

EL DERECHO A LA SALUD

200 AÑOS DE POLÍTICAS SANITARIAS EN ARGENTINA



Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación

EL DERECHO A LA SALUD

200 AÑOS DE POLÍTICAS SANITARIAS EN ARGENTINA

HEALTH: A SOCIAL ASSET

200 YEARS OF HEALTH POLICIES IN ARGENTINA

COORDINACIÓN GENERAL

Dr. Daniel A. Yedlin

EQUIPO EDITORIAL

Lic. Javier Biasotti

Dra. Susana Gallo

Lic. Andrea Jait

Dr. Jaime Lazovski

Dr. Raúl Pena

Valeria Zapesochny

AGRADECIMIENTOS

Dr. Javier Osatnik, Coordinador General del Instituto Nacional del Cancer I Nestor Mosteirín, Coordinador General de Unidad Ministro del Ministerio de Salud de la Nación I Dra. Carla Vizzotti, Jefa del Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles I Personal del Archivo General de la Nación, especialmente a Analía, Carolina, Ana y Alejandro I María Rosa Escary, Directora de la Biblioteca Gálvez I Marta Orgueira, Museo de la Ciudad de Buenos Aires I Verónica Martínez y Daniel Vides, Fototeca ARGRA I Celia Sipes I Javier Martínez, Archivo Histórico de AySA I Guillermo Pettigiani, Presidente de la Asociación Filatélica de la República Argentina I Franco Aragón, Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria I Academia Nacional de Medicina I Biblioteca de Patrimonio Cultural Casa de la Cultura de la Ciudad de Buenos Aires I Academia Nacional de Medicina I Alejandra Valusi y Eduardo Pereyra, Biblioteca de Patrimonio Cultural Casa de la Cultura de la Ciudad de Buenos Aires I Personal del Instituto Histórico de la Ciudad de Buenos Aires I Personal de CeDIAP I Fernando Nogueira, Fototeca Paucke, Archivo Histórico de la Provincia de Santa Fe I Revista Todo es Historia I Claudia Mazzeo, Fundación Instituto Leloir I Dr. Manuel Martí I Dr. Olindo Martino I Catalina Ianello, Centro de Documentación e Información OPS/OMS, Argentina I Alejandro Romero, Superintendencia de Servicios de Salud I Ezequiel Canavero, Museo del Bicentenario I Zulma Ortiz, Academia Nacional de Medicina I Mario José Ricciuto, Asesor Jurídico del Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur.

Edición y diseño: Cafe Imagen

Edición fotográfica: Luis Abregu

Primera Edición 2012

© Ministerio de Salud de la Nación

ISBN 978-950-38-0141-3

PRESIDENTA DE LA NACIÓN

Dra. Cristina Fernández de Kirchner

MINISTRO DE SALUD DE LA NACIÓN

Dr. Juan Luis Manzur

SECRETARIO DE COORDINACIÓN

Cdor. Eduardo S. Garvich

SECRETARIO DE DETERMINANTES DE LA SALUD Y RELACIONES SANITARIAS

Dr. Eduardo M. Bustos Villar

SECRETARIO DE POLÍTICAS, REGULACIÓN E INSTITUTOS

Dr. Gabriel E. Yedlin

SECRETARIO DE PROMOCIÓN Y PROGRAMAS SANITARIOS

Dr. Máximo A. Diosque

JEFE DE GABINETE DEL MINISTERIO DE SALUD

Dr. Daniel A. Yedlin

ÍNDICE

	PRÓLOGO	
I.	ALLÁ LEJOS Y HACE TIEMPO	14
	LA VIDA EN BUENOS AIRES HACE 200 AÑOS EL ARTE DE CURAR EN EL VIRREINATO	
II.	LOS PRIMEROS MÉDICOS	26
	PRESENTACIÓN DE TÍTULOS LA MAGIA, LOS REZOS, LOS CURANDEROS LA DEMOSTRACIÓN DE LA PERICIA MÉDICA LOS HOSPITALES DE LA ÉPOCA: AISLAR PARA PROTEGER LA ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LAS INVASIONES INGLESAS LOS NIÑOS EXPÓSITOS	
III.	EL PROTOMEDICATO	46
	LAS ATRIBUCIONES DEL PROTOMEDICATO LOS ORÍGENES LA ATENCIÓN DE LA SALUD	
IV.	MAYO Y LAS LUCHAS POR LA LIBERTAD	54
	DEL VIRREINATO A LA INDEPENDENCIA	
V.	LA PROFESIONALIZACIÓN DE LA MEDICINA	62
	LA FACULTAD DE MEDICINA EL DESARROLLO DE LA FACULTAD DE MEDICINA LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA ÉTICA Y SOLIDARIDAD LA SEDE DE LA INSTITUCIÓN	
VI.	LAS EPIDEMIAS DE LA ÉPOCA QUE ASOLARON AL PAÍS	86
	LOS AVANCES SANITARIOS EL CÓLERA: UN ENEMIGO DURO DE VENCER BUENOS AIRES 1871 LA MUERTE CAMINA EN LAS CALLES EL COMIENZO DEL HORROR 1871: LA EPIDEMIA DE FIEBRE AMARILLA LAS INSTITUCIONES SANITARIAS DESDE 1810 HASTA 1880 EL ARREGLO DEL TRIBUNAL DE MEDICINA EL TRIBUNAL DE MEDICINA DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE	
VII.	LA GENERACIÓN DEL 80: LA ARISTOCRACIA AL PODER	118
	LA INMIGRACIÓN EL HOTEL DE INMIGRANTES LA RESPUESTA HIGIENISTA DE LA GENERACIÓN DEL 80 EL HIGIENISMO DESPLIEGA SU ACCIONAR EN TRES ETAPAS LA ORGANIZACIÓN NACIONAL 1853-1880	

VIII.	EL NACIMIENTO DE LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA	140
	HOSPITALES CON HISTORIA EL INICIO DE UNA NUEVA CONCEPCIÓN DE SALUD	
IX.	SALVADOR MAZZA, AQUEL GRAN SANITARISTA	174
	LA ENFERMEDAD DE LOS POBRES UN NUEVO PASTEUR LA MISIÓN EL INVESTIGADOR EL VAGÓN DEL FERROCARRIL EL FINAL	
X.	LOS GOBIERNOS DEMOCRÁTICOS: PERÓN 1946-1952	184
	CON TODOS LOS HONORES LAS IDEAS POLÍTICAS LA CREACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD Y ASISTENCIA SOCIAL EL MINISTRO OBJETIVOS DEL PLAN ANALÍTICO DE SALUD PÚBLICA EL PLAN SANITARIO LA FUNDACIÓN EVA PERÓN CENTROS DE HIGIENE MATERNO-INFANTIL CREADOS UN SINFÍN DE HOSPITALES UNA OBRA GIGANTESCA EL EPÍLOGO LAS RESTRICCIONES A LOS SERVICIOS DE SALUD LA GRAN EPIDEMIA DE POLIO DE 1956 LA VACUNA FLORENCIO ESCARDÓ	
XI.	UNA NUEVA RECONSTRUCCIÓN POLÍTICA	222
	LA POLÍTICA SANITARIA LA LEY DE MEDICAMENTOS EL PRESTIGIO CIENTÍFICO DE ARTURO OÑATIVIA EL PROGRAMA DE SALUD RURAL DE CARLOS ALVARADO	
XII.	LAS OBRAS SOCIALES	232
	NACIMIENTO UN CAMBIO DE POLÍTICAS LA LEY 18610 LA CREACIÓN DEL PAMI ATRIBUCIONES DEL INOS LA INTERVENCIÓN DE LAS OBRAS SOCIALES RETORNO DE LA DEMOCRACIA LA DESREGULACIÓN LA ACTUALIDAD EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD IMPULSADO EN 1973 LOS OPOSITORES AL PROYECTO DE LIOTTA EL RECORTE EN EL SISTEMA DE SALUD ALMA ATA LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD	
XIII.	LA VUELTA A LA DEMOCRACIA Y LA SALUD	262
	LA POLÍTICA SANITARIA LA ATENCIÓN AMBULATORIA Y DOMICILIARIA MENEM Y LA POLÍTICA NEOLIBERAL LA CRISIS SOCIAL DEL 2001 EL PROGRAMA JEFES/AS DE HOGAR DESOCUPADOS/AS	
XIV.	LOS PREMIOS NOBEL	274
XV.	UNA LARGA TRADICIÓN DE EXCELENCIA	286
XVI.	LAS POLÍTICAS SANITARIAS ACTUALES	302

TABLE OF CONTENTS

PROLOGUE		
I.	FAR AWAY AND LONG AGO	14
	LIFE IN BUENOS AIRES TWO HUNDRED YEARS AGO THE ART OF HEALING IN THE VICEROYALTY	
II.	THE FIRST DOCTORS	26
	DEGREES REQUIRED MAGIC, PRAYERS AND FOLK HEALERS PROVING MEDICAL EXPERTISE EARLY HOSPITALS: PROTECTION THROUGH ISOLATION HEALTH CARE DURING THE BRITISH INVASIONS LOS NIÑOS EXPÓSITOS THE MEDICAL BOARD THE POWERS OF THE MEDICAL BOARD THE ORIGINS HEALTH CARE	
III.	EL PROTOMEDICATO	46
	THE POWERS OF THE MEDICAL BOARD THE ORIGINS HEALTH CARE	
IV.	THE MAY REVOLUTION AND THE FIGHT FOR INDEPENDENCE	54
	FROM VICEROYALTY TO INDEPENDENCE	
V.	THE PROFESSIONALIZATION OF MEDICINE	62
	THE SCHOOL OF MEDICINE THE ACHIEVEMENTS OF THE MEDICAL SCHOOL THE NATIONAL ACADEMY OF MEDICINE ETHICS AND SOLIDARITY THE SEAT OF THE INSTITUTION	
VI.	THE EPIDEMICS THAT RAVAGED THE COUNTRY IN THE 19TH CENTURY	86
	ADVANCES IN HEALTH CARE CHOLERA: A TENACIOUS ENEMY BUENOS AIRES, 1871 DEATH ROAMS THE STREETS THE BEGINNING OF THE HORROR 1871: THE YELLOW FEVER EPIDEMIC HEALTH INSTITUTIONS FROM 1810 TO 1880 THE AGREEMENT OF THE MEDICAL TRIBUNAL THE MEDICAL TRIBUNAL NATIONAL HYGIENE DEPARTMENT	
VII.	THE ‘80s GENERATION THE ARISTOCRACY COMES TO POWER	118
	IMMIGRATION IMMIGRANT HOTEL HYGIENISM AND THE ‘80s GENERATION THREE PHASES OF THE HYGIENIST AGENDA NATIONAL ORGANIZATION 1853-1880	

VIII.	THE BIRTH OF THE HOSPITAL AS AN INSTITUTION	140
	HOSPITALS WITH A HISTORY A NEW CONCEPTION OF HEALTH IS BORN	
IX.	SALVADOR MAZZA, A RENOWNED FIGURE IN PUBLIC HEALTH	174
	THE POOR PEOPLE'S DISEASE A SECOND PASTEUR THE MISSION THE RESEARCHER THE TRAIN CAR THE END	
X.	DEMOCRATIC GOVERNMENTS: PERÓN 1946-1952	184
	THE HIGHEST HONORS POLITICAL IDEAS THE CREATION OF THE DEPARTMENT OF HEALTH AND WELFARE THE MINISTER AIMS OF THE PUBLIC HEALTH PLAN THE HEALTH PLAN THE EVA PERÓN FOUNDATION MATERNITY AND PEDIATRIC CENTERS FOUNDED ENDLESS HOSPITALS AN ENORMOUS TASK THE EPILOGUE THE RESTRICTIONS TO HEALTH SERVICES THE GREAT POLIO EPIDEMIC IN 1956 THE VACCINE FLORENCIO ESCARDÓ	
XI.	A NEW POLITICAL RECONSTRUCTION	222
	THE SANITARY POLICY PRESCRIPTION DRUGS LAW DOCTOR ARTURO OÑATIVIA'S PRESTIGE	
XII.	SOCIAL SECURITY ORGANIZATIONS	232
	THE BIRTH A CHANGE IN POLICIES LAW Nº 18,610 THE CREATION OF PAMI THE INOS HAS THE FOLLOWING POWERS THE INTERVENTION OF THE SOCIAL SECURITY ORGANIZATIONS THE RETURN OF DEMOCRACY DEREGULATION THE PRESENT THE NATIONAL HEALTH SYSTEM PROMOTED IN 1973 THE OPPONENTS TO LIOTTA'S PROJECT THE CUTBACK IN THE HEALTH SYSTEM ALMA ATA THE WORLD HEALTH ORGANIZATION	
XIII.	THE RETURN TO DEMOCRACY AND HEALTH	262
	HEALTH POLICY AMBULATORY AND HOME HEALTH CARE MENEM AND NEO-LIBERAL POLICY THE SOCIAL CRISIS IN 2001 THE PROGRAM FOR MALE AND FEMALE UNEMPLOYED HEADS OF HOUSEHOLDS	
XIV.	THE NOBEL PRIZES	274
XV.	A LONG TRADITION OF EXCELLENCE	286
XVI.	THE CURRENT HEALTH POLICIES	302

This book covers moments of public health in Argentina that we hope will prove significant, not only to those whose concern is “the art of preventing and healing”, but to all our fellow countrymen and women, since the recovery of history strengthens the likelihood of projecting a more inclusive and equitable future for all those who inhabit this land.

Remarkable advances in coverage and in the quality of health care have marked the history of health in our country, but there has been no lack of crises, tensions and mismatched opinions, which occasionally raised doubts about health as State policy and as the right of citizens.

However, the hospitals created in the early days of our homeland, and, later on, the health centers located in every corner of the territory have supported the decent health care provided to the people in Argentina over the years.

By means of the present work, we wish to pay tribute to all those who, in different stages of the building of our nation, contributed to enhancing and adding greater scope to public health:

To Ramón Carrillo, first minister of Health of Argentina, whose administration had a phenomenal impact on the capacity of public hospitals throughout the country and attained important achievements in the more neglected regions, thanks to a health care policy that remarkably improved the diet and nutrition, as well as the well-being of the population

To Salvador Mazza who, as founder of the Mission for the Study of Regional Pathologies in Argentina, made great progress in the study of the Chagas disease and who, supported by a railway carriage equipped with a lab and a consulting room he himself had designed, traveled far and wide in remote regions of the country while investigating, providing health care to the local people and teaching his colleagues without allowing precariousness or weariness to discourage him

To Carlos Alvarado, who eradicated malaria in the northwestern region of Argentina in the forties and who, a decade before the Alma Ata Declaration, set up a genuine strategy of Primary Health Care through an “army” of health care agents in Jujuy to fight the maladies generated by the countless hardships his people had to bear.

Esta obra recorre momentos de la salud pública de Argentina, que aspiramos resulten significativos no sólo para quienes se ocupan del “arte de prevenir y curar” sino para todos nuestros compatriotas, ya que recuperar la historia posibilita proyectar un futuro más inclusivo y justo para todos los que habitan esta tierra.

La historia de la salud está signada por notables avances en la cobertura y la calidad de la atención, pero también por crisis, tensiones y desencuentros que en ocasiones han puesto en cuestión a la salud como política de Estado y como derecho de la ciudadanía.

No obstante, nuestros hospitales surgidos desde los albores de la patria y posteriormente los centros de salud, dispuestos en cada rincón de esta geografía, han sostenido a lo largo de los años transcurridos, la digna atención del pueblo argentino.

A través de esta obra queremos homenajear a todos los que contribuyeron en diferentes etapas de la construcción de nuestra Nación, a engrandecer la salud pública:

A Ramón Carrillo, primer ministro de Salud de la Argentina, cuya gestión incrementó fenomenalmente la capacidad hospitalaria pública en todo el territorio y alcanzó importantes logros en las regiones más postergadas, gracias a una política sanitaria que mejoró notablemente la nutrición y el bienestar de la población.

A Salvador Mazza, fundador de la Misión de Estudios de Patología Regional Argentina (MEPRA), que logró grandes adelantos en el estudio de la enfermedad de Chagas y que con un vagón de ferrocarril -equipado con un laboratorio y un consultorio que él mismo diseñó-, recorrió innumerables regiones del país investigando, atendiendo a paisanos, enseñando a sus colegas, sin que la precariedad o el cansancio lo detuvieran.

A Carlos Alvarado, que erradicó el paludismo en el Noroeste argentino en los 40' y que una década antes de la Declaración de Alma Ata puso en marcha en Jujuy a través de un “ejército” de agentes sanitarios, una genuina estrategia de Atención Primaria de la Salud, para enfrentar las dolencias que generaban las innumerables privaciones de su pueblo.



Doctor Juan Manzur.
Ministro de Salud de la Nación.

Dr. Juan Manzur.
Minister of Health of the Nation.

In addition, to Nobel Prize Winners Bernardo Houssay, Luis Leloir and César Milstein, to René Favaloro and many other outstanding physicians, without omitting the many anonymous but talented, committed and tireless health care workers.

From all of them we learnt that work and effort never go to waste, because there is no worthier cause to pursue than to take care of our people's health.

The political project started by Néstor Kirchner in 2003 and continued by President Cristina Fernández de Kirchner has made it possible to improve maternity and infant care, to implement a comprehensive medication policy, to train thousands of professionals and to respond to Chagas, dengue and Influenza A effectively. The creation by our President of specific institutions such as the National Cancer Institute and the National Tropical Diseases Institute will begin to repay a historic debt.

All these achievements attest to the determined conviction of the National Government to go further still in the improvement of our population's health so that the Nation's project to offer every man and woman access to equal opportunities for a dignified life materializes and enables them to accomplish their expectations and build the best possible future for their children.

This is the reason why, two hundred years after the birth of our nation, today, more than ever, we uphold the universal right to health in Argentina.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'J' followed by a series of loops and a final upward stroke.

Dr. Juan Manzur
Minister of Health of the Nation

También a nuestros Premios Nobel Bernardo Houssay, Luis Leloir, César Milstein. A René Favaloro y a otros muchos destacados médicos. Y a tantos otros trabajadores de la salud, menos conocidos pero igualmente talentosos, comprometidos e incansables luchadores.

De todos ellos, hemos aprendido que el trabajo esforzado nunca es en vano, porque no hay causa más justa que cuidar la salud de nuestra gente.

El proyecto político que inició Néstor Kirchner en 2003 y que continúa la presidenta Cristina Fernández de Kirchner ha posibilitado mejorar la salud materno infantil, implementar una política integral de medicamentos, formar a miles de profesionales, responder eficazmente al Chagas, al dengue y a la gripe A, y comenzar a reparar deudas históricas a través de la creación por parte de nuestra Presidenta de instituciones específicas tales como el Instituto Nacional del Cáncer y el Instituto Nacional de Enfermedades Tropicales.

Todos estos logros expresan la férrea convicción del Gobierno Nacional de profundizar día a día la mejora de la salud de nuestro pueblo para hacer posible un proyecto de Nación en el que todos y todas puedan acceder a igualitarias oportunidades para vivir dignamente, desarrollar plenamente sus aspiraciones y construir el mejor de los futuros para sus hijos.

Por eso, a doscientos años del nacimiento de nuestra patria, hoy más que nunca, sostenemos el derecho universal a la salud en Argentina.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'J' followed by a series of loops and a final upward stroke.

Dr. Juan Manzur
Ministro de Salud de la Nación



“ALLÁ LEJOS Y HACE TIEMPO” **“*FAR AWAY AND LONG AGO*”**

*“Al pobre infeliz, al rico, al plebeyo, al ciudadano,
al gaucho, al artesano, el mismo VIRUS aplico:
para mí ninguno es chico, a todos estimo y quiero:
no pospongo ni prefiero a Julia por Enriqueta,
y en fin, pongo la lanceta en el que llega primero”.*

*The poor unhappy man, the rich man, the commoner, the citizen,
the gaucho, the artisan, I afflict with the same VIRUS:
No one is too small, I respect and love them all:
I never cancel an appointment and I like Julia as much as Enriqueta,
and in the end, I use my lancet to jab whoever arrives first.*



Así, con graciosos versos, el sacerdote Saturnino Segurola —diputado en la Asamblea del Año XIII, director de la Biblioteca Nacional y gran impulsor de la vacuna antivariólica— demostraba su buen humor mientras desarrollaba la primera campaña sanitaria pública de nuestra historia: la vacunación masiva contra la viruela. Era el año 1805, tiempo del Virreinato del Río de la Plata. Aún no habían ocurrido las invasiones inglesas, Cornelio Saavedra era un comerciante próspero y no jefe de los Patricios, que tampoco existían, y Manuel Belgrano ni soñaba con la bandera celeste y blanca...

With these amusing verses, the priest Saturnino Segurola —a legislator in the XIII Assembly, director of the National Library and a strong supporter of the smallpox vaccination—expressed his sense of humor about the first public health campaign in Argentina’s history: mass vaccinations against smallpox. It was 1805, the period of the Rio de la Plata Viceroyalty. The British had not yet invaded; Cornelio Saavedra was still a prosperous merchant and not the leader of the 1st Infantry Regiment “Patricios,” which didn’t yet exist, and Manuel Belgrano had yet to dream of a blue and white flag...

Vista de Buenos Aires desde el río.
Fernando Brambila - Aguada, 1794.

View of Buenos Aires from the Río
de la Plata. Fernando Brambila -
Gouache, 1794



Perfil de la Ciudad de Buenos Aires hacia la primera mitad del siglo XVIII. F. da Silva - Grabado, 1735.

Skyline of the City of Buenos Aires in the first half of the 18th century
F. da Silva – Engraving, 1735

But the young Segurola (who wasn't yet thirty) trusted so blindly in the vaccine discovered by the Englishman Edward Jenner that he spent most of the day administering it: every morning at the Hospital de la Residencia in the Altos de San Telmo and every afternoon, beneath the shade of a tree in his brother's home in Caballito. The tree is still standing in Parque Chacabuco, providing shade to readers who choose to sit beneath it.

Smallpox, which struck from time to time, was one of the worst afflictions to hit the population of Buenos Aires since its founding (1580). However, it was not the only one: other epidemics (cholera, typhus and yellow fever) lashed at the shores of the Rio de la Plata, killing some and leaving their mark on others like Mariano Moreno, whose face was pockmarked from his bout with smallpox. Traffic at the port of Buenos Aires had increased since the Viceroyalty had been founded (1776) and it now saw not only ships authorized under Spain's commercial monopoly, but also illegal vessels. Thriving on contraband, these far outnumbered the authorized vessels. Thus, in a period when hygiene was precarious and there was only basic instruction on how to stay healthy, it was natural for the locals to succumb to illness when foreign ships unloaded their cargo—including thousands of African slaves who had made the crossing stuffed in the stinking, rat-infested cargo holds. The port of Buenos Aires was in fact fictitious. There was no actual dock because the mud deposits at the bottom of the river made it impossible for ships with deep drafts to make their way in. For this reason, the ships anchored two or three kilometers from the shore, and small boats were sent out to load the merchandise and bring it as far in as they could. At the end of this tedious task, horse-drawn carriages were sent down to the water to finally bring ashore the products that had arrived from across the ocean.



Primera vista de la ciudad fundada por Garay. Se la conoce como la Acuarela de Vingboons. Autor anónimo, 1628.

The first depiction of the city founded by Garay. It is known as the Vingboons Watercolor. Anonymous, 1628



Fuerte de Buenos Aires.
Emeric E. Vidal - Acuarela, 1817.

The Fort of Buenos Aires
Emeric E. Vidal - Watercolor, 1817

Pero el joven Segurolo (que no tenía siquiera treinta años) confiaba tan ciegamente en el descubrimiento del inglés Edward Jenner, que dedicaba todo su día a la tarea de inocular: por la mañana en los Altos de San Telmo, en el Hospital de la Residencia. Y por la tarde a la sombra de un pacará en la quinta de su hermano en Caballito. El pacará todavía existe, está en el Parque Chacabuco, y su sombra sigue protegiendo del sol a los lectores que se sientan debajo de su copa.

La viruela era uno de los más duros castigos que recibía prácticamente desde su fundación (1580), en forma periódica, la población de Buenos Aires. Pero no el único: otras epidemias (cólera, tifus, fiebre amarilla) azotaban estas costas cobrándose vidas o dejando su huella para siempre, como en el rostro poceado por la viruela de Mariano Moreno. El puerto de Buenos Aires había aumentado su tráfico comercial desde la creación del Virreinato (1776), no sólo por el arribo de los barcos legales que autorizaba el monopolio español, sino por los ilegales, que eran más numerosos, y hacían del contrabando su razón de ser. Entonces, en una época donde la higiene era precaria y apenas se sostenía con algunas instrucciones, era natural que sucumbiera frente al desembarco, por ejemplo, de miles y miles de esclavos negros que habían viajado hacinados en las bodegas de navíos hediondos y llenos de ratas.

El puerto de Buenos Aires, en realidad, era una ficción. No había muelle adonde atracar, porque el barro depositado en el fondo del río impedía el paso de los barcos de mayor calado. Por eso las naves clavaban sus anclas a dos o tres kilómetros de la costa; hasta allí iban unos lanchones en busca de las mercaderías y las acercaban hasta donde la profundidad del agua las dejaba avanzar. Luego, completando el fatigoso ciclo, bajaban la barranca algunas carretas tiradas por caballos para cargar, por fin, lo que había llegado del otro lado del océano.



Saturnino Segurolo
Impulsor de la vacuna antivariólica.

Saturnino Segurolo
The driving force behind the
smallpox vaccine



Edward Jenner

The great discovery of Edward Jenner (1749-1823), the smallpox vaccine, put an end to one of the most terrible plagues in all history. The protection against the illness, which was announced in 1795, met with the usual doubts and criticism. However, the vaccine triumphed. It arrived relatively quickly to Río de la Plata considering that that same year Segurola had launched his vaccination campaign and Napoleon Bonaparte had sent his troops to get vaccinated.

