar la 2da. Conferencia de Epidemiología y endemias, el día 6 de octubre de 1947.
24. Homenaje al Dr. Ramón Carrillo. Discurso del Dr. Raúl Matera. En Revista Salud y Sociedad. Nro.3.Vol8. Mayo-Junio 1985.
25. Tobar Federico. Breve historia de la prestación del servicio de Salud en la Argentina.
26. Alzugaray R. A. *Ramón Carrillo o la Salud publica*. En todo es historia. Vol. 117. Año 1997 .

## BIBLIOGRAFÍA

- Alzugaray R. (1998). *Ramón Carrillo, el fundador del sanitarismo nacional*. Vol. 1 y 2. . Bs. As. Biblioteca Política Argentina
- Armus Diego. (1990). *Mundo urbano y cultura popular. Historia Social de Argentina*. Bs. As. Sudamericana
- Belmartino Susana. (1987) *Las instituciones de salud en la Argentina Liberal: desarrollo y crisis*. Bs. As. Secretaria de Ciencia y Técnica.
- Belmartino, S. Bloch C., Persello A. (1988). *Corporación medica y poder en salud. Argentina. 1920-1945*. Bs. As. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales
- Carrillo Ramón:

- \_\_\_\_\_ *Obras Completas*. Vol. I, II. 1906-1956.
- \_\_\_\_\_ (1952) *Financiación de la Salud Pública*. Imprenta Central del Ministerio de Salud Pública de la Nación. Bs. As. 1952.
- \_\_\_\_\_ (1952-1958) *Plan sintético de Salud Pública*. 1952.1958.
- \_\_\_\_\_ *El problema de la Salud Pública ante la Reforma de la Constitución Nacional*.
- \_\_\_\_\_ (1949) *Principios Generales de la Organización Sanitaria*. Archivos de la Secretaría de Salud Pública.
- \_\_\_\_\_ (1948) *Higiene Pública*. Buenos Aires. Archivos de la Secretaría de Salud Pública.
- \_\_\_\_\_ (1946) *Nuevas Conquistas Sociales*. Buenos Aires. Clínica del Trabajo.
- \_\_\_\_\_ (1952) *Plan estratégico de Salud Pública*. 1952-1958. Buenos Aires. La Semana Médica.
- \_\_\_\_\_ (1952) *La curación clínica y social del enfermo*. Buenos Aires. La Botica.
- \_\_\_\_\_ (1949) *La prostitución como fenómeno social*. Buenos Aires. Revista de la Asociación Argentina de Venereología.
- \_\_\_\_\_ Discurso al hacerse cargo de la Secretaría de Salud Pública de la Nación. Archivos de la Secretaría de Salud Pública de la Nación. 1946. I 9.
- \_\_\_\_\_ (1946) *Vivienda higiénica*. Buenos Aires. Archivos de la Secretaría de S. Pública de la Nación. I 35
- \_\_\_\_\_ (1946) *El problema del inválido*. Buenos Aires. Archivos de la Secretaría de Salud Pública de la Nación. I 40
- \_\_\_\_\_ (1946) *Venéreas y Salud Pública*. Buenos Aires. Archivos de la Secretaría de S. Pública.
- Doval, H., Mucucci H., Stein Enrique. (1992) *Salud: Crisis del sistema. Propuesta desde la medicina social*. Bs. As. Ágora
  - Ferrara, Antonio (1985) *Teoría Social y Salud*. Bs. As. Catálogos.
  - Isuani Ernesto (1985). *Los orígenes conflictivos de las políticas sociales en Argentina*. Bs. As. CEAL
  - Lobato, Mirta Zaida (comp.) (1996) *Política, Médicos y Enfermedades. Lecturas de historia de la salud en la Argentina*. Bs. As. Biblos.
  - Oslak. Oscar (1997). *La formación del Estado argentino. Orden. Progreso y organización nacional*. Bs. As. Planeta.
  - Plan de Gobierno. Presidencia del General Juan Domingo Perón. Buenos Aires. 1945. El Plan Quinquenal.
  - Suriano Juan (2004). *La cuestión social Argentina. 1870-1943*. Bs. As. La Colmena.