[Pescadores en el río de la Plata.](#)
[Emeric E. Vidal – Acuarela, 1819.](#)
[Aguatero – Buenos Aires.](#)
[Carlos Pellegrini – Acuarela, 1831.](#)

Fishermen in the Río de la Plata
Emeric E. Vidal – Watercolor, 1819
Water Boy – Buenos Aires
Carlos Pellegrini – Watercolor, 1831

LIFE IN BUENOS AIRES TWO HUNDRED YEARS AGO

Without electricity, engine-powered vehicles or telephones, life went by more slowly and quietly. The city was a wide open space whose outline was only barely sketched by dirt roads that turned to mud when it rained. In addition, horses and carriages meant that these streets were riddled with potholes and deep tracks. When the sun came up, the men left their homes—one-story buildings without windows or adobe dwellings— to go to work. They were merchants, street vendors, officials at the City Hall or the Fort, and employees at the port warehouses. They went on foot or horseback. Back at home, their wives did the housework and took care of the children, almost always with the assistance of black slaves. Construction progressed at an uneven pace—there were plenty of empty lots—and stretched about ten blocks in all directions from the main square. On the outskirts, there were summer homes, marshlands and a few isolated shacks where the poorest inhabitants lived.



El gran descubrimiento de Edward Jenner (1749-1823), la vacuna antivariólica, acabó con uno de los grandes flagelos de la humanidad. Fue en 1795 cuando dio a conocer su remedio preventivo, recibiendo las dudas y críticas de siempre para estos casos. Pero terminó imponiéndose. Al Río de la Plata llegó bastante rápido la novedad, si consideramos que el mismo año que Seguro la empezó con su campaña vacunadora, el emperador Napoleón Bonaparte hacía lo propio con su tropa.

LA VIDA EN BUENOS AIRES HACE 200 AÑOS

Sin electricidad, motores ni teléfonos, la vida tenía otros ritmos y menos ruido. La ciudad era un gran espacio abierto, apenas demarcado en forma imperfecta por calles de tierra que la lluvia ponía barrosas. Y que el paso de los caballos y las carretas llenaba de pozos y profundas huellas.

Con la salida del sol los hombres partían de sus casas —bajas, sin ventanas— o de sus ranchos de adobe, a cumplir con sus tareas: los comerciantes, los vendedores ambulantes, los funcionarios del Cabildo o del Fuerte, o los empleados de los depósitos del puerto. Iban a pie o a caballo. Mientras tanto, sus mujeres atendían el hogar y a los niños, ayudadas casi siempre por esclavos negros.

La línea de edificación, de por sí bastante irregular —había muchos baldíos—, acababa unas diez cuadras a la redonda de la plaza central. Más allá estaban las quintas, los bañados y algunos ranchos aislados donde vivían los más pobres.



La ciudad vista desde la playa
Carlos Pellegrini – Acuarela, 1840.

The City Seen from the Beach
Carlos Pellegrini – Watercolor, 1840

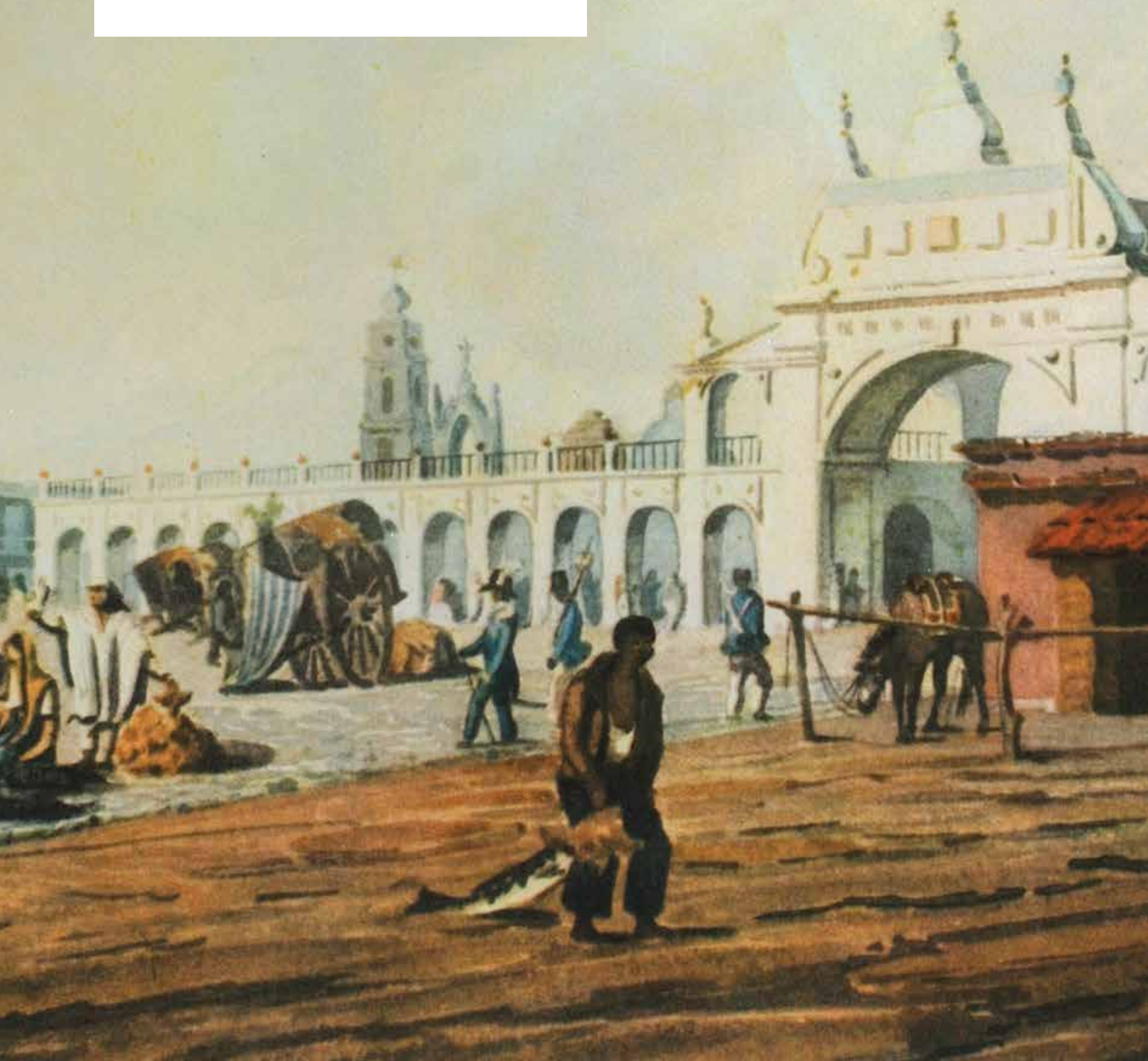
El Fuerte.
Carlos Pellegrini – Acuarela, 1831.
Una calle de Buenos Aires. Los Altos de Escalada.
Auguste Borget – Litografía coloreada, 1837.

The Fort
Carlos Pellegrini – Watercolor, 1831.
A Street in Buenos Aires. Los Altos de Escalada.
Auguste Borget – Colored Lithograph, 1837



Plaza del Mercado o del Fuerte.
La Recova la separaba de la Plaza
de la Victoria.
Emeric E. Vidal - Acuarela, 1817.

Plaza del Mercado or Plaza del Fuerte.
La Recova separated this square from
Plaza de la Victoria
Emeric E. Vidal - Watercolor, 1817





El matadero.
Detrás el edificio de la
Convalecencia, fundado en el siglo
XVIII por los padres Betlemitas.
Carlos Pellegrini - Acuarela 1830.

The slaughterhouse.
Behind the building for recovering
patients, founded in the 18th
century by Betlemitas priests
Carlos Pellegrini – Watercolor, 1830



Cabildo y Policía.
Carlos Pellegrini - Acuarela, 1829.

City Hall and Police Station
Carlos Pellegrini - Watercolor, 1829.

The milkmen came into town from the outskirts to sell their product each day, though sometimes it was churned to butter by the motion of the cart, and the water boys would come up after fetching water from the river, which had to be filtered before drinking because it was so murky. There were men selling brooms, a very useful tool at the time; others sold live chickens, pigs and other produce at the open-air markets in almost every square. Everyone had to watch out for wild dogs which frequently attacked people along the roads.

Plaza Mayor (to the west of what is now Plaza de Mayo) was filled with vendors as well as people, carts, covered wagons and horses. Due to the horses, manure was everywhere, filling the city with unpleasant odors and sticking to the boots of unwary pedestrians. Is it possible to sketch out a panorama of hygiene in such times? Authorities usually reacted only after an epidemic, like firefighters sent to put out a fire, with a series of regulations. One established that cemeteries be constructed outside the city, since until then it was common for the dead to be buried in churches or on the land next to their homes. Another required doctors to inform authorities when someone had died from a contagious disease; yet another required that drinking water be collected far from where the washers did their work. Because the quaint water boy who appears in children's books was in fact distributing dirty water from the Río de la Plata, water he had collected just a few steps away from what is now the Presidential Palace...





La ciudad tenía abundancia de perros. Los animales eran tan fornidos y agresivos que fue necesario sacar una disposición obligando a sus dueños a mantenerlos encadenados y con bozal, bajo pena de recibir una onerosa multa en caso de no cumplir con la disposición.

The city had plenty of dogs. The animals were so sturdy and aggressive it was necessary to issue a provision requiring the owners to keep them chained and muzzled under penalty of receiving a heavy fine if they do not comply with the provision.

Vista de Buenos Aires.
Brayer - Acuarela, 1858.

View of Buenos Aires
Brayer - Watercolor, 1858

De esa zona marchaban cada mañana los lecheritos a vender su producto, que a veces se transformaba en manteca por el traqueteo del caballo; los aguateros a recoger agua de río, que por ser tan turbia había que filtrar para poder beberla; los vendedores de escobas, tan útiles entonces; los que vendían gallinas vivas, cerdos y otros comestibles directamente al mercado, la feria al aire libre que funcionaba en casi todas las plazas. Cada uno debía cuidarse de ser atacado por los perros cimarrones, que abundaban en los caminos.

La Plaza Mayor (el lado oeste de la actual Plaza de Mayo), no sólo la ocupaban los vendedores sino que la atravesaban personas, carretas, galeras y caballos. Con tanto animal pisando era inevitable que sus deposiciones se esparcieran por todas partes, provocando olores o ensuciando las botas de los transeúntes distraídos. ¿Es posible trazar un panorama sanitario de aquellos tiempos? Las autoridades solían reaccionar después de una epidemia, como bomberos para apagar un incendio, con una batería de ordenanzas. Una de ellas: que los cementerios se construyeran en las afueras de la ciudad, ya que era una costumbre muy arraigada entonces que los muertos se enterraran en las iglesias o en los terrenos aledaños, con el consiguiente riesgo de infección. Otra: que los médicos informaran a las autoridades acerca del fallecimiento de una víctima de una enfermedad contagiosa o que las aguas para beber se recogieran lejos del lugar donde las lavanderas hacían su labor. Porque el pintoresco aguatero de las láminas escolares que aparece repartiendo el vital elemento, en realidad suministraba agua sucia, obtenida del río de la Plata, a metros de la actual Casa de Gobierno...

BANDO

“Don Juan José de Vértiz y Salcedo, Commanding Knight of Puerto Llano in the Order of Calatrava, Field marshal of the Royal Armies, Governor and Captain of the Province of Río de la Plata, etc...”

(...) Article 12. Whenever anyone dies from cholera, typhus or any other contagious disease, physicians and surgeons shall be required to report the death to the courts so that judicial officials can order that the clothing and furniture of the individual in question be burned, should they be considered contagious, in order to thus avoid further contagion. Any physician or surgeon who does not report such a death shall be fined the sum of one hundred pesos.

Article 13. Physicians and surgeons shall report to royal officials after having made a visit to a foreign patient and realizing that his life is in danger, even before the death occurs. The same obligation shall apply after the death actually occurs. They will bear the same obligation of those who die ab intestato even in the case of Spaniards, reporting the event to the judge or judges with jurisdiction. The same fine referred to in the above article shall apply in all cases. Buenos Ayres, first of December of the year seventeen hundred seventy-four.



THE ART OF HEALING IN THE VICEROYALTY

The apothecary, predecessor to the current pharmacist, was the first person to consult about health matters. People would go to him to purchase herbal medicines, to have a molar removed or to be bled, since at that time people believed that blood was the root of all illness. The barber, besides giving men a shave, could also handle these tasks. Barbers and the phlebotomists employed a technique that had been assigned to them by the medical profession: bloodletting, the cause of frequent debates. Phlebotomists had a certain social status at the time; they could only practice with official authorization, which was granted after they had taken an exam. What did practitioners need to know to pass this exam? The quantity, location and names of the body’s veins, along with the method for bleeding, making incisions, applying suckers and leeches, and removing teeth and molars. The degree in phlebotomy was valid for all “the kingdoms and domains of His Majesty” and in taking the oath, practitioners committed to providing their services to the poor at no cost. Not all of the ailing sought phlebotomists or barbers, however. More complicated illnesses were treated in precarious hospitals run by religious orders. Doctors were few and far between, especially at the beginning.

Estampa de la Compañía de Jesús en la ciudad de Córdoba, con detalle de los trajes de los sacerdotes y los alumnos jesuitas. Padre Paucke - Acuarela, 1749.

Depiction of the Society of Jesus in the city of Córdoba, showing the robes worn by the priests and the Jesuit students
Father Paucke - Watercolor, 1749



BANDO

“Don Juan José de Vértiz y Salcedo, Caballero Comendador de Puerto Llano en la Orden de Calatrava, Mariscal de Campo de los Reales Ejércitos, Gobernador y Capitán General de esta Provincia del Río de la Plata, etc...”

“(...) 12°. Que todos los médicos y cirujanos inmediatamente que fallezca alguna persona ética, tísica, ó de cualquier enfermedad contagiosa, sean obligados bajo multa de cien pesos á dar cuenta á la justicia ordinaria para que esta tome la providencia de mandar quemar la ropa y muebles que se considere contagiada, para evitar por este medio los considerables inconvenientes que se siguen.

“13°. Que bajo la misma multa estarán obligados todos los médicos y cirujanos á dar cuenta a los oficiales reales luego que llamados para asistir algún enfermo extranjero, reconozcan que pelagra su vida, sin aguardar a que fallezca, verificándose lo cual practicarán la misma diligencia; la propia obligación tendrán con los que mueren ab intestato aunque sean españoles, dando parte al juez ó jueces que correspondan.

“Buenos Ayres, primero de Diciembre de mil setecientos setenta y cuatro”.

EL ARTE DE CURAR EN EL VIRREINATO

El boticario, antecedente del actual farmacéutico, era el primer referente en materia de salud. A él se acudía para adquirir preparados a base de hierbas o para sacarse una muela. O para sangrarse, ya que entonces se pensaba que la raíz de todas las enfermedades estaba en la sangre. También el barbero, además de afeitar, podía encargarse de estos menesteres.

La función de los barberos sangradores y los sangradores flebotomianos estaba asociada a una técnica delegada de la medicina: la sangría, que daba lugar a frecuentes enfrentamientos entre partidarios y detractores. Los sangradores alcanzaron un cierto reconocimiento social, pero sólo podían ejercer con una autorización oficial, que se les otorgaba luego de rendir un examen. ¿Qué debían demostrar saber? Cuáles y cuántas son las venas, dónde están y sus nombres. Y conocer el modo de sangrar, sajar, echar ventosas, sanguijuelas, sacar dientes y muelas. El título de sangrador tenía validez para todos *“los reinos y señoríos de Su Majestad”* y llevaba implícito el juramento de su titular de ejercer su arte gratis para los pobres.

Pero no todos los enfermos iban a parar a manos de los sangradores o los barberos. Los casos más delicados se atendían en precarios hospitales que estaban a cargo de las órdenes religiosas. Los médicos eran pocos y contados con los dedos de una sola mano, sobre todo en los primeros tiempos.



LOS PRIMEROS MÉDICOS *THE FIRST DOCTORS*

Las expediciones conquistadoras solían traer un médico a bordo. En la primera que llegó al Río de la Plata, la de Juan Díaz de Solís (1515), no pasó a la historia el nombre del galeno, aunque existen certezas acerca de su presencia. Se recuerda bien, en cambio, el nombre de uno de los tripulantes, Martín García, enterrado en la isla donde falleció.

A doctor was almost always among the crew of the Conquistadors' vessels when they came over to the New World. The first ship to reach the Río de la Plata was captained by Juan Díaz de Solís (1515). Although the ship's name did not go down in history, there is evidence it did reach Argentina. The name of one crew member is remembered: Martín García, who was buried in the island named after him.



La segunda expedición que arribó a esta parte del mundo fue la del marino veneciano Sebastián Gaboto (1525). En este caso se conocen con precisión los nombres de los cuatro médicos que viajaron con el fundador del fuerte de Sancti Spiritu: los maestros Pedro de Mesa y Juan y los cirujanos Fernando de Molina y Hernando de Alcázar.

The second ship to venture so far south was captained by Venetian sailor Sebastián Gaboto (1525), who would later found the Sancti Spiritu Fort. The names of the four physicians aboard the ship are recorded: Pedro de Mesa and Juan, and surgeons Fernando de Molina and Hernando de Alcázar.

[Colección “Tesoros de la Academia”.](#)
[Academia Nacional de Medicina.](#)

The “Treasures of the Academy”
Collection
National Academy of Medicine

Buena Esperanza y Buenos Aires.
Ulrico Schmidel - Grabados, 1536.

Buena Esperanza and Buenos Aires.
Ulrico Schmidel - Prints, 1536



Homenaje del correo español al
segundo fundador de Buenos Aires.

The Spanish Post pays homage to
the second founder of Buenos Aires.



En la misión de Pedro de Mendoza, primer fundador de Buenos Aires (1536), quien llegó al Río de la Plata enfermo de sífilis, figuró como médico Hernando de Zamora. Algunos historiadores también mencionan a un genovés —Blasio Testanova o Blas de Testanova—, quien habría permanecido en Buenos Aires hasta 1540. Como se sabe, el fuerte instalado por Mendoza se despobló en 1542 y la escasa población que permanecía atrincherada, soportando el ataque de los querandíes, se trasladó a Asunción del Paraguay.

Los primeros médicos en el Río de la Plata eran portugueses, pero no por eso fueron tratados como extranjeros: entre 1580 y 1640 los reinos de España y Portugal estuvieron unidos.

Un acta del 22 de enero de 1605 consigna el ofrecimiento de servicios de otro experto *“en el arte de la cirugía, y siempre que se le pagase un estipendio, como también las medicinas, ungüentos y demás cosas que pusiese para tales enfermedades y heridas, a cuyo fin mostraría carta de examen”*. El Cabildo aceptó su petición dos días después. Sobraban dolores y faltaban los que algo sabían hacer al respecto. La necesidad de curadores llevó inclusive al uso de la fuerza: un acta de 1606 exigía al cirujano barbero Jerónimo de Miranda que no abandonase la ciudad.

Miranda extendió el primer recibo de honorarios médicos cobrado en Buenos Aires. En él consta que asistió en su enfermedad a Doña María de Bracamonte, viuda del gobernador Don Diego de Valdéz y de la Banda, que fue Gobernador del Río de la Plata y del Paraguay entre 1599 y 1600.

When the first founder of the city of Buenos Aires (1536), Pedro de Mendoza, reached the Río de la Plata, he was sick with syphilis. The doctor aboard the ship was Hernando de Zamora. Some historians also mention a Genoese doctor —Blasio Testanova or Blas de Testanova—, who apparently remained in Buenos Aires until 1540. The fort built by Mendoza was abandoned in 1542 when the few survivors of the Querandí Indian attack on it fled to Asunción, Paraguay. The first doctors in the Río de la Plata region were Portuguese, but they were not considered foreigners at the time: from 1580 to 1640, the kingdoms of Spain and Portugal were united.

An official document dated January 22, 1605 is an offer of services from an expert *“in the art of surgery who will present an examination certificate in exchange for a stipend and payment for medicines, ointments and other elements for treating illness and injury.”* The Town Council accepted the offer two days later. There were plenty of ailments and something had to be done. The need for healers even led to the use of force: a 1606 decree prohibited surgeon/barber Jerónimo de Miranda from leaving the city.

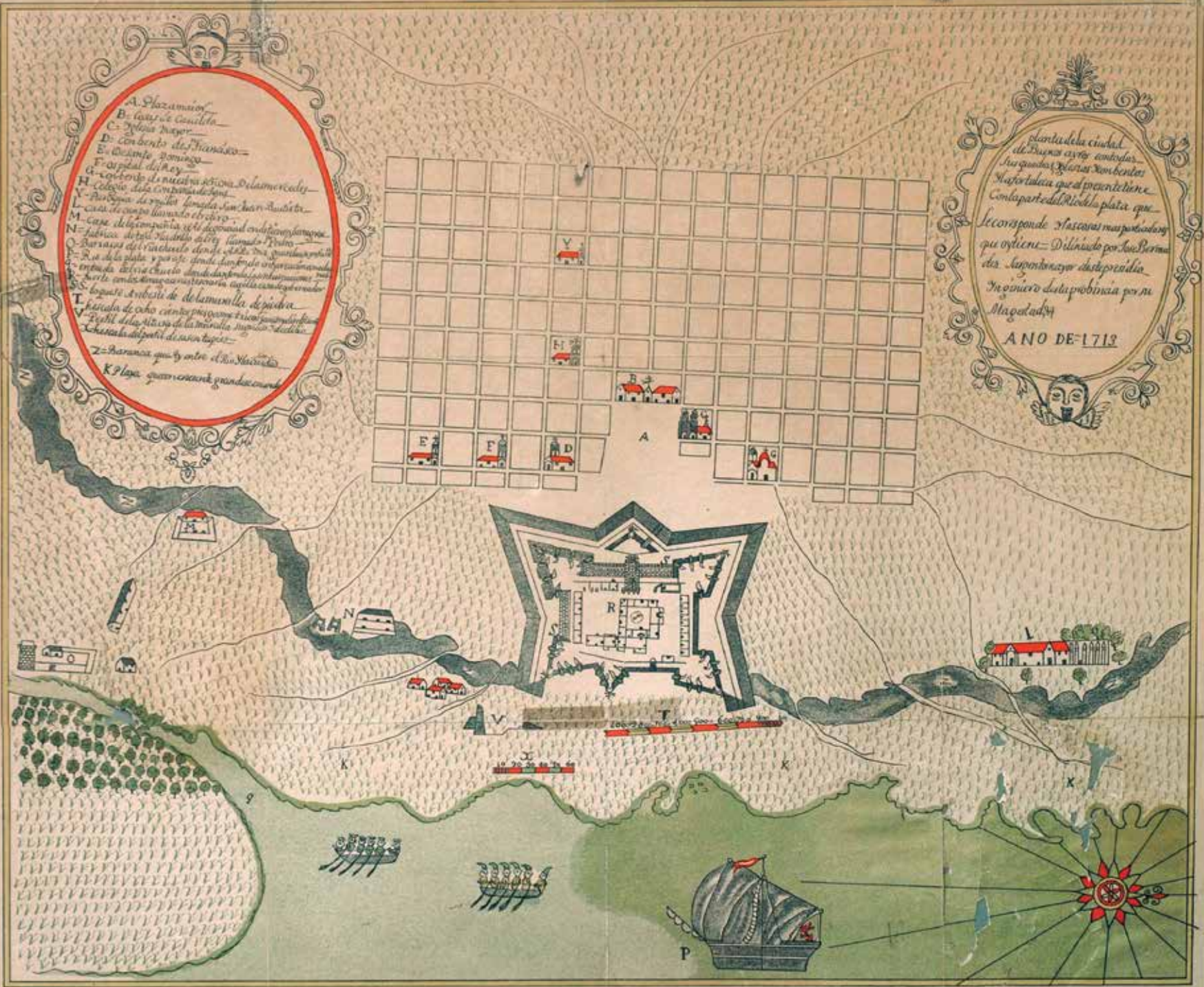
Miranda was the first to present a receipt for medical fees in the history of Buenos Aires. The document details the medical care provided for Doña María de Bracamonte, the widow of Don Diego de Valdéz y de la Banda, the Governor of the Río de la Plata and Paraguay from 1599 to 1600.

EL PRIMER MÉDICO

Se viene sosteniendo en todos los textos históricos que se ocupan del tema que el primer médico que tuvo Buenos Aires fue un portugués: Manuel Álvares, como lo prueban las actas del Cabildo de 1605. Otro investigador, Raúl Molina, sin embargo, sacó a la luz un documento que demuestra que tuvo un predecesor: Pedro Díaz. Una anotación en el Libro Real de Tesorería consigna una pena aplicada el 16 de septiembre del año 1603, por el alcalde ordinario Felipe Navarro, a Antonio López, por las heridas que causó al médico Pedro Díaz. No se consigna cuáles fueron.

THE FIRST DOCTOR

According to Town Hall documents from 1605 and local historical texts, the first doctor in Buenos Aires, Manuel Álvares, hailed from Portugal. However, a researcher by the name of Raúl Molina discovered a document showing that Álvares had a predecessor, Pedro Díaz. An entry in the Royal Treasury Ledger by Mayor Felipe Navarro states that a man named Antonio López was fined on September 16, 1603 for injuring Dr. Pedro Díaz. The entry does not describe the nature of the injuries.



SEGUNDO PLANO DE BERMÚDEZ, 1713.

A Plaza Mayor	E Convento de Santo Domingo	I Parroquia de Indios	O Guardia de Infantería
B Casa del Cabildo	F Hospital del Rey	L El Retiro	P Río de la Plata
C Iglesia Mayor	G Convento de Las Mercedes	M Casa de Esclavos	Q Embarcadero
D Convento de San Francisco	H Colegio de la Compañía de Jesús	N Fábrica de ladrillos del Rey	R Fuerte

THE SECOND MAP BY BERMÚDEZ, 1713

A Plaza Mayor	E Convento de Santo Domingo	I Parroquia de Indios	O Infantry Outpost
B Town Hall	F Hospital del Rey	L El Retiro	P Río de la Plata
C Iglesia Mayor	G Convento de Las Mercedes	M Slave Quarters	Q Dock
D Convento de San Francisco	H Colegio de la Compañía de Jesús	N Fábrica de ladrillos del Rey	R Fort

PRESENTACIÓN DE TÍTULOS

El primer médico español estable fue, a partir de 1608, Francisco Bernardo de Xijón. Su estancia no fue silenciosa, por cierto, ya que enseguida inició una serie de pleitos a los demás colegas que, sin títulos, le hacían competencia desleal. El Cabildo tomó cartas del reclamo de Xijón y exigió a todos los que ejercieran la medicina que presentaran sus títulos. Sólo se presentaron en competencia Xijón y un tal Cordero, ya que Miranda, el primer barbero, no era médico y ninguna facultad había oído nunca de él...

Pero los médicos o los que fingían serlo continuaron desembarcando en Buenos Aires, atizando el celo de Xijón y produciendo nuevos entuertos legales. El facultativo español, por cierto, no hacía más que ganar prestigio frente a tantos desafíos y como resultado fue nombrado en 1624 mayordomo del Hospital de San Martín. Allí cumplía, entonces, la mayor parte de sus servicios. La otra, en su domicilio de la calle De la Merced, hoy Reconquista.

LA MAGIA, LOS REZOS, LOS CURANDEROS



En tanto los médicos exigían títulos y probanzas frente a los tribunales con el objeto de eliminar la competencia, otros antagonistas les disputaban los enfermos de la mano de la superstición: los curanderos. Y eso pese al fuerte espíritu religioso de la gente, que había hecho de los horarios de las misas y las procesiones santas casi su única actividad mundana. Pero el aislamiento geográfico, la precariedad de la medicina y la mezcla de usanzas y hábitos que venían del fondo de la historia, podían más. Otras formas de curación eran los variados cócteles de hierbas a los que se recurría en forma de tisanas para contrarrestar las fiebres, los dolores estomacales o el estreñimiento. Es el caso de la “culebrilla”, una dolencia que provoca una erupción en la piel siguiendo una línea; se creía que se curaba frotando un sapo sobre la línea, para que éste absorbiera el veneno. O se escribía con tinta china en ambos extremos las palabras “*Jesús, María y José*”.

DEGREES REQUIRED

The first Spanish doctor to work in Buenos Aires on a permanent basis was Francisco Bernardo de Xijón, who came to Buenos Aires in 1608. His stay in the city was a memorable one since soon after arriving, he filed complaints against other local doctors whom, he claimed, represented unfair competition because they were practicing without a medical degree. The Town Council ruled in favor of Xijón and demanded that all doctors practicing medicine present their degrees. The only two who did so were Xijón and a man by the name of Cordero. Though he was practicing medicine, Miranda, the city's first barber, was not a doctor and no medical school had ever heard of him...

Doctors continued to arrive to the city of Buenos Aires, however, provoking the ire of Xijón and leading to new legal disputes. Regardless, the prestige of the Spanish physician continued to grow and in 1624 he was appointed head of San Martín Hospital. Most of the time, he practiced at the hospital, but he also received patients at his home on De la Merced Street (now Reconquista).

MAGIC, PRAYERS AND FOLK HEALERS

As “true” doctors insisted that degrees be required and took their claims to courts in order to eliminate the competition, others used superstition to convince the sick to come to them for help. These folk healers were successful despite how seriously people took religion at the time: daily mass and holy processions were the principal activities of the locals. The main reasons people turned to folk healers were geographic isolation and dubious medical practices, along with customs dating back centuries.

There were other ways to heal ailments: herbal teas, for instance, were taken to reduce fever, and relieve stomach pains and constipation. In the case of shingles, which causes a painful skin rash, the locals believed that the disease could be cured by rubbing the rash with a toad. Another cure involved using India ink to write the words “Jesus, Maria and Joseph” on both sides of the rash.

OUTSTANDING PHYSICIANS

The first to honor the Argerich's name was Francisco's son Cosme Mariano, who was born on September 26th, 1758 in Buenos Aires. At the age of eighteen, his father sent him to Spain, where he received his medical degree, returning to Argentina in 1784. Though he played a major role in medical education in Buenos Aires, he had enough time and spirit to spare to go down in political history as well: he was one of those to take a stand against the Viceroyalty on a historic vote that took place on May 22nd, 1810. He went on to serve as a military doctor to the patriotic armies during the War for Independence, serving under General San Martín and later, General Belgrano.

Another eminent doctor who arrived to Buenos Aires during the 18th century was the Irishman Miguel O'Gorman, who had received his degree from the University of Paris and was a member of the Real Academia in Madrid. He came to the Río de la Plata region in 1777 on the military vessel of Don Pedro de Cevallos, the first viceroy of the Río de la Plata. Miguel was the great-uncle of Camila O'Gorman, the young woman executed in 1848 at the age of twenty for falling in love with Father Ladislao Gutiérrez.

It didn't take long for O'Gorman to understand how precarious the health conditions in Buenos Aires were and to grow alarmed by the frequent use of folk healers. The sad state of affairs led him to found an office to oversee public health. First, though, he had to overcome the daily difficulties of his own profession. And that meant treating patients in facilities with only minimal resources—facilities known as hospitals.

PROVING MEDICAL EXPERTISE

But it was not until Alonso Garro de Aréchaga came to Argentina in 1630 that superstition began to wane and doctors were required to have more than government authorization in order to practice. At that time, there were many professionals living in Buenos Aires, though few actually met the technical and legal requirements for practicing. At Garro's insistence, the city government decided to require exams, in addition to a degree, to practice medicine.

The decision was based on an indisputable reality: most of the degrees presented by practitioners were forged. The exam, however, could not be forged. The first examining board consisted of Garro and another doctor, and the first two candidates to be evaluated were Pedro de Silva and Antonio Pasarán. De Silva did not pass but Pasarán did. It was 1660, and the first time that a practical system was used to prove medical expertise.

During the next century, the quality of physicians greatly improved. The most renowned doctor to emigrate to Argentine hailed from Cataluña. Francisco Argerich was the first in a long line of Argeriches, illustrious physicians for whom both a military hospital and a public hospital in the city of Buenos Aires are named. Without a doubt, Argerich was the most prestigious of the doctors to come to Argentina. The title on his curriculum vitae said: Doctor in Medicine, Coronel of the Royal Armies, Vice-Rector of the San Fernando Royal College and Hospital of Cádiz.

In Buenos Aires, Argerich was a doctor to the Jesuits and other religious orders as well. In 1780, he served as the chief physician to the expedition sent by the Viceroy Vértiz to put down the insurrection of the Tupac Amarú.

The first Doctor Argerich had a noble title. In Argentina, he married María Josefa del Castillo, who bore him seventeen children. Another important physician during this period was Matías Grimaú, who took over Argerich's post. He did not initially have a professional degree, but he later earned one. Grimaú was entrusted with the ships that arrived with immigrants suffering from contagious diseases. He lived in Argentina for many years before he died of old age.

Miguel O'Gorman



Cosme Argerich



Juan Madera



LA DEMOSTRACIÓN DE LA PERICIA MÉDICA

Para atacar la superstición y exigir de los médicos algo más que títulos habilitantes, hizo falta la llegada en 1630 de Alonso Garro de Aréchaga. Por aquel entonces ya eran varios los profesionales que residían en Buenos Aires, aunque muy pocos los que habían cumplido con los recaudos técnicos y legales exigidos. Ahora, bajo la insistencia de Garro, el Cabildo no se conformó con los títulos: pidió exámenes.

Sin duda, aquella determinación obedecía a una realidad incontrastable, que era la de que muchos títulos eran fraguados. Lo que no se podía falsificar era el examen. El primer tribunal se constituyó con el propio Garro y otro médico. Los dos primeros aspirantes que se sometieron a su justicia fueron Pedro de Silva y Antonio Pasarán. El primero fue reprobado; el segundo honró su apellido. Estamos en el año 1660. Aquella fue la primera vez que se aplicaba un sistema práctico para demostrar pericia médica. En el siglo siguiente mejoró la calidad de los médicos. El más famoso de los recién llegados fue el catalán Francisco Argerich, iniciador aquí del linaje de los Argerich, médicos ilustres a quienes la ciudad de Buenos Aires recuerda con dos hospitales: uno civil y el otro militar. Argerich, sin duda, fue el más prestigioso de los médicos llegados hasta entonces. Su curriculum decía: Doctor en Medicina, Coronel de los Reales Ejércitos, Vicerrector del Real Colegio y Hospital de San Fernando de Cádiz.

Argerich fue médico de los jesuitas en Buenos Aires y de otras órdenes religiosas. También participó en 1780 como jefe médico de la expedición enviada por el virrey Vértiz para combatir la insurrección de Túpac Amaru.

El primero de los Argerich tenía título de nobleza. Contrajo matrimonio aquí con Doña María Josefa del Castillo, quien le dio diecisiete hijos. Otro médico importante de la época fue Matías Grimau, quien reemplazó a Argerich en su cargo. Carecía de títulos profesionales, que revalidó después. Estaba encargado de la atención de los buques que llegaban con personas afectadas por enfermedades contagiosas. Vivió aquí mucho tiempo y falleció a edad avanzada.

Agustín Eusebio Fabre



Juan Antonio Fernández



LOS MÉDICOS QUE SOBRESALIERON

El primero en hacer honor al apellido Argerich fue su hijo Cosme Mariano, quien nació el 26 de septiembre de 1758 en Buenos Aires. A los dieciocho años su padre lo envió a España, donde se graduó de médico, regresando en 1784. Aquí jugó un papel decisivo para la enseñanza de la Medicina, pero también le sobró tiempo y carácter para quedar en la historia: fue uno de los que votaron en contra de la permanencia del Virrey en la histórica jornada del 22 de mayo de 1810. Luego fue médico de los ejércitos patriotas en la guerra de la Independencia, habiendo estado sucesivamente bajo las órdenes de San Martín y Belgrano. Otro médico eminente arribado a Buenos Aires en el siglo XVIII fue el irlandés Miguel O'Gorman, quien se había recibido en la Universidad de París y era miembro de la Real Academia de Madrid. Llegó al Río de la Plata en 1777, con la expedición militar de don Pedro de Cevallos, primer virrey del Río de la Plata. Miguel fue tío abuelo de Camila, la joven ejecutada en 1848, a los 20 años, por haberse enamorado del cura Ladislao Gutiérrez. No tardó demasiado O'Gorman en advertir la precariedad del estado sanitario de Buenos Aires ni en alarmarse por el incremento del curanderismo. Ambas realidades lo llevaron a impulsar la creación de una entidad que administrara la salud pública. Antes, sin embargo, debió lidiar con el día a día. Y el día a día era curar en austeros claustros con poco y nada, denominados hospitales.

EARLY HOSPITALS: PROTECTION THROUGH ISOLATION

According to historian Guillermo Furlong (S.J.)—a specialist in the colonial period in Latin America—, Buenos Aires lagged far behind Lima and the other future Latin American capital cities in terms of hospital care. Initially, hospitals were reserved for the insane. Later, they functioned as leper colonies. Hospitals were conceived as “a big house” in which to treat needy patients that is, the poor, who were the most likely to fall ill. The concept behind hospitalization was always the same: *“isolate the sick to protect the healthy.”*

When Spanish authorities came to visit the colony, they were astounded by how little was done to ensure that hospitals operated efficiently. According to Father Furlong, there were

two reasons for this: first, local people were generally healthy because of their lifestyle and diet, and the ventilated dwellings and abundance of trees and plants that characterized the region.

Health was even attributed to the pampero (the west wind) which could, according to locals, compensate for a lack of hygiene. Second, inhabitants of Buenos Aires avoided hospitals whenever they could: people preferred to get treatment, give birth and even undergo surgery at home.

The first hospital in the Río de la Plata region opened in 1553 in the city of Santiago del Estero. In 1576, a health care center (whose patron saint was Saint Eulalia) was founded in Córdoba. In sketching the layout of Buenos Aires soon after its founding (1580), Don Juan de Garay set aside a city block to construct a hospital. Things were easier said than done, however, and nothing ever came of the plan. It was not until 1611—and after repeated outbreaks of epidemics—that the Town Council decided to get involved, ordering the construction of the Hospital de San Martín (named after San Martín de Tours, the city’s patron saint). The hospital was not constructed on the site reserved by Garay (on the block of Corrientes, 25 de Mayo, Reconquista and Sarmiento), but on what is now the Manzana de las Luces.



[Hospital Betlemita o de Hombres.](#)
[En la página siguiente el antiguo Hospital de Mujeres.](#)
[Archivo General de la Nación.](#)

Hospital Betlemita or the Men’s Hospital
The old Woman’s Hospital appears on
the next page
National Archives

LOS HOSPITALES DE LA ÉPOCA: AISLAR PARA PROTEGER

Según el historiador Guillermo Furlong (S.J.) —especialista en la Época Colonial y el período hispánico—, Buenos Aires fue una ciudad atrasada en materia hospitalaria en relación con Lima y otras capitales hispanas de América.

En un principio los hospitales estaban dedicados exclusivamente a quienes habían perdido la razón, y luego se los usó como leprosarios. Se los concebía como “una casa grande” para atender al enfermo necesitado, al pobre, el más proclive a caer enfermo, y el concepto era siempre el mismo: *“Aislar al enfermo para proteger al sano”*.

Llamaba la atención a las autoridades españolas que venían de visita, el poco esfuerzo que se hacía para que los hospitales funcionaran bien. Según el padre Furlong, dos eran las razones de ese abandono: que la salud en general era buena, por el régimen de vida, la alimentación sana, la vivienda aireada, la abundancia de árboles y plantas. Y hasta por la acción del pampero que, según se creía, podía

contrarrestar con éxito la falta de higiene. La segunda, la aversión de los porteños por los hospitales: la gente prefería hacer todo en su casa, curarse, parir... y hasta operarse.

En el Río de la Plata el primer hospital se abrió en 1553 en la ciudad de Santiago del Estero. En 1576, bajo la advocación de Santa Eulalia, se funda un centro asistencial en Córdoba. Don Juan de Garay dedicó una manzana para construir un hospital en la repartición de solares que hizo, no bien fundó Buenos Aires (1580). Pero del papel a la acción siempre hay un largo trecho y el hospital quedó en agua de borrajas. Recién en 1611 el Cabildo se decidió a poner manos en el asunto —asustado ante la reiteración de las epidemias— y ordenó levantar el Hospital de San Martín (por San Martín de Tours, santo patrono de la ciudad), aunque no en el sitio designado por Garay (Corrientes, 25 de Mayo, Reconquista y Sarmiento), sino en la actual Manzana de las Luces.

Más que hospital funcionaba como un asilo, con un enfermero a cargo. De tan precario, fue abatido por una tormenta



1670

En el Hospital de Hombres había una sala exclusiva para oficiales del ejército, transformándose así en un centro asistencial militar.

The Men's Hospital had a room reserved for army officers, making it a military health care center.

(1670) y debió edificarse otro, más al sur, camino del Riachuelo, en el sector circunscrito por las actuales calles Balcarce, Defensa, México y Chile. Al principio estuvo a cargo de los Hermanos de San Juan de Dios, quienes cambiaron su nombre por el de su orden. A principios del siglo XVIII pasó al cuidado de la orden betlemita, que lo llamó sucesivamente Hospital del Rey y Hospital de Santa Catalina. De todos modos el pueblo lo conocía simplemente como Hospital de Hombres, porque sólo atendía a ese género.

Años más tarde el virrey asignó a la misma orden la posesión de la Residencia y del templo que antes estaba en poder de los jesuitas (expulsados en 1767). La manzana que incluía a la Residencia y el templo es hoy la comprendida por las calles Balcarce, Defensa, San Juan y Humberto 1º, en el barrio de San Telmo. Hasta allí se trasladó esta institución, sin que el existente dejara de funcionar totalmente: quedó como hospital de sangre y enfermos agudos.

It was more of a shelter than a hospital, with a nurse in charge. The building was so precarious that it actually collapsed during a storm (1670), and another had to be built, this time closer to the Riachuelo on the south side of the city, on the block of what are now Balcarce, Defensa, México and Chile. Originally it was run by the Hospitaller Order of Saint John of God and later changed its name to that of the religious order.

Starting in the early 18th century, the Bethlehemites took charge of the hospital, changing its name to Hospital del Rey, and later Hospital de Santa Catalina. For the locals it was always known as the Men's Hospital, because only men were treated there.

Years later, the Viceroy handed over the Residence and church, which had previously been in the hands of the Jesuits (banished from Argentina in 1767), to the Bethlehemites. The city block that housed the Residence and church is bordered by what are now Balcarce, Defensa, San Juan and Humberto 1o streets in the neighborhood of San Telmo. The institution itself was moved there as well, though the existing building continued to be used for phlebotomy patients and the gravely ill.

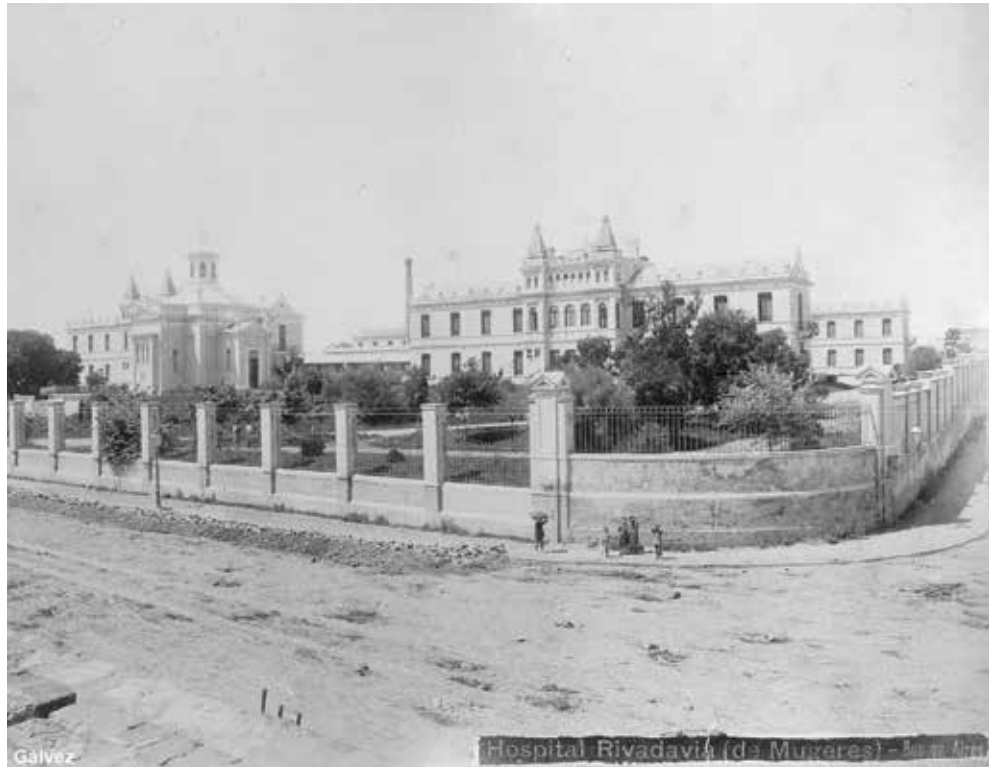


Frente al Convento de Santo Domingo estaba situado el Hospital de los hermanos Betlemitas. Estos pertenecían a una orden hospitalaria fundada en Guatemala en el siglo XVII por Pedro de San José Betancourt. Llegaron a fundar decenas de hospitales en América Latina. La orden fue suprimida en 1821 y restaurada en 1861 la rama femenina, y en 1984 la masculina. Iglesia de Santo Domingo.
Carlos Pellegrini – Litografía coloreada, 1841.

The Hospital of the Bethlehemite Brothers was in front of the Convento de Santo Domingo. This brotherhood was part of a hospital order founded in Guatemala in the 17th century by Pedro de San José Betancourt, one that founded dozens of hospitals across Latin America. The order was temporarily abolished in 1821, though the female order was restored in 1861 and the masculine order in 1984. Iglesia de Santo Domingo.
Carlos Pellegrini – Color lithograph, 1841.

Hospital Rivadavia a finales del
siglo XIX.
Biblioteca Gálvez.

Hospital Rivadavia at the end of the
19th century
Gálvez Library



The third hospital in the city was the Women's Hospital (located on Esmeralda between Rivadavia and Bartolomé Mitre). Later the building housed the Public Welfare office, which had been founded by the Sisters of Saint Charity. This hospital, which was poorly funded with donations, functioned as best it could. What is known about the Women's Hospital? First of all, it was overrun with patients. For example, according to records, 242 patients were treated there between January 1 and January 17, 1809—159 of them were released after receiving treatment, fifty-nine died in the hospital, and twenty-four had yet to be released.

Professors Cosme Argerich and Agustín Eusebio Fabre were the only two physicians at the Bethlehemites Hospital and the Women's Hospital when the first school of medicine was founded in 1802. These two hospitals became the first to train local doctors.

These health care centers underwent drastic changes after 1815, when the Supreme Director, Ignacio Álvarez Thomas, ordered the creation of the Hospital Inspection Board by decree.

According to the Board, the Hospital de Santa Catalina was unfit, and its patients were transferred to the Residence, whose management was subsequently handed over to the Order of Bethlehem. Why?

The rooms were filthy, and the hospital took so long to release the chronically ill and soldiers that there was no room for new patients. This new hospital was run by secular authorities, rather than a religious order. It can thus be said that in 1815, the first State-run hospital was founded.



La tercera institución metropolitana fue el Hospital General de Mujeres (situado en Esmeralda entre Rivadavia y Bartolomé Mitre). Luego allí estuvo la Asistencia Pública, que tuvo su origen en la Hermandad de la Santa Caridad. Este hospital funcionó precariamente, desarrollando su labor merced a donaciones. ¿Cómo funcionaba el Hospital de Mujeres? Por lo pronto, era muy concurrido. Por ejemplo, se sabe que entre el 1º de enero y el 17 de febrero de 1809 ingresaron 242 pacientes, de las que 159 egresaron curadas, 59 murieron y 24 permanecían en el establecimiento. Los profesores Cosme Argerich y Agustín Eusebio Fabre eran quienes se desempeñaban como médicos del Hospital de los Betlemitas y del Hospital de Mujeres, cuando se fundó en 1802 la primera escuela de Medicina, pasando a ser estos establecimientos los primeros hospitales escuela donde se formaron nuestros médicos. Estos centros asistenciales experimentaron cambios drásticos después de 1815, cuando el Director Supremo, Ignacio Álvarez Thomas, decretó la creación de una Junta de Inspección de Hospitales.

Esta determinó la inutilidad del Hospital de Santa Catalina y el traslado de enfermos al de Residencia, al que a su vez quitó de la administración de los betlemitas. ¿Razones?

Las salas estaban sucias, se demoraban las altas de enfermos crónicos y soldados impidiendo el ingreso de quienes lo precisaban. El hospital dejó de estar a cargo de orden religiosa alguna, pasando a ser dirigido por laicos. Puede decirse, entonces, que ese año nació el primer hospital nacional administrado directamente por el Estado.

En 1887 el Hospital de Mujeres pasó a llamarse Bernardino Rivadavia y se trasladó a su actual sede de Av. Las Heras. Archivo General de la Nación.

In 1887, the Women's Hospital was renamed "Bernardino Rivadavia" and moved to its current location on Av. Las Heras
National Archives

LA ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LAS INVASIONES INGLESAS

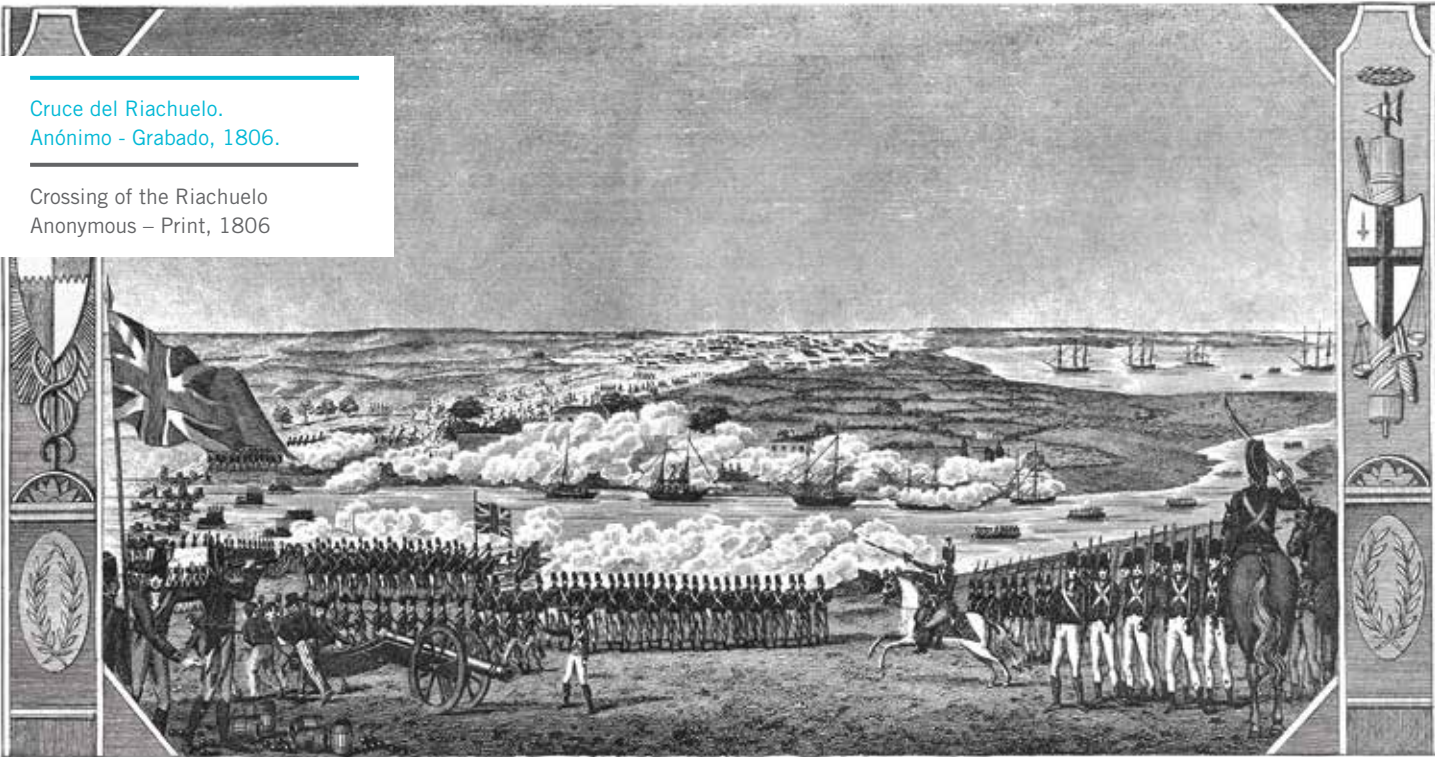
HEALTH CARE DURING THE BRITISH INVASIONS

Los hospitales porteños pasaron por una exigente prueba durante las invasiones inglesas de 1806 y 1807. Obviamente se aumentó de manera exponencial el número de enfermos, obligando a la creación de hospitales transitorios para atenderlos, aunque ninguno de esos establecimientos sobrevivió. Al respecto, un acta del Cabildo de 1806 señala:

“Se trató sobre la necesidad que había que atender el cuidado y asistencia de los que fueren heridos en el combate, y los S.S. acordaron que el Señor Don Santos Incháurregui con el Escribano de este I.C. pasen al Hospital de Belén y allí dispongan con el Padre Presidente la mejor asistencia de los que habían sido conducidos a dicho hospital, acordando el modo y términos en que esto deba, que el propio tiempo le prevengan, preparen un hospital separado en las casas de Oruro para los enemigos heridos, corriendo con toda asistencia por cuenta de este... habiendo hecho presente el que hace cabeza del cuerpo de voluntarios patriotas, la unión, haber dispuesto en una de las Casas de la Hermandad de la Caridad un hospital para los que de su cuerpo fueron heridos en la acción del día 19...”.

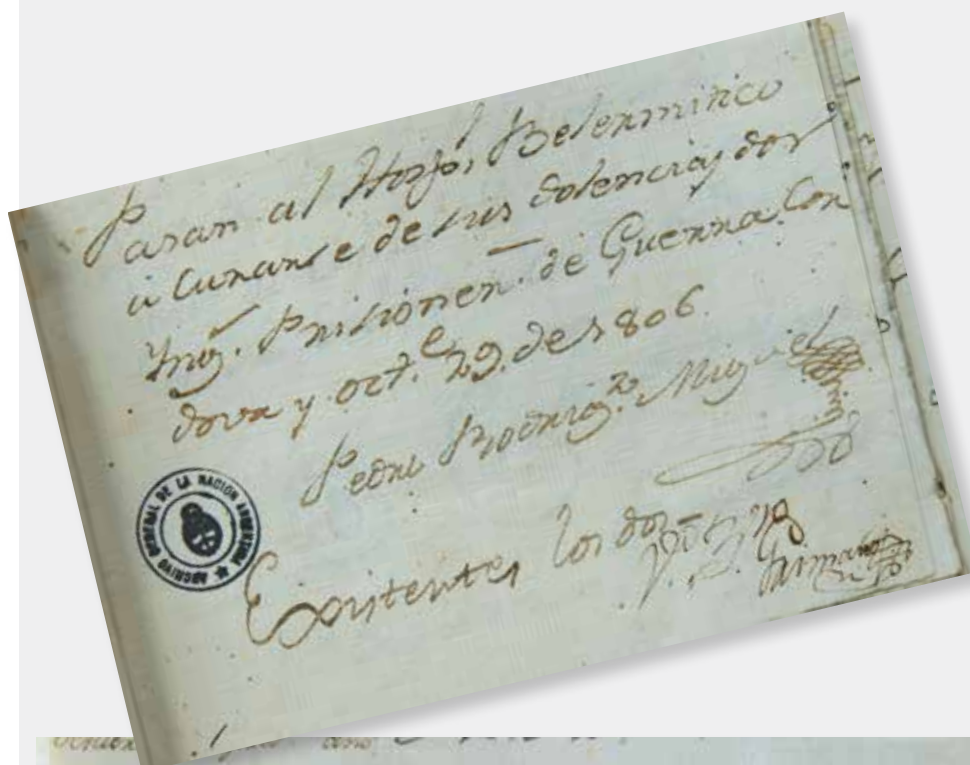
Buenos Aires hospitals were put to the test during the British invasions of 1806 and 1807. The number of people in need of treatment skyrocketed and temporary hospitals were set up to treat the wounded, though none of them continued after the invasions. According to a Town Hall document from 1806:

The councilors discussed the need to provide care and treatment for those wounded in combat and agreed that Sir Don Santos Incháurregui along with the Scribe of this notice shall visit the Hospital de Belén and there order, in conjunction with the presiding Father of the establishment, that those transferred to the hospital receive only the finest treatment, agreeing on the methods and terms for which a separate hospital for wounded enemies be set up as soon as possible in the houses of the Oruro; the cost of such services will be borne by the Town Hall... With the head of the corpus of patriotic volunteers present, the union, having installing in one of the establishments of the Hermandad de la Caridad a hospital for those wounded in action on the 19th of...”.



Cruce del Riachuelo.
Anónimo - Grabado, 1806.

Crossing of the Riachuelo
Anonymous – Print, 1806



El hospital de los Betlemitas remite al Cabildo la orden de pago por la atención de los prisioneros ingleses durante la invasión de 1806, por lo cual adjunta los nombres de los enfermos atendidos.

Archivo General de la Nación.

The Bethlehemite Hospital sends Town Hall the invoice for the services provided to British prisoners during the 1806 invasion. The names of the wounded are listed

National Archives

C. Nombres		C. Cant.		C. Saldo	
Yeremías Hernández	1	13	24	13	
Juan Yacaré	1	13	15	2	
José Cue	1	13	15	6	
Rodrigo Guzmán	1	13	22	8	
Ynnis Masfay	1	13	15	2	
Ynnis Contreras	1	13	15	2	
Guillermo Colón	1	13	24	11	
Pedro Hernández	1	13	24	11	
Pedro Pachot	1	13	23	6	
Alejandro Bernaldo	1	14	22	6	
Alfonso Carrasquero	1	14	21	14	
Manuel Romero	1	16	21	5	
Manuel Romero	1	17	20	3	
Juan Pagan	1	14	21	3	
Manuel Madero	1	27	21	2	
José Yera	1				
Pedro Hernández	1				
Yeremías Hernández	1				
Juan Chang	1				

Los médicos que actuaron durante las invasiones inglesas:

The doctors that served the country during the British invasions:

Cosme Mariano Argerich, Juan de Dios Madera, Manuel Casal, José A. Capdevilla, Feliz Pineda, Adeodato Olivera, Francisco Ramiro, Matías Rivero, Salvio Gaffarot, Bernardo Nogués, Manuel Salvadores, Cesáreo Martínez Niño, Gerónimo Marita, Baltasar Tejerina, Pedro Rojas, Miguel Rojas, Dionisio Rojas, Paulino Rojas y Manuel Rojas.

LOS NIÑOS EXPÓSITOS

LOS NIÑOS EXPÓSITOS



En este torno eran dejados los niños.

The children were left on the foundling wheel



Fachada del Hospital Pedro de Elizalde, ex Casa de Niños Expósitos.

Façade of the Hospital Pedro de Elizalde, formerly the Casa de Niños Expósitos

Un gran avance para la época fue la fundación en 1779 de la Casa de Niños Expósitos, verdadero proto-hospital de niños. El objetivo del virrey Vértiz (a quien apodaban el Virrey de las Luminarias no sólo por haber sido el responsable del primer alumbrado público sino por sus iniciativas culturales) era socorrer a los niños abandonados, especialmente a los recién nacidos en riesgo de muerte. En la Casa se los curaba, atendía, protegía y eran amamantados por amas de leche. El emprendimiento se sostenía con las rentas que producía la única imprenta que había en la ciudad (había pertenecido a los jesuitas de Córdoba) y con otros ingresos de origen inmobiliario. Eso explica el pie de página de todos los documentos de la época: Imprenta de los Niños Expósitos. Abrió sus puertas en un edificio de la calle Alsina esquina Perú. A su entrada, para cuidar el anonimato de las jóvenes que querían ocultar la vergüenza de haber quedado embarazadas siendo solteras, se había colocado un receptáculo y un torno giratorio. Dentro se colocaba el niño, se hacía sonar una campanita y se giraba para que la criatura fuera recogida del otro lado. Sobre el torno, una inscripción decía: *“Mi padre y mi madre me arrojan de sí. Y la piedad divina me recoge aquí”*.

A major advance during this period was the founding of the Casa de Niños Expósitos, a true prototype of the children’s hospital, in 1779. The aim of Viceroy Vértiz (who was nicknamed “The Viceroy of the Enlightened” not only because he had been responsible for the first public lighting system but also because of his cultural initiatives) was to come to the aid of abandoned children, especially newborns whose life was in danger. At this hospital, children received medical treatment, care, protection and breast milk from wet nurses. The Casa was funded by the only print shop in the city (it had belonged to the Jesuits in Córdoba) and other public income from real estate. This explains why all of the documents from the period bore the mark Imprenta de los Niños Expósitos (“Niños Expósitos Printshop”) at the bottom of each page. The Casa was first located on the corner of Alsina and Perú Streets. At the entrance, to ensure the anonymity of the young women who were ashamed of having gotten pregnant out of wedlock, a foundling wheel was set up. The woman would place the baby on the wheel after ringing the bell and then turn it so that the baby could be picked up on the other side. An inscription on the wheel read: *“My father and mother leave me here. And divine mercy retrieves me.”*



El Catastro Beare (1860-1870) muestra la ubicación de la Casa de los Niños Expósitos en las actuales calles Perú y Alsina, en un edificio que había pertenecido a los jesuitas.

The Land Registry (1860-1870) shows the location of the Casa de los Niños Expósitos on the corner of Perú and Alsina Street, in a building that had previously belonged to the Jesuits

Frente y lateral de la Casa de Niños Expósitos.
Alejandro Witcomb, Archivo General de la Nación.

Front and side view of the Casa de Niños Expósitos
Alejandro Witcomb, National Archives



Este albergue se sostenía con los ingresos de la única imprenta que existía en esos tiempos.

The shelter was funded by the profits of the only print shop operating at the time

La Casa de Niños Expósitos se trasladó en 1873 a la calle Montes de Oca y uno de sus directores en esta etapa fue Juan Argerich, otro más del famoso linaje. En 1905, la Casa pasó a llamarse Hospital de Niños Expósitos, nombre que cambió en 1920 por el de Casa Cuna. En 1961 se le impuso el actual nombre de Hospital Dr. Pedro de Elizalde en homenaje a uno de sus directores y quien más hizo por su buen funcionamiento.

El 9 de junio de 1780 ingresó la primera niña que había sido abandonada en la puerta: Feliciana Manuela, quien falleció a los pocos días. Durante los primeros diez años la Casa recibió más de dos mil niños.

En 1815, después de pasar diversas penurias económicas y mudanzas que, no obstante, no terminaron con su existencia, la Casa pasó a ser administrada por el padre Saturnino Segurola, el mismo que inculcaba la vacuna antivariólica.

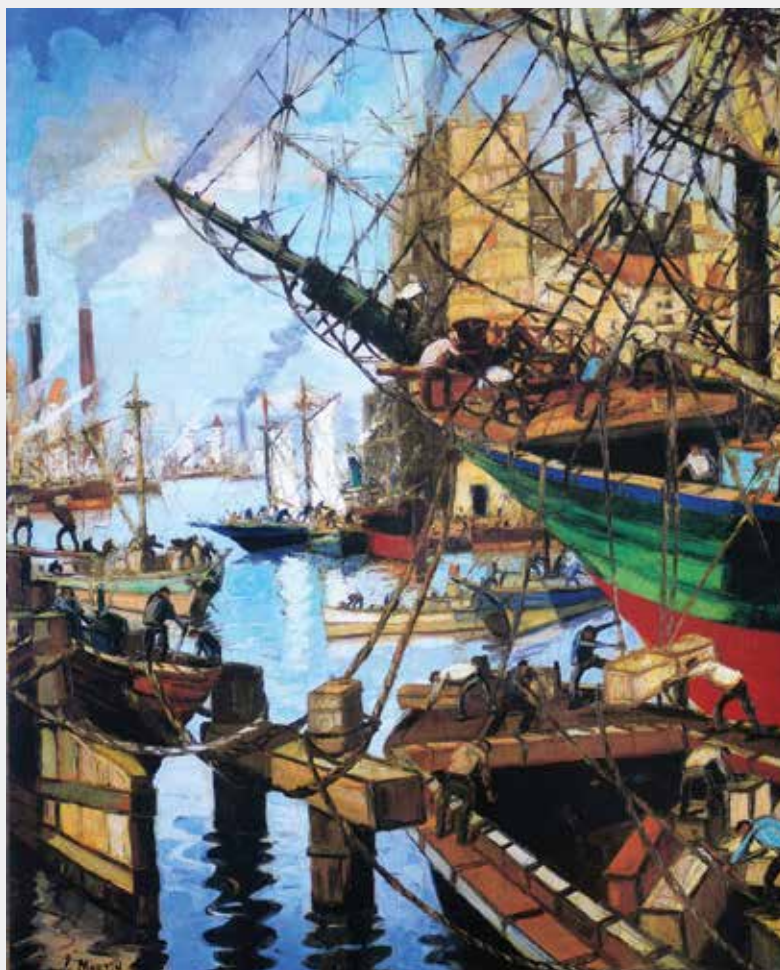
The Casa de Niños Expósitos moved to Montes de Oca Street in 1873. One of its directors during this period was Juan Argerich, another member of the renowned family of doctors. In 1905, the Casa's name was changed to Hospital de Niños Expósitos and later, in 1920, to Casa Cuna. In 1961, its name was changed to the current one, the Hospital Dr. Pedro de Elizalde, in homage to one of the directors who made an important contribution to the institution.

On June 9, 1780 the first little girl was dropped off at the foundling wheel: Feliciana Manuela, who died a few days later. During the first ten years, the Casa received more than 2,000 infants.

In 1815, after serious economic troubles and moves from one location to another, the Casa's management was handed over to Father Saturnino Segurola, the same man who had launched the vaccination campaign.



BENITO QUINQUELA MARTÍN: UN NIÑO DEL ASILO DE EXPÓSITOS
BENITO QUINQUELA MARTÍN: A CHILD AT THE EXPÓSITOS SHELTER

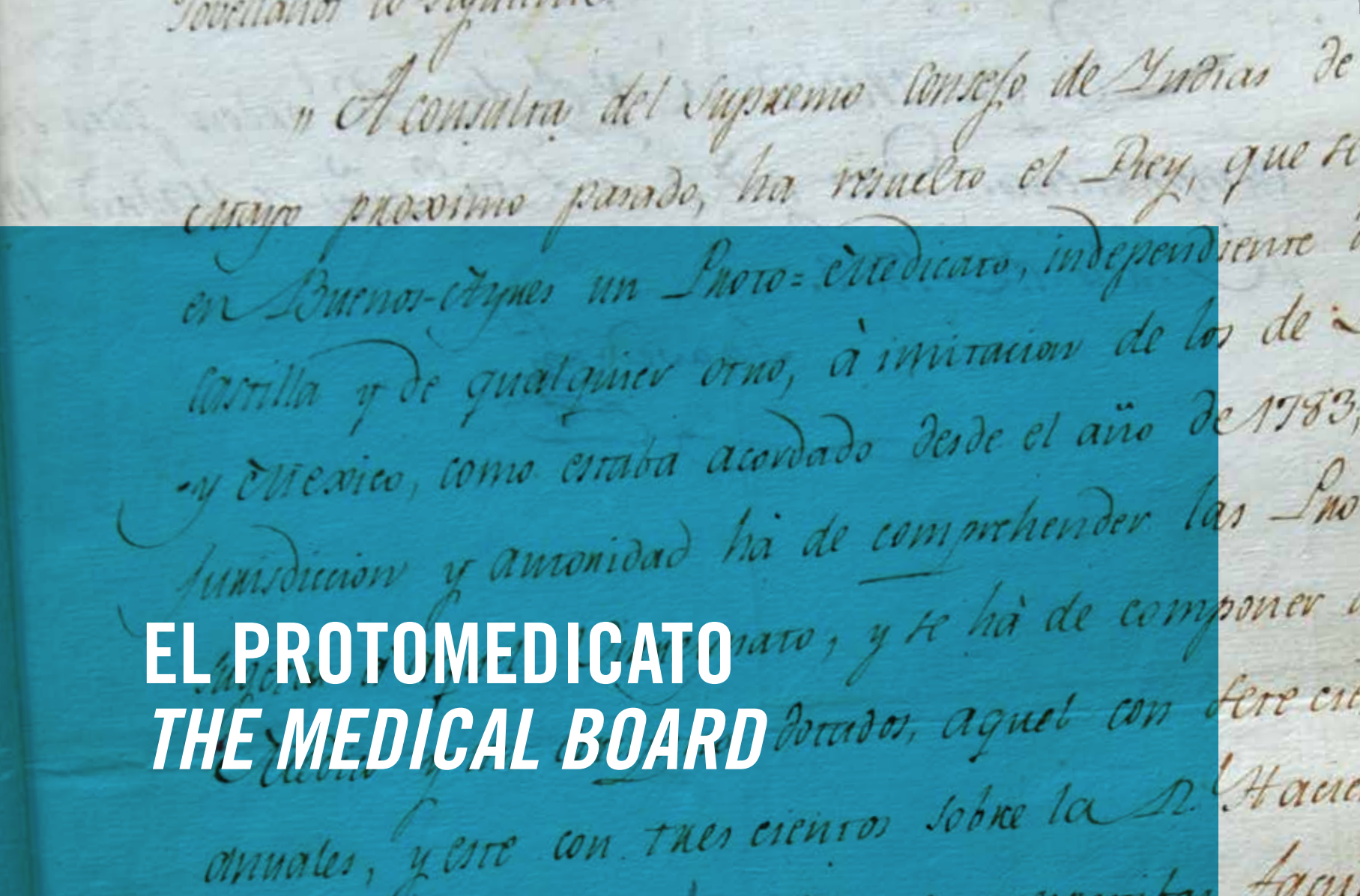


A pleno sol.
 Óleo sobre tela, 1940.
 Museo de Bella Artes de La Boca.
 Benito Quinquela Martín.

In the Sun.
 Oil on canvas, 1940.
 Fine Arts Museum of La Boca.
 Benito Quinquela Martín

El famoso pintor que retrató como nadie el Riachuelo de Buenos Aires fue criado en la Casa de los Expósitos. Nunca se pudo determinar con exactitud su día de nacimiento, porque fue abandonado en el torno del asilo el 20 de marzo de 1890, con una nota que decía: “Este niño ha sido bautizado con el nombre de Benito Juan Martín”. Por su tamaño se creyó que había nacido 20 días antes. Su verdadera madre jamás lo reclamó y vivió, entre los delantales grises y hábitos negros de las Hermanas de Caridad sus primeros siete años, hasta que fue adoptado por la familia Chinchela. Recordaba poco el artista su primera infancia, tan sólo que el asilo era amplio y limpio, y que la comida nunca faltaba.

The most renowned painter to depict the Riachuelo of Buenos Aires was brought up at the Casa de los Expósitos. No one knew his exact date of birth but he was abandoned at the shelter on March 20, 1890, with a note that read: “This child has been baptized Benito Juan Martín.” From his size, the sisters believed he was about three weeks old. His true mother never reclaimed him and the young Benito spent the first seven years of his life among the gray aprons and black habits of the Sisters of Charity, until he was adopted by the Chinchela family. The artist remembered very little of his childhood, but he said the shelter was clean and spacious and that there was always enough to eat.



EL PROTOMEDICATO THE MEDICAL BOARD

En 1777, un año después de haberse creado el Virreinato del Río de la Plata, el virrey Pedro de Cevallos estableció en Buenos Aires un Protomedicato sustituto, es decir, sin aprobación real, nominando al cirujano mayor del Ejército, Francisco Puig, y al boticario mayor Luis Blet para que examinaran y reconocieran los títulos de los facultativos.

In 1777, a year after founding the Viceroyalty of the Río de la Plata, Viceroy Pedro de Cevallos established a proxy Medical Board in Buenos Aires, that is, one without royal approval. The official army surgeon Francisco Puig and the apothecary Luis Blet were appointed to evaluate and grant approval of the degrees presented by doctors.



¿Cuáles eran las funciones de esta institución? Muchas y complejas, al punto que poseía atribuciones que hoy pertenecen a un ministerio de salud, a un colegio de médicos y a una universidad. Todas ellas ejercidas con las limitaciones propias de su tiempo.

What was the purpose of the board? It had many functions, including those usually assigned to ministries of health, schools of medicine and universities. The Medical Board carried out these functions with the limitations intrinsic to the period.

[Acta de creación del Protomedicato que designa a Miguel O'Gorman como su primer director.](#)
[Archivo General de la Nación.](#)

Decree ordering the creation of the Medical Board and appointing Miguel O'Gorman its first director
National Archives

LAS ATRIBUCIONES DEL PROTOMEDICATO

THE POWERS OF THE MEDICAL BOARD

- 1

Determinaba las pruebas de competencia que debían rendir los que aspiraban a ejercer las diferentes ramas del arte de curar: médicos, cirujanos, licenciados, boticarios, sangradores, etcétera.
- 2

Establecía el valor de los títulos profesionales que presentaban los que aspiraban al ejercicio de un arte de curar.
- 3

Informaba en los problemas médicos que se vinculaban con el personal eclesiástico, administrativo, militar y naval.
- 4

Comunicaba a las autoridades acerca del estado de salud en los casos de baja de militares o marinos.
- 5

Intervenía en las luchas contra las epidemias, aconsejando las medidas convenientes para la población, tomando nota de las Reales Cédulas o de las órdenes superiores.
- 6

Aconsejaba el destino que correspondía a cada profesional, fijando el territorio en que debía ejercer, auspicando los traslados o permutas y graduando los emolumentos que esos profesionales debían percibir.
- 7

Vigilaba el ejercicio de la profesión, persiguiendo y denunciando los casos de curanderismo.
- 8

Intervenía en las denuncias hechas contra los profesionales autorizados por las fallas que hubieran cometido en el ejercicio de su profesión.
- 9

Fijaba el monto de los honorarios por servicios médicos prestados a los enfermos, cuando se originaban litigios por esta causa.

- 1

Establishing the competency tests for potential candidates in the different branches of the art of healing such as doctors, surgeons, apothecaries, phlebotomists, etc.
- 2

Establishing the validity of the professional titles presented by those who aspired to practice the art of healing.
- 3

Reporting on medical problems related to the clergy, viceroy officials, the Army and Navy.
- 4

Informing the authorities on the health status of discharged members of the military and navy.
- 5

Intervening in the efforts to contain outbreaks of epidemics, providing recommendations for measures to be taken by the locals, taking note of Royal Orders or other orders by the authorities.
- 6

Recommending a destination for each professional, establishing the area or region where he should practice, providing funds for transportation or replacements and setting professional fees.
- 7

Supervising the practice of physicians, reporting and following up on cases of folk healers.
- 8

Mediating when complaints were presented against authorized professionals for oversights and negligence in the course of medical practice.
- 9

Setting the fees for medical services provided to the sick when cases were brought to court.

10 Tenía jurisdicción administrativa sobre los hospitales, fiscalizando su funcionamiento, el número de camas, el instrumental, medicamentos, etcétera.

11 Aconsejaba la ubicación de los hospitales.

12 Aprobaba las facturas de gastos y medicamentos en la atención de las enfermedades de militares, etcétera.

13 Aconsejaba lo conveniente para salvaguardia de la salud de los presos enfermos.

14 Producía los informes necesarios para acordar licencias por enfermedad a los empleados, militares y marinos.

15 Informaba aconsejando la necesidad de trasladar a otra localidad a enfermos o convalecientes.

16 Intervení en la incineración de muebles, utensilios y todo objeto o ropas que hubieran usado personas con enfermedades infectocontagiosas que fallecían.

17 Realizaba el examen médico de los esclavos en casos de venta o importación.

18 Controlaba la salud de las dotaciones y pasajeros de los barcos que llegaban o partían.

19 Fiscalizaba e intervenía en casos de importación o tenencia de medicinas.

20 Era el asesor y médico perito de la justicia.

10 Exercising administrative jurisdiction over hospitals and auditing operations, verifying the number of beds, equipment, medicine, etc.

11 Providing recommendations on the locations for hospitals.

12 Approving the invoices for expenses, care and medicine for members of the military, etc.

13 Providing recommendations on safeguarding the health of ailing prisoners.

14 Drafting the reports necessary for granting sick leaves to government officials and members of the army and navy.

15 Making recommendations on the need to move invalids and the seriously ill outside the city.

16 Ordering the incineration of the furniture, utensils, clothing and objects of any person who had died of a contagious disease.

17 Conducting medical exams of slaves that arrived to port or were sold.

18 Checking and supervising the health of the crews and passengers on arriving and departing ships.

19 Auditing and intervening in the importation or possession of medicine.

20 Serving as advisor and expert witness to the local courts.

LOS ORÍGENES

El Protomedicato fue una institución creada en España durante la Edad Media con el objeto de cuidar la salud del rey y controlar el ejercicio profesional de médicos y practicantes de oficios relacionados con la salud, como los sangradores y sacamuelas, entre otros. Luego se trasladó a América a partir de la Conquista, constituyéndose en primer lugar en los virreinos de México y Perú. En el Río de la Plata funcionó con jerarquía de sustituto durante más de veinte años, hasta que en 1798 recibió la aprobación oficial para entrar en funciones plenas. Su protomédico mayor era el irlandés Miguel O’Gorman, quien había sido ubicado en ese cargo por el virrey Juan José de Vértiz, en reemplazo del cirujano Puig.

O’Gorman fue además el autor de la iniciativa de agregarle tareas educativas al Protomedicato, teniendo en cuenta que por entonces, a pesar de que funcionaban dos universidades en el Virreinato (las de Córdoba y Charcas), en ninguna de ellas se enseñaba Medicina. Al respecto, comentó el doctor José Penna en el prólogo de la Historia de la Medicina en Córdoba, de Félix Garzón Maceda: *“...aun cuando España deba, —al decir de autores serios— a esta institución, los adelantos y los progresos de orden médico que honran a la madre patria, puede afirmarse que eso habrá acontecido en las ciudades desprovistas de Universidades, como sucedió con la Argentina, en que el Protomedicato dio origen a nuestra Escuela de Medicina...”*. La Escuela interrumpió sus actividades en 1809.

THE ORIGINS

The Medical Board was an institution created in Spain during the Middle Ages in order to safeguard the health of the king and control the professional practice of doctors and other health professionals such as phlebotomists and dentists. Later, the Board came to the Americas with the conquistadors, setting up offices in the viceroyalties of Mexico and Peru. In the Río de la Plata, the local board functioned as a proxy for more than twenty years until 1798, when it received official approval for operations. The head of the Medical Board was the Irishman Miguel O’Gorman; he had been appointed by Viceroy Juan José de Vértiz to replace the surgeon Puig.

O’Gorman was also responsible for the initiative to add education to the many functions of the board. Until that date, there were two universities in the Viceroyalty (one in Córdoba and another in Charcas), but medicine was not taught at either. Dr. José Penna comments on this in the introduction to the work Historia de la Medicina en Córdoba [History of Medicine in Córdoba] by Félix Garzón Maceda: *“...As many respected authors have argued, though Spain may owe the advances and progress in medicine of which it is so proud to this institution [the University], it is important to note that such progress has also been made in cities without universities, as is the case in Argentina, where the Medical Board was responsible for creating our School of Medicine...”*. The School functioned until 1809.

LA ATENCIÓN DE LA SALUD

Es digna de subrayarse la visión estratégica de Vértiz, quien fue explícito desde el comienzo sobre la necesidad de ordenar la atención de la salud en todo el territorio del Virreinato. Con ese fin remitió en 1780 una circular a todas las ciudades comunicando la creación del Protomedicato. Esta circular fue una de las primeras que se imprimieron en Buenos Aires, en la Imprenta de los Niños Expósitos, que antes pertenecía a los jesuitas y fue traída desde Córdoba.

El Protomedicato se mostró siempre muy ejecutivo en materia sanitaria, específicamente en el combate de las pestes que cíclicamente afectaban al Virreinato. Se decretó un conjunto de medidas, que incluían la limpieza de las calles, la inhumación de los animales muertos (especialmente después de las corridas de toros); el traslado a los arrabales de la ciudad de los talleres de los curtidores, zurradores, almidoneros, vele-ros y otros artesanos.

Se encargaba, además, de inspeccionar los corrales de las casas, de realizar exámenes de alimentos y cuidar la purificación y ventilación del aire en los hospitales, airear los templos y vigilar el aislamiento y confinación de los negros esclavos recién llegados. La mayoría de los hospitales dependían de él, con excepción de los de Buenos Aires, que pertenecían a hermandades religiosas. No obstante, estimuló en la ciudad la creación, con acuerdo del Cabildo, de un leprosario en el Fuerte de San Juan Bautista y otro en el Fuerte de la Salada.

El Protomedicato era también asesor técnico en todos los problemas médicos en que intervenían las autoridades. Actuaba como perito médico en cuestiones médico-legales y hacía cumplir las órdenes traídas por las Reales Cédulas y las Reales Órdenes, en asuntos de carácter médico y en todos aquellos que por tal índole pudieran corresponderle.

La institución fue suprimida en la provincia de Buenos Aires en 1822, pero continuó vigente en otras provincias durante muchos años más. Asimismo, siguió designándose “protomédico” a la máxima autoridad sanitaria en las provincias.

HEALTH CARE

It is interesting to examine the strategic vision of Vértiz, who was adamant from the start about the need to organize health care across the Viceroyalty. In this regard, he sent a letter to all of the cities to inform them of the creation of the Medical Board. This letter was one of the first to be printed in Buenos Aires on the printing press of the Niños Expósitos. The press, which had belonged to the Jesuits, had been brought to Buenos Aires from Córdoba.

The Medical Board was quite active in matters of health care, especially in combating the epidemics that struck the Viceroyalty on a regular basis. A series of measures was decreed, including street cleaning, the incineration of dead animals (especially after bullfights), and the relocation of the workshops of tanners, curriers, shipmakers and other artisans.

The board was also in charge of inspecting barnyards, testing food products, ensuring air purification and ventilation at hospitals, airing out churches and ensuring the confinement and isolation of black slaves who had recently arrived to the city.

Most of the hospitals answered to the board, with the exception of those in Buenos Aires, which were run by religious orders. However, the Medical Board did reach an agreement with the Town Hall on the construction of leper colonies at two different forts: Fuerte de San Juan Bautista and Fuerte de la Salada.

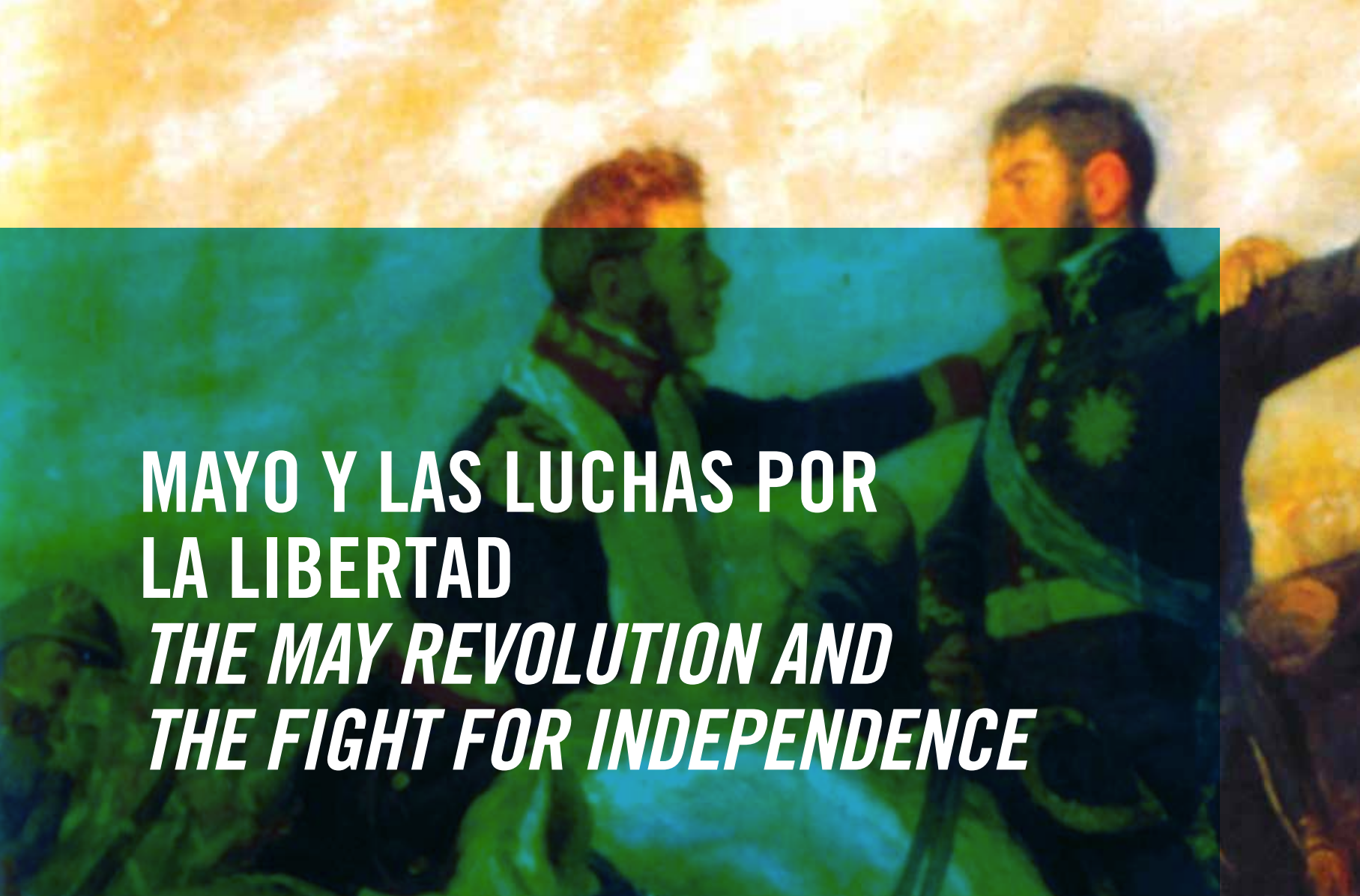
The Medical Board also served as a technical advisory council on all medical problems in which viceregal officials intervened. It served as the expert witness in court cases related to medicine and ensured that any medical or health instructions on the Royal Certificates and Royal Orders were implemented.

The institution was abolished in the province of Buenos Aires in 1822 but continued to operate in other provinces for many years. Even today, the title of the maximum health authority in the provinces is “Head of the Medical Board.”



Carta geográfica de Chile, Paraguay y Estrecho de Magallanes. Alfonso D'Ovalle y Cola - Grabado en color, 1733. Museo Histórico Nacional.

Map of Chile, Paraguay and the Straits of Magellan. Alfonso D'Ovalle y Cola – color print, 1733 Museum of National History



MAYO Y LAS LUCHAS POR LA LIBERTAD

THE MAY REVOLUTION AND THE FIGHT FOR INDEPENDENCE

Para la época de la Revolución de Mayo ya se contaba con médicos recibidos en el Río de la Plata y la mayoría de ellos brindaron un importante servicio acompañando a los ejércitos en la guerra de la Independencia.

By the time the May Revolution began, there were already doctors who had received medical degrees in the Río de la Plata region. Many of them contributed greatly to the cause, travelling with the armies that fought in the War of Independence.



El 16 de junio de 1810 la Primera Junta designó cirujano 1° y médico del primer ejército patriota que salía de campaña (comandado por Ortiz de Ocampo) a los criollos Juan Madera y Manuel Casal. El 22 de septiembre del mismo año, Mariano Vico fue nombrado cirujano de la expedición al Paraguay. No obstante ello, los médicos extranjeros siguieron cumpliendo un importante papel y también estuvieron cerca de nuestros próceres durante las campañas militares. Es el caso del escocés Joseph Redhead, quien fue el médico personal de Manuel Belgrano —y de Miguel de Güemes— durante sus batallas en el Norte y quien lo acompañó hasta en el lecho de muerte.

On June 16, 1810 the First Assembly chose two Argentine-born physicians to accompany the first patriot army (led by Ortiz de Ocampo) on the military campaign. Juan Madera was appointed head surgeon, and Manuel Casal army doctor. On September 22nd that same year, another Argentine-born doctor, Mariano Vico, was appointed surgeon to the Paraguay expedition. However, foreign-born doctors continued to play an important role locally, serving the country's founding fathers during the military campaigns. One such doctor was the Scotsman Joseph Redhead, the personal physician of Miguel de Güemes and Manuel Belgrano. He was with Belgrano throughout the fighting in the north, and at his deathbed.

Abrazo de Maipú.
San Martín y O'Higgins tras la
victoria en la Batalla de Maipú.
Pedro Subercaseaux –
Óleo sobre tela, 1908.

The Embrace at Maipú
San Martín and O'Higgins after the
victor of the Battle of Maipú.
Pedro Subercaseaux –
Oil on canvas, 1908



Doctor Diego Paroissien

The day before he died, Belgrano was anxious to compensate all of the good men who had assisted him. He gave his gold watch to Dr. Redhead and said, *"If only there were more I could do for this good and generous man."*

Because materials were lacking, his tombstone was made from the marble top of a chest of drawers.

Another foreign physician who accompanied the patriotic generals was Diego Paroissien, who had come to the shores of Argentina with the British invaders. Freed after the May Revolution, he became the Northern Army's chief physician. He was at the victory in Suipacha and the defeat at Huaqui. The 13th Assembly granted Paroissien Argentine citizenship, and in Córdoba he was a friend of José de San Martín. The Liberator appointed him chief physician of the Andean Army and he accompanied the patriots on their journey across the mountains.

As the war for independence spread across the continent, local medicine continued to develop. The Medical Institute was replaced by the Medical Board in 1812. Three years later, the Military Medical Institute was founded. It was headed by Cosme Argerich, who established an excellent teaching program there.

The curriculum designed by Argerich included normal and pathological anatomy, physiology, general pathology, hygiene, medical semiology, therapeutics and materia medica for the first four years. During the last two years, students learned about nosography and surgical intervention. Students in their fifth and sixth years were required to accompany their professors on daily hospital visits and to sit in on clinical conferences. In order to attend the conference, a basic medical degree was required as well as knowledge about health care.

Argerich's colleagues included Doctors Salvio Gaffarot, Cristóbal Martín de Montufar, Juan Fernández and Francisco Cosme Argerich (Jr.). The first graduates were Miguel Rivero, Pedro Martínez Niño, Fuentes and Sánchez.

Batalla de Suipacha. Nicolás Grondona - Litografía coloreada. Museo Histórico Nacional.

Battle of Suipacha. Nicolás Grondona – Color lithograph. Museum of National History



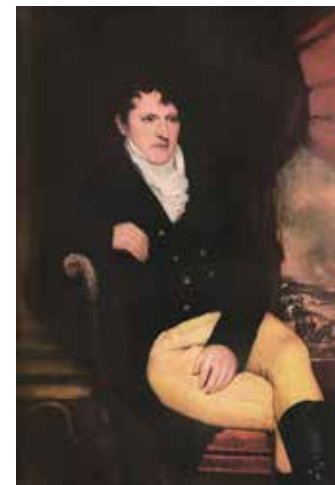
Belgrano, un día antes de morir y deseando cumplir con todos los que lo habían ayudado, entregó su reloj de oro al doctor Redhead expresando: *“Es todo cuanto tengo que dar a este hombre bueno y generoso”*. Por falta de recursos su lápida fue hecha con el mármol de una cómoda de mobiliario.

Otro médico extranjero que acompañó a los generales patriotas fue Diego Paroissien, quien había llegado a estas orillas de la mano de los invasores ingleses. Liberado tras la Revolución de Mayo, entró al Ejército del Norte como médico jefe. Estuvo en la victoria de Suipacha y en el desastre de Huaqui. La Asamblea del año XIII le dio carta de ciudadanía argentina y en Córdoba se hizo amigo de José de San Martín. El Libertador lo nombró cirujano jefe del Ejército de los Andes y fue asistido eficazmente por él durante la travesía del cruce.

A la par de la marcha de la guerra, la medicina local seguía su propio desarrollo. El Instituto Médico reemplazó al Protomedicato en 1812. Tres años más tarde se pasó a llamar Instituto Médico Militar. Lo dirigía Cosme Argerich, quien estableció un sólido programa de enseñanza.

El plan de Argerich preveía: anatomía normal y patológica, fisiología, patología general, higiene, semiología, terapéutica y materia médica, distribuidas en los 4 primeros años de estudio, reservándose para los 2 últimos la enseñanza de la nosografía quirúrgica y médica. Los alumnos de 5° y 6° año tenían la obligación de asistir diariamente a las visitas hospitalarias de los profesores y escuchar las conferencias de clínica. Entre las condiciones exigidas para el ingreso figuraban conocimientos de sanidad y el título de bachiller.

Colaboraban con Argerich los doctores Salvio Gaffarot, Cristóbal Martín de Montufar, Juan Fernández, y Francisco Cosme Argerich (h). Los primeros egresados fueron Miguel Rivero, Pedro Martínez Niño, Fuentes y Sánchez.



Manuel Belgrano
Fortunato Fontana –
Óleo sobre tela, 1901.
Museo Histórico Nacional.

Manuel Belgrano
Fortunato Fontana –
Oil on canvas, 1901
Museum of National History



Batalla de Chacabuco. Pedro
Subercaseaux - Óleo sobre tela.
Museo Histórico Nacional.

The Battle at Chacabuco. Pedro
Subercaseaux – Oil on canvas
Museum of National History

DEL VIRREINATO A LA INDEPENDENCIA

FROM VICEROYALTY TO INDEPENDENCE

1776



El rey español Carlos III crea el Virreinato del Río de la Plata y designa a Buenos Aires como su capital. Pedro de Cevallos es designado virrey.

Spanish king Charles III creates the Viceroyalty of the River Plate and designates Buenos Aires as its capital. Pedro de Cevallos is appointed viceroy.

1778



Asume el virreinato del Río de la Plata el mexicano Juan José de Vértiz, iniciador de una serie de importantes reformas que mejoran la calidad de vida. Lo llamaron "el Virrey de las Luminarias".

Mexican Juan José Vértiz assumes the Viceroyalty of the River Plate. He starts a series of important reforms to improve the quality of life. He was known as "the Viceroy of Street Lights".

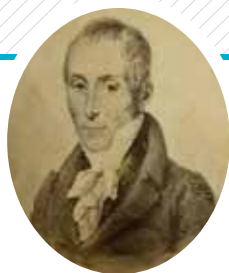
1783



El virrey Vértiz funda en Buenos Aires el Real Colegio de San Carlos en la Manzana de las Luces (Bolívar, Perú, Alsina y Moreno), primera escuela de enseñanza media de la capital.

Viceroy Vértiz founds the San Carlos Royal College, the first secondary education school in the capital, in the Manzana de las Luces (the enlightened city block), bounded by Bolívar, Perú, Alsina and Moreno streets.

1774



El gobernador de Buenos Aires, Juan José de Vértiz, emite un bando en el que pide a los médicos de la ciudad que informen acerca de las víctimas de enfermedades contagiosas, para evitar su propagación.

Juan José de Vértiz publishes an edict requesting physicians in the city to inform about victims of infectious diseases in order to prevent epidemics.

1777



Llega al Río de la Plata el médico irlandés Miguel O'Gorman, quien luego sería designado al frente del Protomedicato por el virrey Vértiz.

Irish physician Miguel O'Gorman arrives in the River Plate. He would later be appointed as head of the Protomedicato (tribunal of physicians) by Viceroy Vértiz.

1779



Se funda la Casa de Niños Expósitos, cuya función era socorrer a los niños abandonados, especialmente a los recién nacidos en riesgo de muerte.

This is the date of the foundation of the Children's Home or Orphanage, whose work was to assist abandoned children, particularly new-born babies facing risk of death.

ACONTECIMIENTOS HISTÓRICOS *HISTORICAL EVENTS*

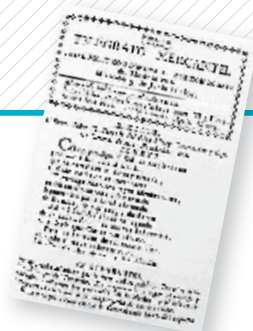
1794



Manuel Belgrano es designado secretario del Real Consulado de Buenos Aires. La institución tenía el doble carácter de tribunal judicial en la jurisdicción mercantil y de junta de protección y fomento del comercio.

Manuel Belgrano is appointed secretary of the Royal Consulate of Buenos Aires. The institution had a two-fold character, one as Tribunal of Commerce and the other as a Board for the protection and promotion of trade.

1801



Se edita el primer periódico del Río de la Plata: “*El Telégrafo Mercantil, Rural, Político, Económico e Historiográfico*”. Lo dirigía Francisco Cabello y Mesa y se imprimía en la Real Imprenta de Niños Expósitos.

The first River Plate newspaper is published under the name of “*El Telégrafo Mercantil, Rural, Político, Económico e Historiográfico*” (The Trade, Rural, Political, Economic and History Telegraph). The editor-in-chief was Francisco Cabello y Mesa and it was printed at the Real Imprenta de Niños Expósitos.

1806 1807



Invasiones Inglesas. El 5 de julio de 1807 las tropas británicas terminan por rendirse y abandonar la región.

The British Invasions. British troops finally surrender on July 5, 1807 and leave the region.

ACONTECIMIENTOS SANITARIOS *SANITARY EVENTS*

1780



Entra en funciones el Protomedicato, una institución que se encarga de controlar las licencias médicas y autorizar la práctica de la profesión. Con el tiempo se transformará también en Escuela de Medicina.

The Protomedicato takes up its work. The institution controls medical licenses and authorizes the practice of medicine. In time, it will also become a school of medicine.

1801



Se crea la primera escuela de medicina en Buenos Aires, que pasa a funcionar en la sede del Protomedicato. Para entonces, se encontraba frente a la Residencia, en el barrio de San Telmo.

The first school of medicine in Buenos Aires is opened and is located at the Protomedicato headquarters. At the time, it was located in San Telmo and faced the Residence.

1805



El padre Saturnino Seguro realiza la primera vacunación antivariólica de nuestra historia. La vacuna había sido descubierta por el inglés Edward Jenner diez años antes.

Father Saturnino Seguro carries out the first anti-smallpox vaccination in our history. The vaccine had been discovered by Englishman Edward Jenner ten years earlier.

DEL VIRREINATO A LA INDEPENDENCIA

FROM VICEROYALTY TO INDEPENDENCE

1810



Revolución de Mayo. El 25 es el fin del Virreinato del Río de la Plata en Buenos Aires. Ese día se hace cargo del gobierno una junta integrada por siete criollos y dos españoles.

May Revolution – May 25 marks the end of the Viceroyalty of the River Plate in Buenos Aires. A junta composed of seven “Criollos” and two Spaniards is in charge of the government.

1813



Entra en funciones la Asamblea Constituyente que preside Carlos de Alvear. Dicta importantes medidas, como abolir la esclavitud, aprobar el Himno, crear el Escudo nacional, etcétera.

The Constituent Assembly presided by Carlos de Alvear begins its work. It announces important measures, such as the abolition of slavery, the approval of the national anthem, the creation of the national coat of arms, etc.

1816



El 9 de julio los diputados reunidos en San Miguel de Tucumán declaran la independencia de las Provincias Unidas de Sudamérica. En los meses siguientes se jura en todo el territorio.

On July 9, the deputies assembled in San Miguel de Tucumán declare the independence of the United Provinces of South America. Allegiance is pledged in the entire territory in the following months.

1811



Designan a Cosme Argerich, Luis Chorroarín y Diego Savaleta para desarrollar un plan de estudios y de educación pública para un colegio de ciencia próximo a ser creado.

Cosme Argerich, Luis Chorroarín and Diego Savaleta are designated to develop a plan of studies and public education for a school of sciences soon to be created.

1813



La Asamblea del año XIII le da carta de ciudadanía al médico inglés Diego Paroissien, quien no tarda en hacerse amigo de San Martín. El Libertador lo nombra después cirujano jefe del Ejército de los Andes.

The XIII year Assembly grants citizenship to English-born Diego Paroissien, who soon becomes friends with San Martín. The liberator names him chief surgeon of the Andes Army.

1816



La Junta de Inspección de Hospitales termina de clausurar el Hospital de Santa Catalina. Y ordena el traslado de los enfermos al de Residencia. QUITAN a los padres betlemitas la administración.

The Hospitals Board of Inspection closes down Santa Catalina Hospital and gives orders to have the sick transferred to the Hospital at the Residence. The administration is taken away from the Bethlehemite brothers.

ACONTECIMIENTOS HISTÓRICOS *HISTORICAL EVENTS*

1817



El ejército de los Andes conducido por San Martín cruza la cordillera y vence en Chacabuco a los realistas. Días después se declara la independencia de Chile.

The Andes Army led by San Martín crosses the Andes mountain range and defeats the royalists in Chacabuco. Chilean independence is declared a few days later.

1818



Otra vez el ejército comandado por José de San Martín se impone al virreinal, esta vez en Maipú. De ese modo se consolida la independencia de Chile, que se había visto en riesgo luego de la derrota de Cancha Rayada.

Once again, San Martín's army defeats the viceroyalty army, this time in Maipú. Thus, the Chilean independence, which had been threatened after the Cancha Rayada defeat, is consolidated.

1820



Cae el Directorio ante el avance de las tropas de los caudillos Estanislao López y Francisco Ramírez. Cada provincia se maneja a partir de entonces de manera autónoma.

The Directorate falls before the advance of the troops headed by military leaders Estanislao López and Francisco Ramírez. From then on, each province manages its affairs autonomously.

ACONTECIMIENTOS SANITARIOS *SANITARY EVENTS*

1817



Se nombra médico de la Casa de los Niños Expósitos a Juan Madera, de actuación destacada durante las invasiones inglesas. Al año siguiente es reemplazado por Cosme Argerich, lo que origina un pleito entre ambos.

Juan Madera, who had outstanding participation during the British invasion, is appointed physician of the Niños Expósitos Orphanage. A year later, he is replaced by Cosme Argerich, a situation which originates a quarrel between them.

1818 1819



De esos años es un informe sobre el funcionamiento del Hospital San Roque (Córdoba), donde consta que a los enfermos mentales los mantenían encerrados en habitaciones con el cepo puesto.

A report from this period about the way the San Roque Hospital in Córdoba worked, states that mental patients were kept locked in their rooms with their feet in stocks.

1820



Fallece el doctor Cosme Mariano Argerich a causa de un cuadro anginoso. Actualmente sus restos descansan en el cementerio de la Recoleta.

Dr. Cosme Argerich dies, as a consequence of angina. His remains rest in the Recoleta cemetery.



LA PROFESIONALIZACIÓN DE LA MEDICINA *THE PROFESSIONALIZATION OF MEDICINE*

La creación de la Universidad de Buenos Aires fue el comienzo de la educación pública superior en el país. El decreto del gobernador Martín Rodríguez fue promovido por su ministro Bernardino Rivadavia, creador también de la Academia de Medicina de Buenos Aires, en 1822.

The creation of the Universidad de Buenos Aires marks the beginning of higher public education in Argentina. Governor Martín Rodríguez decreed the creation of the university with the support of his Minister Bernardino Rivadavia, who also created the Academy of Medicine in Buenos Aires in 1822.



El origen de la educación superior en el Río de la Plata se remonta a la época de la Colonia. En los primeros años del siglo XVII, la Compañía de Jesús fundó en la provincia de Córdoba el Colegio Máximo, para enseñar a sus sacerdotes Filosofía y Teología. Esta institución fue la base de la Universidad de Córdoba. En el año 1621 el papa Gregorio XV y el monarca Felipe IV, a través de la Real Cédula del 2 de febrero de 1622, permitieron a los jesuitas otorgar títulos universitarios. Los estudiantes tan sólo podían diplomarse en estudios teológicos o filosóficos.

The origin of higher education in the Río de la Plata region dates back to the colonial period. In the early 17th century, the Jesuit Order founded the Superior College in the province of Córdoba to teach priests philosophy and theology. This institution went on to become the Universidad de Córdoba. On February 2, 1621, Pope Gregory XV and King Felipe IV released a Royal Certificate allowing the Jesuits to grant students university degrees, though only in theology or philosophy.

Fachada de la Facultad de
Medicina de la Universidad
Nacional de Córdoba.
[Archivo General de la Nación.](#)

Façade of the Medical School
at the Universidad Nacional
de Córdoba.
National Archives



Escudos de 1855 y actual de la Universidad de Buenos Aires.

The coat-of-arms of the Universidad de Buenos Aires (in 1855 and today).

At the end of the 18th century, the Jesuit institution began teaching civil law, and the College of Law and Social Sciences was founded in 1791. One hundred and fifty years after its founding, the Universidad de Córdoba was finally more than a school of theology; it was renamed Real Universidad de San Carlos y de Nuestra Señora de Montserrat. Before the end of the century, the first lawyers had received their degrees.

The second university in Argentina was the Universidad de Buenos Aires, founded in 1821. From the start, it was organized quite differently from its counterpart in Córdoba. Theological studies were offered alongside courses in other fields. This came as no surprise, since there had already been some interesting developments in higher education in Buenos Aires, such as the opening of schools of navigation, drawing and mathematics, and schools to train doctors and members of the military. These earlier institutions influenced the curriculum of the new university.

The university rector, member of the Tucumán Congress Doctor Antonio Sáenz, had already been appointed by the time the university was inaugurated. Some of the students had advanced so far in their studies by that point that the university granted five medical degrees and one law degree the day after its opening. From the very start, the new university began teaching the subjects offered by existing educational institutions: the math courses offered by the Consulate), and the topics taught at the Military Medical Institute and the Unión del Sud—later known as the School of Moral Sciences and today, Nacional de Buenos Aires—a high school attended by many of the young people involved in organizing the Argentine federal government.

El Colegio de Ciencias Morales, —hoy Nacional de Buenos Aires— fue la cuna de formación de los hombres que se destacaron en la etapa de la Organización de la Nación. Archivo General de la Nación.

The School of Moral Sciences —now Nacional de Buenos Aires— was the breeding ground for the men involved in organizing the Argentine federal government. National Archives



A fines del siglo XVIII se incorporaron estudios de Derecho Civil. Esto marcó el nacimiento de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales en 1791. Así, la Universidad de Córdoba, tras ciento cincuenta años de existencia, dejó de ser exclusivamente teológica y se la denominó Real Universidad de San Carlos y de Nuestra Señora de Montserrat. Antes de finalizar el siglo se graduaron los primeros abogados.

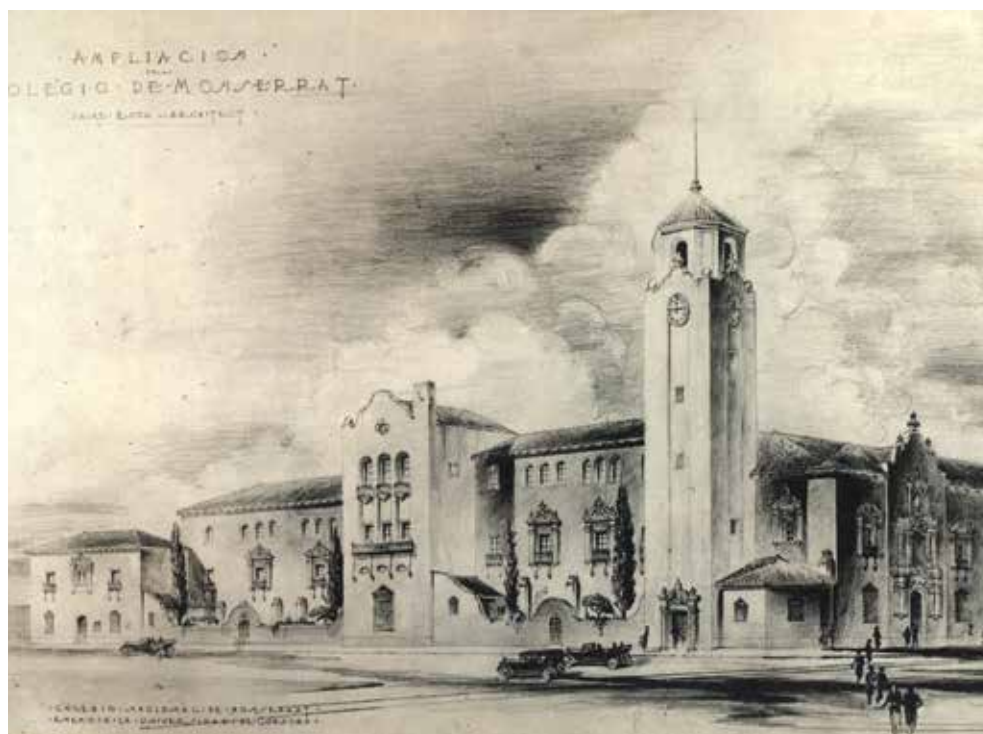
La segunda universidad de la actual República Argentina, fundada en 1821, fue la de Buenos Aires. Su organización fue, desde un comienzo, muy distinta a la de la universidad cordobesa. Se impartían estudios teológicos, pero no eran los únicos. Esto era de esperar, ya que Buenos Aires había hecho interesantes intentos sobre educación superior con la creación de escuelas de Náutica, Dibujo y Matemáticas; como también de escuelas dedicadas a la formación de médicos y militares, lo cual influyó en la concepción curricular de la misma.

Al inaugurarse ya tenía rector: el doctor Antonio Sáenz, congresal de Tucumán, y sus trabajos estaban tan adelantados que al día siguiente ya pudo otorgar cinco grados de Medicina y uno de Derecho. En sus comienzos incorporó las instituciones docentes que ya existían: los cursos de Matemática dependientes del Consulado, los del Instituto médico-militar y los del colegio de la Unión del Sud, después llamado de Ciencias Morales, hoy Nacional de Buenos Aires, en donde se formó gran parte de la juventud que se destacó en la etapa de la Organización Nacional.



Escudo de la Universidad de Córdoba creado por los padres jesuitas.

The coat-of-arms of the Universidad de Córdoba created by the Jesuit priests.



Colegio Nacional de Monserrat. Ciudad de Córdoba. Archivo General de la Nación.

National College of Monserrat. City of Córdoba. National Archives

En el Convento de Santo Domingo se instala el primer Observatorio Meteorológico y Astronómico de la Argentina.

The first Observatory of Meteorology and Astronomy in Argentina was established at the Convento de Santo Domingo



The university also incorporated the theoretical teachings of the Jurisprudence Academy and took charge of basic education, making the Bell-Lancaster system mandatory. This method was based on more advanced students helping teachers in the teaching process. In the so-called “*preparatory studies*,” students learned Latin, modern languages, philosophy, political economy, physical sciences and mathematics. The curriculum of the Holy Sciences division was based on the courses given at the College of Ecclesiastical Studies. In 1823, political economy was added to the Department of Jurisprudence. That same year, the university acquired a laboratory and a classroom for scientific experiments; the country’s first Observatory of Meteorology and Astronomy was established at the Convento de Santo Domingo.

In the Department of Medicine, classes were taught by Doctor Francisco de Paula Rivero and Doctor Francisco Cosme Argerich, both graduates of the Board of Medicine’s school. In 1822, the Academy of Medicine was founded, an entity that would bring together renowned physicians from Argentina and abroad. In 1823, the academy published the first volume of its *Annals*, the country’s first scientific journal.

During the civil wars, both universities experienced organizational troubles that were not resolved until the presidencies of Mitre and Sarmiento, when the Schools of Medicine and Exact Sciences were added.

The two Argentine universities that existed at the time—along with those that would follow—were organized, in theory, according to the Napoleonic model. Universities were divided into colleges and schools that prepared students for professional careers. Exclusively aimed at earning professional degrees, this type of education offered a rigorous curriculum.



Antigua sede de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.
Archivo General de la Nación.

The former seat of the Universidad de Buenos Aires Medical School.
National Archives

También asumió la parte teórica de la Academia de Jurisprudencia y se hizo cargo de la enseñanza primaria, en donde se estableció como obligatorio el sistema lancasteriano, a través del cual los alumnos (monitores) aventajados colaboraban con el maestro en el proceso de enseñanza. En los llamados “*estudios preparatorios*” se enseñaba latín, idiomas vivos, filosofía, economía política y ciencias físico-matemáticas. Sobre la base de los cursos del Colegio de estudios eclesiásticos se daba la cátedra de Ciencias Sagradas. En 1823 se incorporó al Departamento de Jurisprudencia la economía política.

En 1823 se adquiere un laboratorio y una sala para los cursos de física experimental, y en el Convento de Santo Domingo se instala el primer Observatorio Meteorológico y Astronómico de la Argentina.

En el Departamento de Medicina, los cursos estuvieron a cargo de los doctores Francisco de Paula Rivero y Francisco Cosme Argerich, egresados de la Escuela de Medicina del Protomedicato. En 1822 se creó la Academia de Medicina, que reunió a destacados facultativos nacionales y extranjeros, y que en 1823 publicó el primer volumen de sus Anales, iniciando la prensa periódica científica.

Durante las guerras civiles ambas universidades tuvieron problemas en su organización. Ésta se concretó recién a partir de las presidencias de Mitre y Sarmiento, cuando fueron incorporadas las carreras de Medicina y Ciencias Exactas.

Las dos universidades argentinas y las que vendrían después se organizaron, en un principio, según el modelo napoleónico. Éste se caracteriza por dividirse en facultades y escuelas que preparan para el ejercicio de una carrera profesional, de acuerdo a un plan de estudios rígido, destinado exclusivamente a la obtención de un título profesional de licenciatura.



Antonio Sáenz, primer rector de la Universidad de Buenos Aires.

Antonio Sáenz, first rector of the Universidad de Buenos Aires.



Patio interior de la Universidad
Nacional de Córdoba.
Archivo General de la Nación.

An inner courtyard at the
Universidad Nacional de Córdoba.
National Archives

Although universities in the 19th and first half of the 20th centuries were not specifically geared to the sciences or the humanities, they were the place where politicians were educated. They were also a means of social ascent for the children of the immigrants who arrived to Argentina en masse at the end of the 19th century. The Napoleonic model would remain in place until the 1918 university reform during the administration of President Hipólito Yrigoyen. After 1945, under the administration of General Juan Domingo Perón, university tuition and entrance exams were abolished, and the notion of the university environment as a place for scientific research began to take hold.

Si bien las universidades durante el siglo XIX y la primera mitad del siglo XX no tendieron al desarrollo de las ciencias ni de las humanidades, fueron el lugar de formación de los dirigentes políticos y también el escalón para el ascenso social de los hijos de los inmigrantes que llegaron en forma masiva a la Argentina a fines del siglo XIX. Hubo que esperar a la Reforma Universitaria de 1918, durante el gobierno del presidente Hipólito Yrigoyen, para que se le diera un giro al modelo napoleónico.

A partir de 1945, durante el gobierno del general Juan Domingo Perón, fueron suprimidos el arancel universitario y los exámenes de ingreso, y se reivindicó la idea de que era en el ámbito universitario donde debía desarrollarse la investigación científica.



La Reforma Universitaria en 1918.
Estudiantes durante la ocupación
de la casa de estudios.
[Archivo General de la Nación.](#)

The 1918 University Reform.
Students during a sit-in.
National Archives



La Facultad de Medicina de la UBA, sobre la calle Paraguay.

The Universidad de Buenos Aires Medical School, on Paraguay Street

THE SCHOOL OF MEDICINE

The opening of the Universidad de Buenos Aires was without a doubt one of the most important events during this period. One of its six departments—later schools—was that of medicine; its “monitor” was Dr. Cristóbal Martín de Montúfar. Initially, the department was organized in three areas: medical institutions (Juan Antonio Fernández), surgical institutions (Francisco Cosme Argerich), and internal and surgical medicine (Francisco de Paula Rivero). Two years after the department was founded, a dissection room was added. The first class of doctors graduated in 1827.

Things weren’t easy at the beginning. In 1838, due to the English-French blockade, Juan Manuel de Rosas eliminated the university’s funding. During the same period, many professors were forced into exile due to their political opposition to the Rosas administration.

After Rosas was defeated, the School of Medicine was separated from the university and the Buenos Aires Province government was entrusted with its management. By order of a decree issued in October 1852, the Public Hygiene Council was created; the council reestablished

the old Academy of Medicine—which had originally operated for just two years—and made the school an official part of the university. Its first dean was Doctor Juan Antonio Fernández, and its second Doctor Francisco Javier Muñiz.

Classes were taught in the building of the Men’s Hospital, which was located next to the San Pedro Telmo Church on what is now Humberto Primo Street between Defensa and Balcarce. The church had been founded in 1779 by Viceroy Vértiz.

In 1874 a second decree ordered the College of Medicine to be restituted to the Universidad de Buenos Aires; the Academy of Medicine was entrusted with its management. Following the integration, the deans were the following doctors: Manuel Porcel de Peralta, Pedro Antonio Pardo, Cleto Aguirre, Mauricio González Catán, Leopoldo Montes de Oca and Enrique del Arca. In 1880, the new Buenos Aires Hospital was opened on Córdoba Street (where Plaza Houssay is currently located). Called Hospital de Clínicas both then and now, it was handed over to the Medical School in 1883.

LA FACULTAD DE MEDICINA

La fundación de la Universidad de Buenos Aires fue sin duda uno de los hechos más sobresalientes de esta época. Uno de sus seis departamentos —más tarde facultades— fue el de Medicina, cuyo “prefecto” fue el Dr. Cristóbal Martín de Montúfar. Se inició con tres cátedras: Instituciones Médicas (Juan Antonio Fernández); Instituciones Quirúrgicas (Francisco Cosme Argerich) y Clínica Médica y Quirúrgica (Francisco de Paula Rivero). A los dos años de iniciado el departamento se incorporó una sala de disecciones. La primera camada de médicos se graduó en 1827.

No fueron fáciles los comienzos. En 1838, debido al bloqueo anglo-francés, Juan Manuel de Rosas suprimió los fondos presupuestarios, y los problemas políticos con su gobierno tuvieron como consecuencia el exilio de muchos de sus profesores.

Luego de la caída de Rosas, la Escuela de Medicina fue separada de la Universidad y pasó a depender del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. Un decreto de octubre de 1852 creó el Consejo de Higiene Pública; éste restableció la antigua

Academia de Medicina —que había funcionado sólo durante dos años— y le dio a la Escuela la categoría de Facultad. Su primer decano fue el doctor Juan Antonio Fernández, y el segundo, el doctor Francisco Javier Muñiz.

Las clases se daban en el edificio del Hospital de Hombres, situado al lado de la iglesia de San Pedro Telmo, en las actuales calles Humberto Primo entre Defensa y Balcarce, que había sido creado en 1779 por el virrey Vértiz.

En 1874 un nuevo decreto determinó que la Facultad de Medicina volviera a integrar la Universidad de Buenos Aires, y que la Academia de Medicina se hiciera cargo del gobierno de aquélla. Los decanos a partir de entonces fueron los doctores: Manuel Porcel de Peralta, Pedro Antonio Pardo, Cleto Aguirre, Mauricio González Catán, Leopoldo Montes de Oca y Enrique del Arca. En 1880 se inaugura el nuevo Hospital de Buenos Aires en la calle Córdoba (donde actualmente se encuentra la Plaza Houssay) y es entregado a la Facultad de Medicina en 1883 con el nombre de Hospital de Clínicas, que conserva hasta el día de hoy.



Hospital de Clínicas: Escuela de la Facultad de Medicina.
Archivo General de la Nación.

Hospital de Clínicas: The training ground of the Medical School.
National Archives



Vista actual del Hospital de Clínicas de la ciudad de Buenos Aires.

Current view of Hospital de Clínicas in the City of Buenos Aires.



THE ACHIEVEMENTS OF THE MEDICAL SCHOOL

Since it was organized as an official institution, this school grew steadily and boasted many achievements:

- The inauguration of the new building in 1858.
- The opening of the library in 1863.
- The addition of university studies in dentistry, obstetrics (to teach midwives) and pharmacology.
- In 1895, the Legal Medicine Institute was founded with its own morgue. It was designed to serve a population of one million.
- A new building was inaugurated on July 5, 1908 (currently the seat of the College of Economic Sciences).
- In the early the 20th century, a series of different university institutes were created for teaching and research: the Institute of Normal Anatomy and Surgical Medicine, directed by Juvencio Z. Arce; the Institute of Physiology, organized and directed by Bernardo A. Houssay; the Institute of Internal Medicine, headed by Luis Agote; the Institute of Psychiatry, founded at the initiative of Domingo Cabred, and the Institute of Experimental Medicine, directed by Ángel H. Roffo.





EL DESARROLLO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Esta Facultad mantuvo, desde que fue jerarquizada institucionalmente, un sostenido progreso y muchos logros:

- La inauguración, en 1858, del nuevo edificio de la Facultad.
- La creación, en 1863, de la Biblioteca.
- La organización de estudios universitarios odontológicos, obstétricos (para la formación de parteras) y farmacéuticos.
- En 1895 se constituyó el Instituto de Medicina Legal con su respectiva morgue, calculada para servir a una población de un millón de habitantes.
- Nuevo edificio, inaugurado el 5 de julio de 1908 (actualmente sede de la Facultad de Ciencias Económicas).
- Con el inicio del siglo XX se comienza con la sucesiva creación de los Institutos Universitarios, que cumplieron funciones que reunieron docencia e investigación: los institutos de Anatomía Normal y Medicina Operatoria, dirigido por Juvencio Z. Arce; de Fisiología, organizado y dirigido por Bernardo A. Houssay; de Clínica Médica, a cargo de Luis Agote; de Psiquiatría, fundado por iniciativa de Domingo Cabred; de Medicina Experimental, dirigido por Ángel H. Roffo.

Edificio de la actual sede de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, sobre la calle Paraguay. Frente a él, la escultura del doctor Ignacio Pirovano.

The current seat of the Universidad de Buenos Aires Medical School on Paraguay Street. Across the street is the statue of doctor Ignacio Pirovano.



Distintas imágenes del Instituto Bacteriológico, hoy ANLIS, en la sede de la Av. Vélez Sarsfield. En una de las fotos se ve el momento en que extraen el virus a un ternero.

Abajo: Instituto de Medicina Experimental para el estudio y tratamiento del cáncer, hoy Instituto de Oncología. Su primer director fue el doctor Ángel Roffo. Archivo General de la Nación.

Different views of the Bacteriological Institute, currently ANLIS, at the branch on Vélez Sarsfield Avenue. One of the photos shows a virus being extracted from a calf.

Below: The Institute of Experimental Medicine for the study and treatment of cancer, now the Oncology Institute. Its first director was doctor Ángel Roffo. National Archives

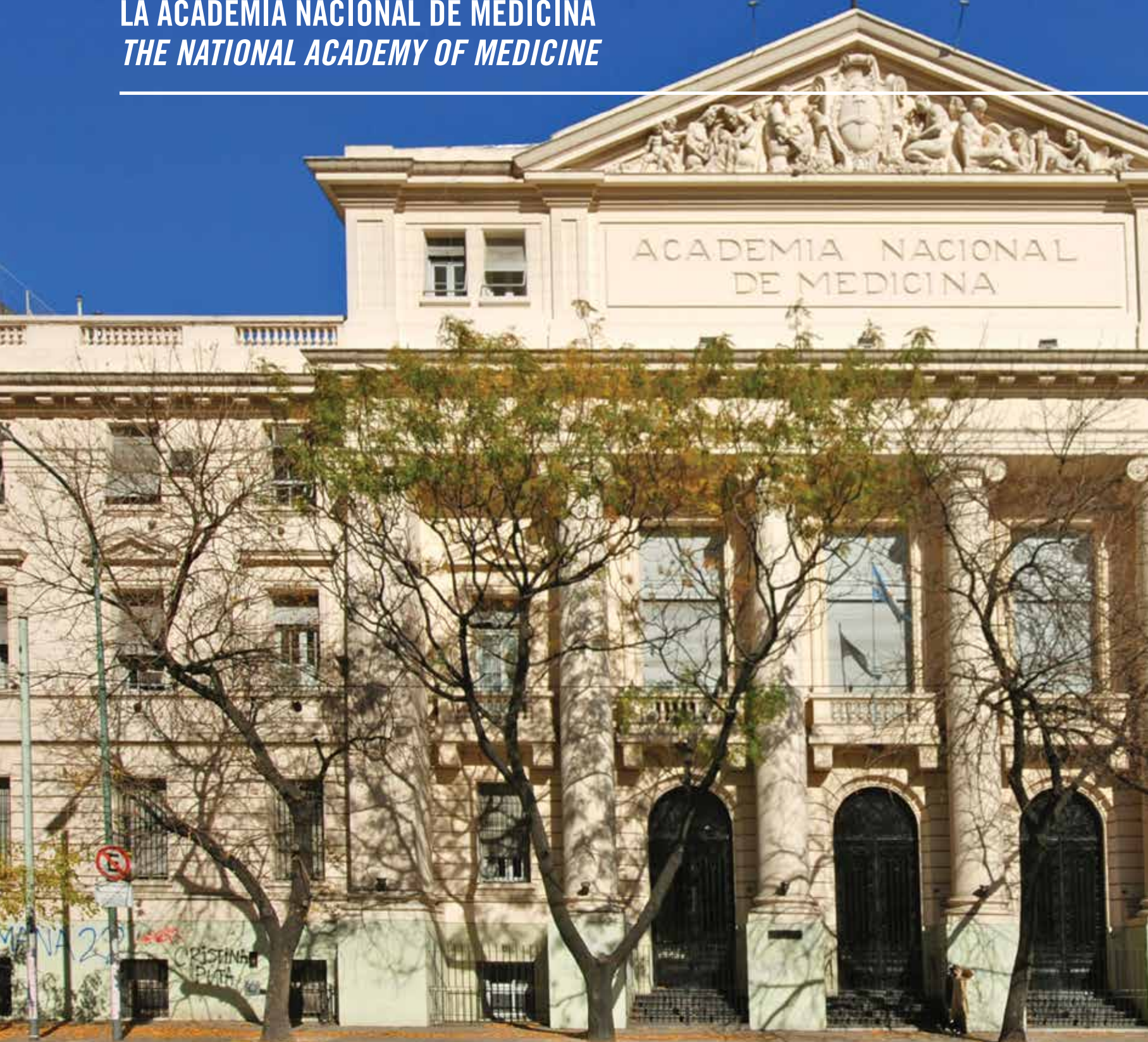




En el año 1914 el Dr. Luis Agote, primero desde la izquierda, dirige la primera transfusión de sangre citrada en el Hospital Rawson. Este método de su invención, revolucionó la hemoterapia.
[Archivo General de la Nación.](#)

In 1914, Dr. Luis Agote, first on the left, supervises the first blood transfusion at Rawson Hospital. This method, invented by Agote himself, revolutionized hemotherapy.
 National Archives

LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
THE NATIONAL ACADEMY OF MEDICINE





Esta institución fue creada por Bernardino Rivadavia durante la gobernación de Martín Rodríguez, en 1822. Ha atravesado los avatares políticos de la historia del país, llegando a estar suspendida en algunos períodos.

This institution was created by Bernardino Rivadavia in 1822, during the administration of Martín Rodríguez. Though it has been forced to close at certain times, it has survived the vicissitudes of the country's history.



Pasillo de los Bustos y Sala de Conferencias.

The Hall of Busts and Conference Room

“The academy was associated with education and the training of professionals. In 1854, the Universidad de Buenos Aires Medical School was founded and the academy was like a guiding light, pointing the way towards ethics, knowledge and excellence,” explains Doctor Manuel Martí, secretary of proceedings at the institution and one of the thirty-five members of the National Academy of Medicine. *“The members of the academy,”* he explains, *“are chosen by their peers after a lengthy process: first the chair and the area of specialization to be covered are chosen. Some of these areas are permanent, like cardiology, internal medicine and surgery, and others come up as advances in medicine take place. For example, we now have a member who specializes in image diagnosis and another in genetics and biotechnology.”* Since the academy is closely related to public health, many of its members are on the different commissions of the Department of Health. The academy also has strong ties to the Association of Colleges of Medicine (AFACIMERA). It has its own institutes of hematology, oncology and epidemiology. The Council of Ethics and the Medical Professional Certification Council both operate under the auspice of the academy. Another of its specific functions is to draft reports in response to requests made by judges in cases related to health and illness. The academy merely serves as an expert witness; it is not a medical tribunal.



“La Academia siempre estuvo vinculada a la educación y la formación de los profesionales. En 1854 se crea la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y entonces la Academia queda como un faro, señalando un camino vinculado a la ética, el conocimiento y la excelencia”. Quien esto expresa es el doctor Manuel Martí, secretario de Actas de la institución y uno de los treinta y cinco miembros de número de la Academia Nacional de Medicina.

“Los miembros de la Academia —explica— son elegidos por sus pares por medio de un largo proceso: primero se elige el sitio y la especialidad a cubrir. Hay especialidades que son permanentes como la Cardiología, la Medicina Interna, la Cirugía y otras que se van renovando de acuerdo con los avances en la medicina. Ahora tenemos, por ejemplo, un miembro especialista en Diagnóstico por Imágenes y otro en Genética y Biotecnología” De permanente relación con la salud pública, muchos de sus miembros forman parte de las distintas comisiones del Ministerio de Salud de la Nación. Así como también tienen un vínculo perdurable con la Asociación de Facultades de Medicina (AFACIMERA).

Tiene sus propios institutos, de Hematología, Oncología y Epidemiología. Bajo su órbita también funcionan los Consejos de Ética y de Certificación de Profesionales Médicos. Otra de sus funciones específicas es responder con informes a las solicitudes que puedan requerir los jueces en procesos legales donde se dirimen cuestiones relacionadas con la salud y las enfermedades; función que no se confunde con la de un tribunal, ya que sus informes no son vinculantes.



Doctor Manuel Martí.
Miembro de número de la Academia.

Doctor Manuel Martí
Member of the Academy

FIGURAS PROMINENTES DE LA ACADEMIA

Entre muchos podemos citar a: Juan María Gutiérrez (1809-1878), Nicanor Albarellos (1810-1891), Pedro Mallo (1837-1899), Félix Garzón Maceda (1867-1931), Eliseo Cantón (1861-1931), Marcelino Herrera Vegas (1870-1958), Juan Ramón Beltrán (1894-1947) y Juan José Montes de Oca y Mariano R. Castex.

Cabe destacar los nombres de dos figuras que pertenecieron a la Academia y que recibieron el premio Nobel: Bernardo A. Houssay, quien ingresó a la Academia en 1927 y recibió dicho premio en 1948, y a Luis F. Leloir, que ingresó en 1959 y fue premiado en el año 1970.

PROMINENT FIGURES OF THE ACADEMY

We will mention just a few of the academy's most prominent figures: Juan María Gutiérrez (1809-1878), Nicanor Albarellos (1810-1891), Pedro Mallo (1837-1899), Félix Garzón Maceda (1867-1931), Eliseo Cantón (1861-1931), Marcelino Herrera Vegas (1870-1958), Juan Ramón Beltrán (1894-1947) and Juan José Montes de Oca and Mariano R. Castex.

Two members of the academy have received the Nobel Prize: Bernardo A. Houssay, who joined the academy in 1927 and received the Nobel in 1948, and Luis F. Leloir, who joined in 1959 and received the award in 1970.



ETHICS AND SOLIDARITY

In 2005, Manuel Martí became the first specialist in diabetology invited to join the academy. He is one of the founders of the Center of Diabetes and Nutrition (now the Diabetology Division) at the Hospital de Clínicas,. With a long career in teaching and research, he is a professor emeritus of internal medicine at the Universidad de Buenos Aires. In the 1960s, he worked in one of the very first cytogenetic laboratories. He is currently well-known for his work in the field of bioethics. This doctor—whose passions include the history of medicine, poetry and music—is quite critical when it comes to the training of health care professionals. *“Modern scientific method was born out of the ‘I think therefore I am’ of Descartes and Galileo’s empiricism. But scientific method has failed completely. Its first defeat came with the First World War, and it was utterly annihilated at Hiroshima and Nagasaki.”* Medicine, says Martí, is a recent science, one that arose from 19th-century positivism. Medicine is aimed at the body, physics and mathematics but overlooks the anthropological nature of the individual. *“When I studied medicine, the first thing I saw were corpses, following by histology and dead tissues; in the second year, we studied the physiology of animals like rats and dogs. The third year, we focused on pathological anatomy. We did not start studying actual illness until the fourth year. But this is now changing: students are in contact with patients from the very start. Nonetheless, the orientation is still overly materialistic, and we have a long way to go before medical education is truly humanist. The psychological component is neglected,”* adds Martí. “Eighty percent of the people who visit the doctor do not have physical problems and the doctor says, ‘You’re perfectly fit. It’s just your nerves.’ How can they say that such a person is perfectly fit?”

Martí argues that there are two features of modern medicine that separate the doctor from the patient, especially in private medicine. *“The first is technology: in the past, doctors would use their eyes, their hands, their ears... And the second is the cost-benefit model, which is based on statistics. However, we can combat this through ethics and a spirit of solidarity.”*

ÉTICA Y SOLIDARIDAD

Manuel Martí ingresó en la Academia en el año 2005, siendo la primera vez que se incorporó un especialista en diabetología. Fue uno de los fundadores del Centro de Diabetes y Nutrición del Hospital de Clínicas, hoy División Diabetología. De una amplia trayectoria en la investigación y la docencia, es profesor emérito de Medicina Interna de la Universidad de Buenos Aires. En los años 60' trabajó en uno de los primeros laboratorios de citogenética. Actualmente se destaca también por su labor en el campo de la bioética. Este médico amante de la historia de la medicina, la poesía y la música es bastante crítico de la formación de los profesionales de la salud. *“El cientificismo modernista nace con ‘el pienso luego soy’ de Descartes y con el empirismo de Galileo, pero el cientificismo fracasó, se murió. Su primer fracaso fue con la guerra del '14 y murió por completo con Hiroshima y Nagasaki”*. La medicina, dice Martí, es una ciencia reciente, que nace en el siglo XIX en el marco del positivismo. Una medicina orientada hacia lo orgánico, la física, la matemática, olvidando el concepto antropológico de individuo. *“Cuando yo estudié medicina lo primero que vi fueron cadáveres; luego la histología, los tejidos muertos; en la segunda parte la fisiología en los animales —ratas, perros—; en tercer año tenía Anatomía Patológica y recién en 4º año comenzábamos a ver enfermos. Pero hoy en día eso está cambiando: los estudiantes tienen contacto con el enfermo desde los primeros años. Sin embargo, pervive una orientación ligeramente materialista y queda muchísimo para que el médico reciba una orientación humanista. Se olvida el componente psicológico —continúa Martí—; el ochenta por ciento de las personas que van a un consultorio no tienen nada orgánico y el médico les dice ‘usted no tiene nada, son sólo nervios’. ¿Cómo que no tiene nada?”*. Martí sostiene que en la actualidad hay otros dos componentes que separan al médico del paciente, principalmente en el ámbito privado. *“En primer lugar la tecnología: antes un médico usaba sus ojos, sus manos, sus oídos... Y en segundo lugar el modelo económico de costo beneficio, que es un modelo basado en la estadística. Esto se revierte con ética y con espíritu de solidaridad”*.



Libros de la colección “Tesoros de la Academia”.

Books from the “Treasures of the Academy” collection

LA SEDE DE LA INSTITUCIÓN

THE SEAT OF THE INSTITUTION

Con una clara autoconciencia de sí misma, la Academia de Medicina eligió construir un edificio que responda claramente a los lineamientos arquitectónicos del neoclasicismo, movimiento artístico que gozó de vigor durante el iluminismo europeo y que recibió un fuerte impulso en la Francia de Napoleón. El edificio se terminó de construir en el año 1942, donde primaban ya las construcciones de estilos post racionalistas. Fue el Dr. Mariano Castex quien llevó adelante el proyecto, inaugurándose durante su presidencia. El terreno fue donado por Rafael Herrera Vegas. La Academia cuenta con una de las bibliotecas especializadas en medicina más importantes del país, actualmente con 38.000 volúmenes de libros y 450 títulos de publicaciones periódicas, entre los que se destacan los llamados “Tesoros de la Academia”, colección de tratados clásicos de medicina y anatomía —algunos de ellos incunables— de Galeno, Vesalio y Paré, entre otros.

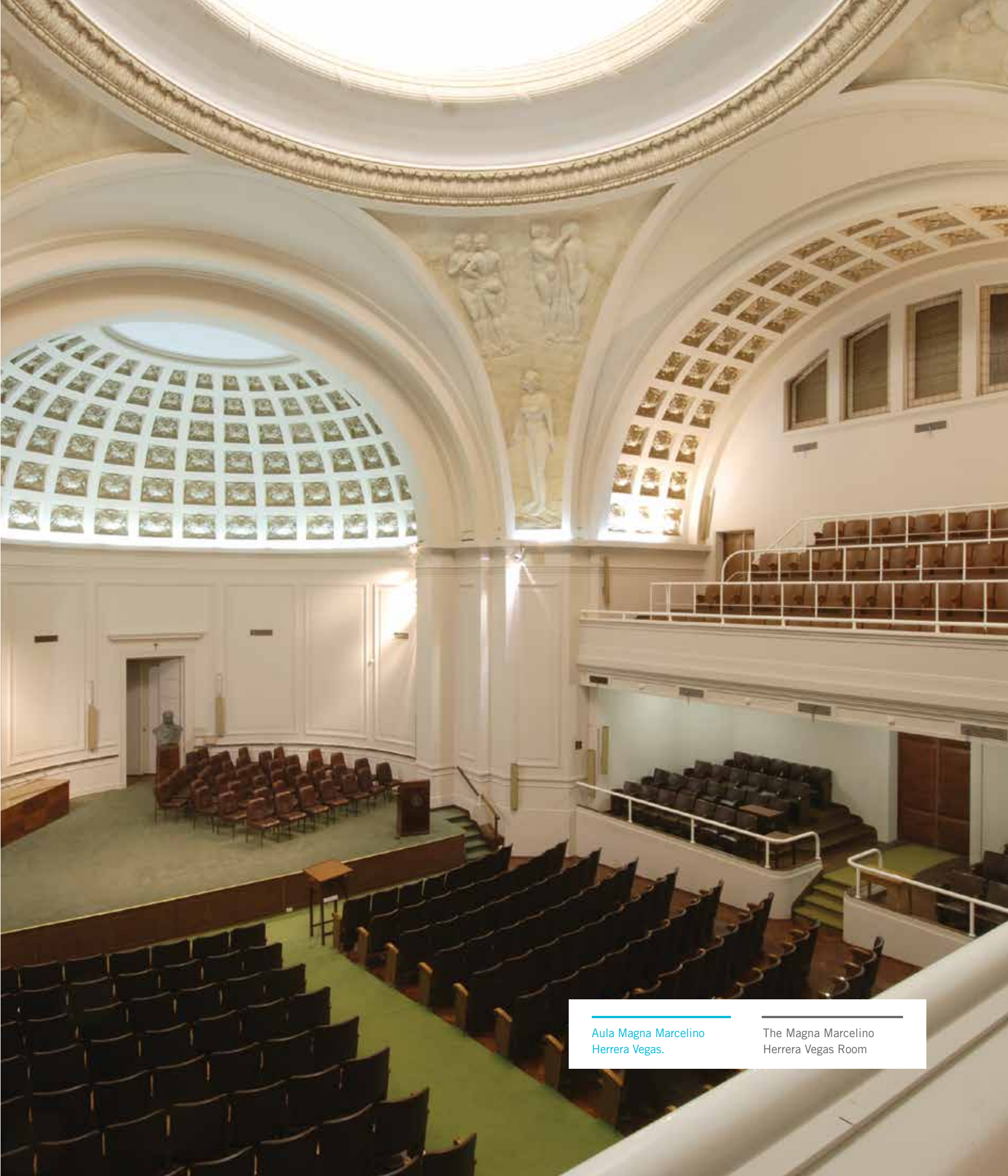
With a clear awareness of the Academy of Medicine’s importance, its members decided to construct a building in the neoclassical style. The neoclassical movement was dominant in Europe during The Enlightenment, and particularly popular in France under Napoleon. The building was completed in 1942, when post-rationalist constructions were the norm. Dr. Mariano Castex was the head of the academy during the construction of the building, which was inaugurated during his tenure. The lot was donated by Rafael Herrera Vegas. The academy has one of the largest medical libraries in the country, with 38,000 books and 450 medical journals. The library is also home to the “Treasure of the Academy,” a collection of classic works on medicine and anatomy—some of which have never been published—by illustrious authors such as Vesalio and Paré.



Fachada y Salón de Conferencias.

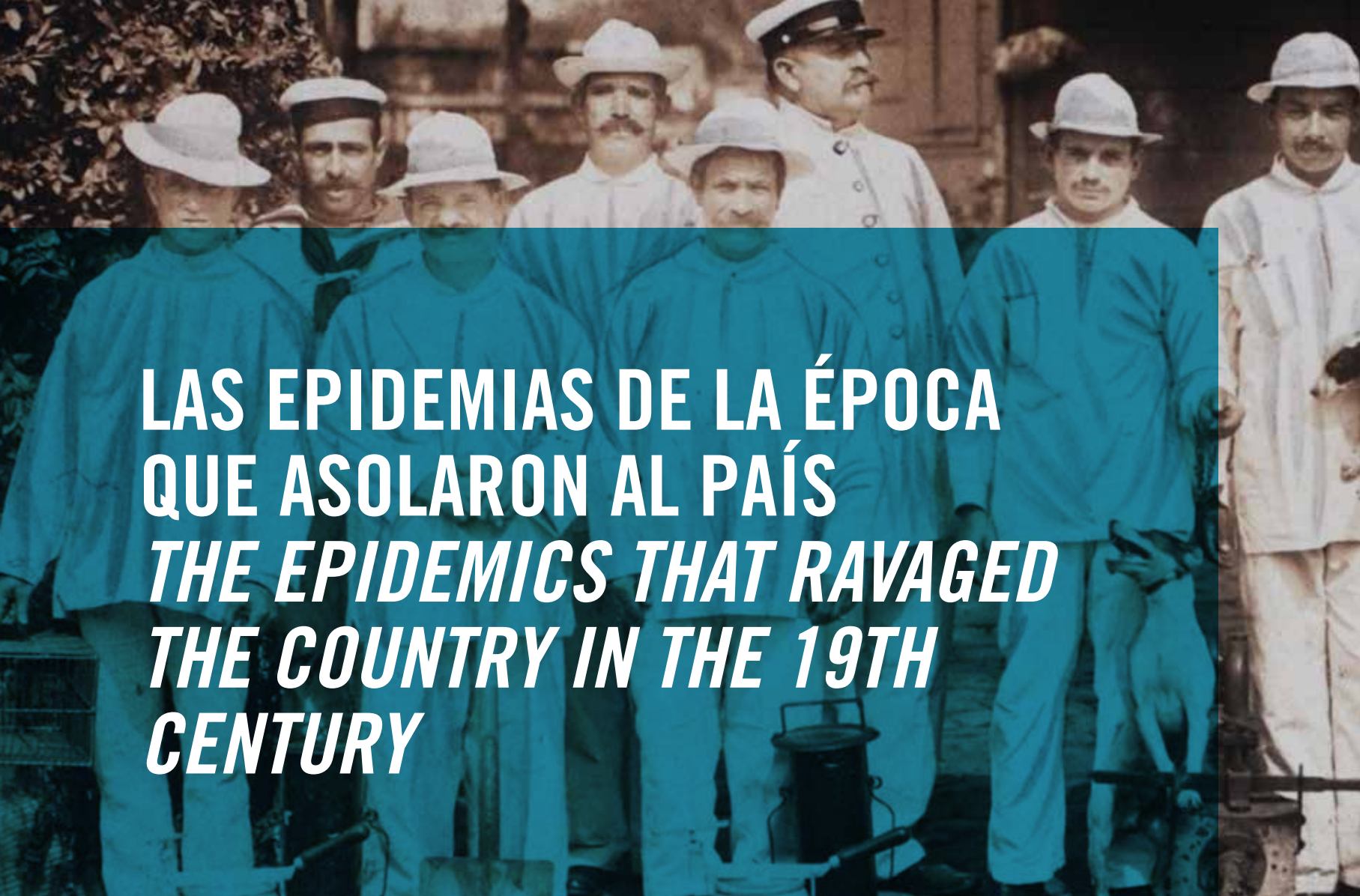
Façade and Conference Room





Aula Magna Marcelino
Herrera Vegas.

The Magna Marcelino
Herrera Vegas Room



LAS EPIDEMIAS DE LA ÉPOCA QUE ASOLARON AL PAÍS ***THE EPIDEMICS THAT RAVAGED THE COUNTRY IN THE 19TH CENTURY***

“... Entre nosotros los cristianos este remedio es muy bueno porque nos priva de la enfermedad terrible de la viruela, pero es necesario para administrar la vacuna que el médico la aplique con mucho cuidado y que la vacuna sea buena, que el médico la reconozca porque hay casos en que el grano que le salió es falso y en tal caso el médico debe hablar la verdad para que el vacunado sepa que no le ha prendido bien, para que con este aviso sepa que para el año que viene debe volver a vacunarse porque en esto nada se pierde y puede aventajarse mucho...”

“...This remedy, which does away with the terrible ailment of smallpox, is a good thing for all Christians. Nevertheless, it is important that the doctor who administers the injection do so carefully and that the quality of the vaccine be good; there have been cases in which the bump that appears where the injection has been applied reveals that the vaccination has missed its mark. In those cases, the doctor must speak truthfully so that the patient knows that the vaccination has not taken, and hence he must receive the vaccination again the following year. After all, nothing is lost and there is much to be gained...”



De esta carta, escrita por el gobernador Juan Manuel de Rosas a Catriel, uno de los caciques ranqueles, da testimonio el historiador Fermín Chávez. La misma pone de manifiesto la preocupación del Restaurador por la viruela, enfermedad contra la cual se venía luchando desde la época del Virreinato. La enfermedad causaba una mortalidad notablemente superior en la población indígena que en la de origen europeo.

Historian Fermín Chávez cites this letter from Governor Juan Manuel de Rosas, a member of the Restoration party, to Catriel, one of the Ranquel Indian chiefs. It evidences Rosas's concern with smallpox, a disease he had been fighting since the days of the Spanish Viceroyalty. Among those residing in Argentina at that time, the mortality rate of the native population was much higher than among those of European descent.

Personal del Servicio de
Desinfección del puerto,
dependiente del Departamento
Nacional de Higiene, en plena
tarea de desratización.
Archivo General de la Nación.

Workers at the port's Disinfection
Service, which operated under the
National Department of Hygiene,
exterminating rats.
National Archives

Estado general de los vacunados en el año 1838 y planilla del movimiento del Hospital de Mujeres en el año 1839.
Archivo General de la Nación.

Report on the vaccinated in 1838 and admissions record at the Women's Hospital in 1839.
National Archives



Los europeos —explica el historiador francés Pierre Chaunu— habían desarrollado ciertas defensas contra la viruela, a consecuencia de las epidemias sufridas durante los siglos anteriores al descubrimiento de América (en el siglo XIV la peste negra redujo en un tercio la población europea). En América, en cambio, la viruela no era conocida y los indígenas no contaban con defensas inmunológicas, por lo que la propagación de la enfermedad causó más muertes que toda la guerra de conquista. Según narra Chávez, para persuadir a los aborígenes de que recibieran la vacuna antivariólica, Rosas —que tenía gran aceptación entre ellos— reunía a los caciques y se hacía aplicar la vacuna a sí mismo, para que aquellos la difundieran en sus comunidades. No solamente procuraba la vacunación de los indígenas, sino que los persuadía además para que permitieran la entrada de médicos.

Su preocupación por la vacunación de los indígenas le valió un diploma de la Sociedad Jenneriana de Londres. En 1844, la ciudad de Buenos Aires quedó desprovista de la vacuna antivariólica, debido al bloqueo anglo francés. El gobernador Rosas pidió alguna solución al doctor Francisco Muñiz. Éste se trasladó a Buenos Aires con una hija de pocos meses recién vacunada, con cuya linfa pudieron ser inoculadas varias personas, y así se pudo restablecer el circuito de vacunaciones en la ciudad.

En abril de 1849, Rosas lo nombró juez del Tribunal de Medicina, y en febrero de 1850 Muñiz se hizo cargo de la enseñanza de partos, enfermedades de mujeres y niños en la Facultad de Medicina de la UBA.



Retrato de Juan Manuel de Rosas. Cayetano Descalzi – Óleo sobre tela, 1840.

Portrait of Juan Manuel de Rosas. Cayetano Descalzi – Oil on canvas, 1840.

French historian Pierre Chaunu explains that the Europeans had developed certain defenses against smallpox as a result of the epidemics that struck the Old Continent centuries before the discovery of America (in the 14th century, for instance, the Bubonic Plague reduced the population of Europe by one-third). In the Americas, however, smallpox was unknown and the native people did not have any immunological defense against the disease. This meant that smallpox killed more native people than the entire Conquest Campaign.

According to Chávez, Rosas —who was widely admired by the indigenous peoples— would get the chiefs together and be vaccinated himself before their eyes in order to convince them to spread the vaccine in their communities. Indeed, he not only convinced them to administer the vaccine but also to allow doctors into their communities.

Rosas's concern with vaccinating the Indian population earned him a diploma from the Jennerian Institution of London. In 1844, there was a shortage of the smallpox vaccine in the city of Buenos Aires due to the English-French blockage. Governor Rosas looked to Dr. Francisco Muñiz for a solution. Muñiz had traveled to Buenos Aires after recently vaccinating his infant daughter, and by using her lymph, a number of people were able to be inoculated, thus reestablishing the city's vaccination system. In April 1849, Rosas named Muñiz a member of the Medical Tribunal, and in February 1850 he became the head educator in the fields of childbirth and diseases affecting women and children at the Universidad de Buenos Aires Medical School.



Francisco Javier Muñiz
Archivo General de la Nación.

Francisco Javier Muñiz
National Archives

Antigua Aduana de Taylor.
 Archivo General de la Nación.

Old Customs House by Taylor.
 National Archives



ADVANCES IN HEALTH CARE

Advances in health care during the Rosas administration were limited due to the difficult economic situation facing the country as a result of the blockades of the Río de la Plata.

Domestic chaos and international conflict impoverished all the provinces. Nonetheless, in 1833, José Vicente Reinafé, governor of the province of Córdoba, sent a decree for approval to the Assembly that would create the post of Professor of Hygiene, Physiology and Legal Medicine at the university; the person assigned the job would be charged with providing health care to the poor at their homes. In 1840, also in Córdoba, Health Minister Atanasio Vélez introduced two bills, one that would create a Public Health Council and another the post of “District Physician” under the authority of the Council. In 1843, Dr. Luis Tamini, the Chief Medical Doctor of Córdoba and the State’s official doctor, proposed that the most skillful local healers receive formal training from the government to offset the lack of doctors in many districts. “The Medical Department will teach healers how to administer vaccinations so that this healthy practice may spread through the countryside...”

According to historian Juan Carlos Veronelli, in the outlying regions of Argentina the post of Chief Medical Doctor existed until the federal system was established in 1862, and its institutions became national in scope.

In Entre Ríos, under the governorship of Urquiza, a “Medical Tribunal” similar to the one that Rivadavia had founded in Buenos Aires was established. Its aim was to oversee the work of medical professionals and pharmacists. In January, 1849 this oversight was extended to include the administering of “vaccinations, the most efficacious preventative measure available.”

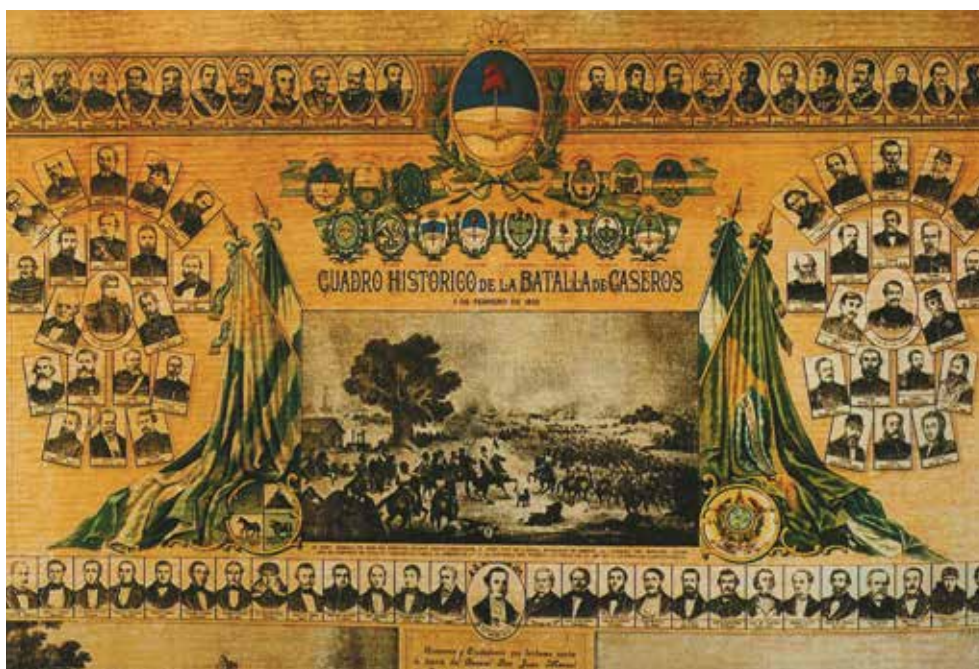
LOS AVANCES SANITARIOS

Los avances sanitarios durante los años de gobierno de Rosas fueron limitados debido a la difícil situación económica, consecuencia de los bloqueos al Río de la Plata.

El desorden interno y los conflictos externos empobrecieron a todas las provincias. A pesar de eso, en 1833 el gobernador de Córdoba José Vicente Reinafé envió a la Asamblea un proyecto de decreto por el cual se creaba el cargo de Profesor de Higiene, Fisiología y Medicina Legal de la Universidad, para que su titular asistiera a domicilio a los pobres. En 1840 en Córdoba, el Ministro de Salud, Atanasio Vélez, propuso dos proyectos de ley que creaban un Consejo de Salud Pública y el cargo de “Médico titular de Departamento”, bajo la dependencia del Consejo. En 1843, actuando como Protomédico de Córdoba y Médico del Estado, el Dr. Luis Tamini propuso que dada la ausencia de médicos en muchos departamentos de la provincia se autorizara al Protomédico a preparar a los curanderos más hábiles. *“El Protomédico enseñará a los Curanderos el modo de vacunar para que por su conducto pueda extenderse esta saludable medida a toda la Campaña...”*.

En las provincias, el cargo de protomédico —afirma el historiador Juan Carlos Veronelli— continuó hasta que el país se organizó en 1862, y las instituciones tuvieron alcance nacional.

En Entre Ríos (gobernada por Urquiza) se estableció un “Tribunal de Medicina” similar al creado en Buenos Aires por Rivadavia, con el fin de vigilar el ejercicio profesional de médicos y farmacéuticos. En enero de 1849 esa vigilancia se extendió a la aplicación de *“la vacuna, la más eficaz de las medidas preventivas disponibles”*.



Justo José de Urquiza

El 3 de febrero de 1852 Rosas fue derrotado por el gobernador de Entre Ríos, Justo José de Urquiza, en la batalla de Caseros.

Litografía coloreada impresa por la Litografía Madrileña de Buenos Aires. Museo Histórico Nacional.

On February 3, 1852 Rosas was defeated by the governor of Entre Ríos, Justo José de Urquiza, in the Battle of Caseros.

Color lithograph printed by the Litografía Madrileña in Buenos Aires.

Museum of National History



Hospital Británico, año 1925.
Frente del edificio y Sala de
Convalecientes.
Archivo General de la Nación.

British Hospital, 1925. Between
the building and the Ward for
Recovering Patients.
National Archives

Due to the blockade, Buenos Aires, whose main source of income and subsequent ability to contribute to the National Treasury was largely dependent on Customs, was forced to reduce the budgets of many of its institutions, including those geared towards health care. Though they did not disappear entirely, public health institutions underwent a steady decline. According to Jesuit historian Guillermo Furlong, *“Rosas was personally involved in the workings of the hospitals and in March 1840 he spoke sternly to the Chief Administrator of the Women’s Hospital about the irregularities he was responsible for...”*

During the Rosas Administration, the French and English populations grew steadily; in 1842, the French Hospital was founded, and the British Hospital followed in 1844. Given the national government’s inability to finance the hospitals and health centers where the vaccination was administered, monthly contributions and donations were requested. Many doctors worked for free, and a special commission was established to raise funds to keep the vaccination program going at low cost. As a result, there were few outbreaks of epidemic diseases during Rosas’s tenure, though smallpox did continue to claim lives, mostly in the countryside and amongst native populations.

Buenos Aires, cuya contribución al Tesoro dependía de la recaudación aduanera, debió reducir los gastos que se destinaban a muchas de sus instituciones, entre ellas las de sanidad, que no llegaron a desaparecer pero sufrieron un deterioro progresivo. Según cuenta el historiador jesuita Guillermo Furlong, *“Rosas se ocupó personalmente de la marcha de los hospitales y en marzo de 1840 depuso, en términos enérgicos, al administrador del Hospital de Mujeres, al constarle las irregularidades cometidas por él ...”*.

Durante su gobierno, la población francesa e inglesa había crecido progresivamente: en 1842 se inauguró el Hospital Francés, y en 1844 se fundaba el Hospital Británico.

Ante la imposibilidad del tesoro público de financiar los hospitales y los centros de la administración de la vacuna, se pidieron suscripciones y donaciones. Muchos médicos continuaron brindando sus servicios en forma gratuita, y una comisión especial consiguió recursos para mantener, con presupuesto mínimo, las actividades de vacunación. Hubo pocas epidemias durante su gobierno; sólo la viruela seguía cobrando víctimas, sobre todo en el campo y entre los indígenas.



Hospital Francés, año 1925.
[Archivo General de la Nación.](#)

French Hospital, 1925.
 National Archives



CHOLERA: A TENACIOUS ENEMY

Smallpox was not the only epidemic to ravage these lands. During the second half of the 19th century, there were cholera outbreaks in Argentina in 1867-1868, 1886-1887 and 1894-1895.

When cholera first struck, Argentina was allied with Brazil and Uruguay in what came to be called the Triple Alliance War against Paraguay. This period was characterized by armed conflicts, population growth, and the large-scale circulation of troops, especially on the Atlantic coast. In late February 1867, a Brazilian battleship carrying troops brought cholera to the battlefield, where it first infected the allies and then the Paraguayans. The mortality rate in military hospitals was high.

The epidemic then spread to the rest of the country. Mild at the outset, it was first found in the cities of Rosario (Santa Fe province) and Buenos Aires in 1867. By the end of 1867 and the beginning of 1868, however, the outbreak had spread to Corrientes, Entre Ríos, Córdoba, San Juan and Santiago del Estero.

In the province of Buenos Aires, cholera spread due to the flight of residents of the city of Buenos Aires who, terrified of the imminent expansion of the disease, moved farther and farther from the city; they believed that isolation and distance from the port and crowded neighborhoods would help them avoid contagion. In fact, however, this exodus only served to speed up transmission and expand the region affected.



Desembarco del Ejército Argentino frente a las trincheras de Curuzú, el día 12 de septiembre de 1866. Cándido López – Óleo sobre tela Museo Nacional de Bellas Artes.

Arrival of the Argentine Army at the trenches of Curuzú, September 12 1866. Cándido López – oil on canvas, National Museum of Fine Arts

EL CÓLERA: UN ENEMIGO DURO DE VENCER

La viruela no fue la única epidemia que asoló estas tierras. Durante la segunda mitad del siglo XIX el cólera invadió la Argentina en los años 1867-1868, 1886-1887 y 1894-1895.

Cuando ingresó el cólera el país se encontraba aliado a Brasil y Uruguay contra el Paraguay, en la que se denominó la Guerra de la Triple Alianza. Por lo tanto, se trató de un período caracterizado por choques armados, desarrollo poblacional creciente, y una circulación importante de tropas, especialmente en la región del litoral atlántico. A fines de febrero de 1867 una nave brasileña de transporte de tropas llevó el cólera al campo de batalla, donde afectó primero a los aliados y luego a los paraguayos. En los hospitales militares la mortalidad alcanzó altos porcentajes.

La epidemia se desencadenó luego en todo el territorio argentino. Comenzó débilmente en las ciudades de Rosario (Santa Fe) y Buenos Aires en 1867. A fines de ese año y comienzos del siguiente, el brote se había expandido a Corrientes, Entre Ríos, Córdoba, San Juan y Santiago del Estero.

En la provincia de Buenos Aires la epidemia se propagaría como resultado de la migración de los porteños que, aterrorizados por la inminente expansión, buscaban tierras más alejadas de la ciudad, pensando que el aislamiento y la distancia del puerto y de los barrios populosos otorgarían ventajas para evitar contagios. Lo cierto es que ese éxodo sirvió solamente para facilitar la transmisión y ampliar el territorio afectado.



Mapa del teatro de operaciones de la Guerra del Paraguay, año 1865. Archivo General de la Nación.

Operating room during the war with Paraguay, 1865. National Archives

THE LAST EPIDEMIC

The most recent outbreak of cholera in Argentina began in 1992 and lasted until 1999. A total of 4,834 cases were reported. The height of the epidemic was in early 1996, more precisely in February: the focal point was the province of Salta. A total of 422 cases and five deaths were reported that year, the last one on May 25, 1996. In October, 1996, another outbreak brought the annual figure to 474 cases, that is, 2.5 more than in 1995, when 188 cases were reported. By February 15, 1997 a total of 405 cases had been reported, 95% of them on the border region between Bolivia and the provinces of Salta and Jujuy.

The National Commission for the Prevention and Control of Cholera plans and coordinates joint actions in the border region, including the exchange and analysis of information, the organization of meetings with local border commissions, and the development of strategies for prevention and control in populations at risk. Other efforts are geared towards the supervision and coordination of cases and their management, laboratory diagnosis, training of health care personnel, control of foodstuffs, and the provision of basic health care services to areas at risk.

La primera epidemia tuvo un gran impacto en la sociedad. No sólo por la alta tasa de mortalidad, sino también por la comprobación de que la medicina no podía dar respuesta. Además, el Estado se mostraba impotente frente al avance de la enfermedad, debido a la falta de instituciones para proteger a la población afectada. Los paradigmas médicos se apoyaban en la teoría miasmática de la enfermedad formulada por Thomas Sydenham (1624-1689) y Giovanni María Lancisi (1654-1720). Según esta teoría, los miasmas *“eran el conjunto de emanaciones fétidas de suelos y aguas impuras, y la causa de enfermedades como el cólera o la fiebre amarilla”*. Esta teoría parecía explicar por qué las epidemias eran comunes en los barrios sucios y malolientes de la gente pobre e impulsó campañas públicas, que se centraban en la mejora de las condiciones ambientales.

Una segunda epidemia de cólera tuvo lugar en Argentina en 1873-74, y la tercera entre los años 1886-87 cuyo impacto sobre la mortalidad, si bien afectó a casi todas las provincias —Salta, San Juan, Jujuy, Santiago del Estero, Corrientes, Chaco, Entre Ríos, Catamarca y La Rioja— fue menor que las anteriores. El último brote de cólera en esta etapa se desarrolló en la Argentina en 1894-95 y produjo una mortalidad bastante menor, quizás debido a las políticas sanitarias implementadas a partir de los brotes anteriores.

The first outbreak had a major impact on society not only due to the high mortality rate, but also because it was evident that medicine was not up to the challenge. The State also proved itself powerless to cope with the advance of the disease; there were no simply local institutions capable of protecting the affected population. The medical paradigms of the day were based on the miasmatic theory of disease formulated by Thomas Sydenham (1624-1689) and Giovanni María Lancisi (1654-1720), according to which miasmas *“were the fetid emanations of soil and impure waters, and the cause of diseases like cholera and yellow fever.”* This theory seemed to explain why epidemics were common in the dirty and foul-smelling neighborhoods of the poor. It led to public campaigns geared towards improving living conditions.

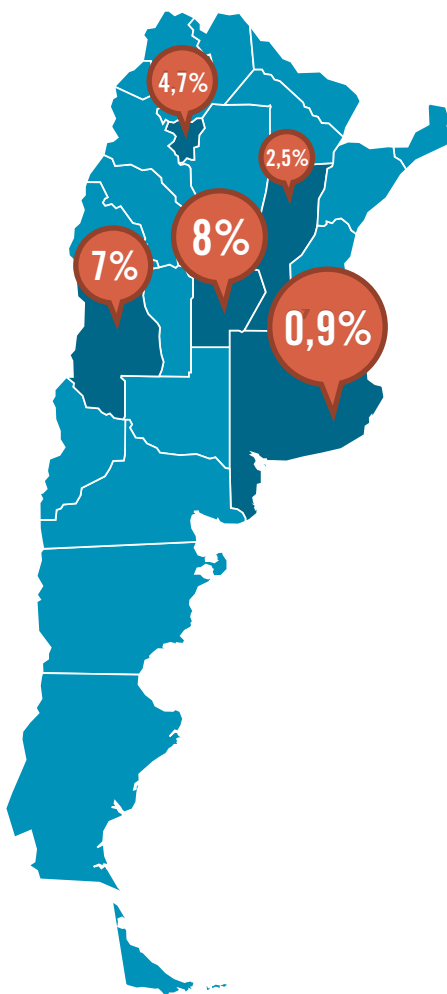
There was a second outbreak of cholera in Argentina in 1873-74, and a third in 1886-87. Though that third outbreak affected almost all the provinces (Salta, San Juan, Jujuy, Santiago del Estero, Corrientes, Chaco, Entre Ríos, Catamarca and La Rioja), its mortality rate was lower. The final outbreak in the 19th century took place in 1894-95. That time, the mortality rate was lower still, perhaps due to the health policies that had been put in place after the earlier outbreaks.

1867

Un Estado débil que no contaba con las instituciones sanitarias adecuadas para hacerles frente a las epidemias.

A weak State whose health institutions were not up to the challenges posed by epidemics

LA EPIDEMIA DE 1867/68 EN PORCENTAJES THE 1867/68 OUTBREAK IN PERCENTAGES



BUENOS AIRES

Las víctimas mortales fueron 1.633 y hubo 5.000 afectados sobre una población total de 180.000 habitantes.

A total of 1,633 died and 5,000 were infected out of a total population of 180,000.

CÓRDOBA

Durante el período que duró la epidemia fallecieron 2.371 personas. Esta cifra representaba aproximadamente el 8% de su población.

Over the course of the outbreak, 2,371 died, or approximately 8% of the province's population.

ROSARIO

Murieron 1.256 personas lo que representó aproximadamente el 2,50% de la población.

A total of 1,256, or approximately 2.50% of the population, died during the outbreak.

TUCUMÁN

La epidemia provocó el 4,7% de muertes sobre el total de la población.

The outbreak led to the death of 4.7% of the population.

MENDOZA

La mortalidad alcanzó al 7% de la población.

The mortality rate was 7% of the entire population.

LA ÚLTIMA EPIDEMIA

La última epidemia de cólera en la Argentina se inició en 1992, y finalizó en 1999. Se notificaron un total de 4.834 casos. Durante los primeros cinco meses de 1996, Argentina sufrió una epidemia de cólera que alcanzó su punto máximo durante el mes de febrero, concentrada principalmente en la provincia de Salta. La epidemia ocasionó un total de 422 casos y 5 defunciones, notificando su último caso el 25 de mayo. Durante el mes de octubre, otro brote incrementa el acumulado anual a 474 casos, es decir 2,5 veces más que el total de 1995, que fue de 188 casos. Hasta el 15 de febrero de 1997 un total de 405 casos han sido notificados, de los cuales el 95% pertenece a la zona de Salta y Jujuy fronteriza con Bolivia.

Actualmente, la Comisión Nacional de Prevención y Control del Cólera viene realizando la programación y coordinación de acciones conjuntas en áreas de frontera, el intercambio y análisis de información, promoviendo reuniones de las comisiones locales de frontera, definiendo las estrategias para la prevención y el control en poblaciones de riesgo. Además, se ha realizado supervisión y colaboración para el manejo de casos, el diagnóstico de laboratorio, capacitación del personal de salud, control de alimentos y las obras de saneamiento básico necesarias en las zonas de riesgo.



Vendedor de aves y pescados,
año 1875. Hacia el fin de siglo
los vendedores callejeros ya eran
mayoritariamente inmigrantes.
Atribuida a Christiano Junior.
Archivo General de la Nación.

Poultry and fish salesman, 1875.
By the end of the century, most
street vendors were immigrants.
Attributed to Christiano Junior.
National Archives



BUENOS AIRES, 1871

That year, the city of Buenos Aires was the seat of the national government, under President Domingo Faustino Sarmiento, as well as the government of Buenos Aires province, under Emilio Castro, and the city government, in the hands of Narciso Martínez de Hoz.

The city was beginning to grow rapidly: a streetcar that went from Recoleta to Plaza de la Victoria was opened. The Gas Company and the National Bank had been founded. The waterworks was in the process of being built, and there were not yet drainage or water-provision systems. Most of the population still got its water from wells or bought it from water boys who fetched water from the river; there were constant complaints of dirty water.

Housing construction was not able to keep pace with immigration, and of 19,000 urban homes, 2,300 were made of wood or of mud and straw.

The city's health care system was also precarious, and overcrowded immigrant neighborhoods were the focal points of infectious disease. Due to the lack of a sewage system, human waste ended up in cesspools, which then contaminated groundwater. According to the first Argentine census, which took place in 1869, the city of Buenos Aires had 177,787 inhabitants, of whom 88,126 were foreigners. Of those, 44,233 were Italian and 14,609 Spanish.

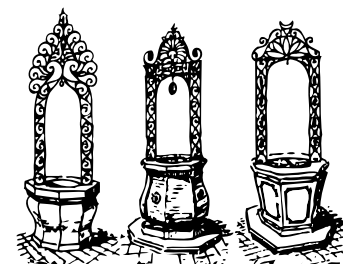
BUENOS AIRES, 1871

En ese año coexistían en la Ciudad de Buenos Aires el Gobierno Nacional, presidido por Domingo Faustino Sarmiento, el de la Provincia de Buenos Aires, a cargo de Emilio Castro, y el municipal, en manos de Narciso Martínez de Hoz. La ciudad comenzaba a crecer: se había inaugurado el tranvía de la Recoleta a la Plaza de la Victoria. Se habían fundado la Compañía de Gas y el Banco Nacional. El sistema de aguas corrientes recién estaba naciendo, y no tenía ningún método de drenaje ni de suministro. La mayoría de la población se proveía de agua de los pozos o la compraba a los aguateros que la sacaban del río; las quejas por su suciedad eran constantes.

La construcción no había avanzado acorde a la inmigración y de 19.000 viviendas urbanas, 2.300 eran de madera o de barro y paja.

La ciudad era precaria en lo sanitario, y el hacinamiento de los inmigrantes provocaba numerosos focos infecciosos. Dado que se carecía de un sistema de cloacas, los desechos humanos acababan en los pozos negros, que terminaban contaminando las napas de agua.

El primer censo argentino de 1869 había registrado en la ciudad de Buenos Aires 177.787 habitantes, de los cuales 88.126 eran extranjeros, y de éstos 44.233 eran italianos y 14.609 españoles.



Los aljibes eran la principal fuente de provisión del agua de consumo.

Wells were the main source of water



Lavanderas sobre las costas del río de la Plata, año 1877. Esta tarea estuvo durante mucho tiempo a cargo de mujeres negras. Atribuida a Christiano Junior. Archivo General de la Nación.

Washerwomen on the banks of the Río de la Plata, 1877. For a long time, black women performed this work.

Attributed to Christiano Junior. National Archives



Cementerio de Concepción del Uruguay, Entre Ríos.

Cemetery of Concepción del Uruguay, Entre Ríos

“Tranvía fúnebre”. La Porteña, nuestra primera locomotora, estuvo afectada al servicio que partía de la estación Bermejo, ubicada en Corrientes y Ecuador, y transportaba a los muertos hasta el recién inaugurado Cementerio de la Chacarita. Antonio Pozzo. Archivo General de la Nación.

“Funeral Streetcar.” The first locomotive in Buenos Aires, La Porteña, was reserved for transporting the victims. It departed from Bermejo Station, at Corrientes and Ecuador, and carried the dead to the newly opened Chacarita Cemetery. Antonio Pozzo., National Archives

DEATH ROAMS THE STREETS

Starting in 1850, yellow fever was endemic to a large portion of Brazil. In late 1870, the disease appeared amongst Brazilian soldiers stationed in Asunción. Shortly thereafter, cases were detected in Corrientes and Rosario. The reason for the outbreak is believed to be the influx of soldiers and prisoners returning from the war against Paraguay. In Corrientes, 2,000 of the city’s 11,000 inhabitants fell to the disease. In late summer 1871, yellow fever hit Buenos Aires, eventually killing 8% of the city’s inhabitants. The city was paralyzed. Entire neighborhoods were abandoned. Full to capacity, the Southern Cemetery was closed and the city government purchased seven hectares in the Chacarita de los Colegiales neighborhood to build a new cemetery. Two journeys a day on the Western Railroad line were used solely to transport the dead. And thus Chacarita Cemetery, as described in the following poem by Jorge Luis Borges, came into being:

*The core of the Southern Cemetery
Was satiated with yellow fever until it said uncle;
The deep conventicles of the Southside
put death on Buenos Aires’ face
and Buenos Aires could not look upon it
so they shoveled you open
far out west
behind dirt storms
and the heavy primordial ruck of teamsters*



LA MUERTE CAMINA EN LAS CALLES



Desde 1850 la fiebre amarilla era endémica en una amplia zona de Brasil. A fines de 1870 se manifiesta en los soldados brasileños que estaban en Asunción. En poco tiempo se detectan casos en Corrientes y en Rosario. Se cree que el motivo es la afluencia de soldados y prisioneros que regresaban de la guerra del Paraguay. En Corrientes, de 11.000 habitantes que tenía la ciudad, mueren 2.000. A fines del verano del '71, la fiebre amarilla se instala en Buenos Aires, provocando la muerte del 8% de los porteños.

La ciudad se paralizó, hubo barrios que se despoblaron. El Cementerio del Sur, atestado, fue clausurado y la Municipalidad compró siete hectáreas en la Chacarita de los Colegiales y habilitó un nuevo cementerio. El Ferrocarril Oeste realizaba dos viajes diarios transportando muertos. Así nació el cementerio de la Chacarita. Jorge Luis Borges le dedicó un poema a su creación:

*Porque la entraña del Cementerio del Sur
fue saciada por la fiebre amarilla hasta decir basta;
porque los conventillos hondos del sur
mandaron muerte sobre la cara de Buenos Aires
y porque Buenos Aires no pudo mirar esa muerte, a paladas te abrieron
en la punta perdida del oeste, detrás de las tormentas de tierra
y del barrial pesado y primitivo que hizo a los cuarteadores.*

Cementerio de la Chacarita.
Entrada principal y una de sus
capillas.
[Archivo General de la Nación.](#)

Chacarita Cemetery. Main entrance
and one of the chapels.
National Archives



Jorge Luis Borges



Los inmigrantes en el puerto del
Riachuelo, año 1877.
Christiano Junior.
[Archivo General de la Nación.](#)

Immigrants at the Riachuelo port,
1877.
Christiano Junior
National Archives

THE BEGINNING OF THE HORROR

In late February 1871, Dr. Eduardo Wilde, Director of the National Department of Hygiene and Health, confirmed that there was in fact a serious outbreak. City government authorities, however, were in the midst of the preparations for the Carnival festivities and paid him no mind. When, in March, forty people were dying of yellow fever every day, indifference turned to horror. The diary of Mardoqueo Navarro, a survivor of the epidemic who kept close record of its course, evidenced the horror.

His chronicle is almost telegraphic:

January 27th- According to the City's official listings, 4 dead from other ailments, none from yellow fever.

February 23rd - It's a yellow fever epidemic (Wilde). Dr. Luque studies the situations and says it is not yellow fever.

February 24th - The fever goes from San Telmo to the Socorro. After the excitement of Carnival comes calm, which is followed by panic.

March 2nd - The dances were banned after they had already taken place.

EL COMIENZO DEL HORROR

A fines de febrero de 1871 el Dr. Eduardo Wilde, Director del Departamento de Higiene y Obras de Salubridad de la Nación, asegura que se está en presencia de un brote febril; las autoridades municipales están ocupadas preparando las fiestas del Carnaval y no lo escuchan. Cuando en el mes de marzo se registran 40 muertes por día, la indiferencia da paso al espanto. El diario personal de Mardoqueo Navarro, un sobreviviente que llevó el registro de toda la epidemia, dio cuenta del horror.

La crónica es casi telegráfica

Enero 27.- Según las listas oficiales de la Municipalidad, 4 de otras fiebres, ninguna de la amarilla.

Febrero 23.- La epidemia es fiebre amarilla (Wilde). El Dr. Luque estudia y dice. No es fiebre amarilla.

Febrero 24.- La fiebre salta de San Telmo al Socorro. Pasada la locura carnavales, viene la calma y a ésta sucede el pánico.

Marzo 2.- Prohíbense los bailes después que pasaron.



Conventillo que quedaba en Piedras 1268, Buenos Aires. Contaba con 104 piezas donde vivían más de 500 personas, año 1902.
[Archivo General de la Nación.](#)

Boarding house at 1268 Piedras Street, Buenos Aires. Over 500 people lived in its 104 rooms, 1902.
 National Archives



Doctor Eduardo Wilde, Director del Departamento de Higiene y Obras de Salubridad de la Nación.

Doctor Eduardo Wilde, Director of the National Department of Hygiene and Health Projects

1871

Los hospitales colman su capacidad. Los médicos no dan abasto.

Hospitals were full beyond capacity. The doctors were overwhelmed

The epidemic moved beyond the boarding houses of San Telmo and began to strike more affluent families from the northern section of the city. Dances were prohibited. All families of means left their houses in the city. Public offices were closed and the city was brought to a standstill. The general hospitals for men and women, the Italian Hospital and the Orphanage were full beyond capacity. The sixty doctors who stayed in town, along with a handful of nurses and undertakers, could not meet the demand.

The port was under quarantine, and bordering provinces do not allow people or merchandise from Buenos Aires in.

By the end of the first week of March, one hundred people were dying a day, and President Domingo Faustino Sarmiento left the capital city for the town of Mercedes in the Buenos Aires province. “There is a certain cowardice,” writes the daily La Prensa, “that suggests that he is a mere teacher and of what he will be able to do in the future in the high command that the people have entrusted to him”.

Mardoqueo Navarro writes:

March 7th -

Everything is aimed at combating focal points and the focal points are everywhere. The people are fleeing. Rentals outside the city have reached astonishing levels.

March 8th -

There are no hospitals. There are no undertakers. There are thousands of focal points. Depopulation.

March 9th -

With the Senate on recess and the president taking no authority, the government fails to respond to the situation. District judges, and even doctors, flee.

March 11th -

The Republic clamors for a meeting. “La Nación” newspaper cries out: Revolution. Dr. French died on the 10th. The clergy prays and the plague continues to claim victims.

March 19th -

Doctors provide prescriptions without leaving their offices. The President flees. Legislators, judges, city employees, and other officials flee every day with no consequences.

La peste desborda a los conventillos de San Telmo para comenzar a golpear a las familias acomodadas del Norte. Se prohíben los bailes. Todas las familias pudientes abandonan sus casas, se cierran las oficinas públicas y la ciudad se va paralizando. Los hospitales generales de Hombres, de Mujeres, el Italiano y la Casa de Expósitos colman su capacidad. Los sesenta médicos que se quedaron, igual que el puñado de enfermeras y sepultureros, no dan abasto.

El puerto es puesto en cuarentena y las provincias limítrofes impiden el ingreso de personas y mercaderías procedentes de Buenos Aires.

La primera semana de marzo cierra con cien fallecimientos diarios, y el presidente de la Nación, Domingo Faustino Sarmiento, se aleja a la ciudad bonaerense de Mercedes. *“Hay ciertos rasgos de cobardía —manifiesta el diario “La Prensa”— que dan la medida de lo que es un magistrado y de lo que podrá dar de sí en adelante, en el alto ejercicio que le confiaron los pueblos”.*

Mardoqueo Navarro escribe:

Marzo 7.-

Todo es contra los focos y todo es ahora un foco. La población huye. Alquileres fabulosos afuera.

Marzo 8.-

No hay hospitales. No hay sepultureros. Focos hay mil. Despoblación.

Marzo 9.-

Los gobiernos. Sin senado el uno, sin autoridad el otro, no responden a la situación. Huyen jueces curiales y aún médicos.

Marzo 11.-

“La República pide meeting. “La Nación” grita: Revolución. El Dr. French murió el 10. El clero hace rogativas y la peste víctimas.

Marzo 19.-

Médicos que recetan desde el estudio. El Presidente huye. Legisladores, jueces, municipales, etc., todos huyen cada día gratis.



Comisión Popular de Higiene de Buenos Aires y placa que conmemora a sus caídos durante la epidemia.

Buenos Aires Health Commission and the plaque commemorating members who died during the epidemic



A DEATH FORETOLD

In early 1870, some isolated cases of yellow fever were reported in Corrientes. The outbreak had begun in Paraguay with prisoners of war who had returned from Brazil. In Paraguay, approximately 1,000 people died of the disease. José M. Frías, Argentina Consul in Río de Janeiro, reported that many cases had been reported in that city.

The Public Hygiene Council requested a 10-day quarantine for boats from the affected region.

Arriving vessels were made to anchor at the Pontoon Bridge “Vigilante,” whose captain was given the Bill of Health. The medical examination was performed by Dr. Pedro Mallo, from the Maritime Health Council, whose president was Coronel Bustillo, Chief Captain of the Port. If the doctor found anyone with disease, the ship had to be quarantined in the Buenos Aires or Ensenada port, where a lazaretto had been set up.

Starting in February, Mallo sent several vessels to the Ensenada port. In March, inexplicably, the Minister of War and the Navy, Martín de Gainza, ordered that the quarantine on two vessels be lifted and their merchandise unloaded. In response, Mallo resigned.

The city government was at a loss and, thanks to a press campaign organized by Evaristo Carriego, on March 13th thousands of residents converged on the Plaza de la Victoria (now the Plaza de Mayo) to appoint a popular public health commission. The next day, the lawyer José Roque Pérez was appointed president of the commission and the journalist Héctor F. Varela, vice-president. Other members included the vice-president of the nation, Adolfo Alsina; Adolfo Argerich; the poet Carlos Guido y Spano; Bartolomé Mitre; the Cathedral priest Domingo César; the Irish priest Patricio Dillon (who died in the epidemic), and Carriego himself, who requested:

“With so many fleeing, may even a few stay on despite the danger, to come to the aid of those who have no means of obtaining medical attention.”

The commission saw to it that the people living in boarding houses were evicted and their belongings burned to combat contagion. This situation was particularly tragic when the former residents of the boarding houses were poor immigrants who did not speak Spanish, and hence did not understand the reasons for the measures. In early April, 400 people died from yellow fever; the outbreak seemed unstoppable and the commission requested that all boarding houses be burned down. When, on April 9th, 501 people died in a single day, the commission directs the community to *“...leave the city as soon as possible.”*

On April 10th, the epidemic peaked, with 563 dead.

Mardoqueo Navarro writes:

April 10th - 563 deceased, terror. All public offices closed. Flight

April 11th - ...Reign of terror

April 12th - ...Murders. Looting

April 15th - Thieves in carriages. Orphans.

On April 10, the day when the most people died, both the national and provincial governments closed all public offices until the end of the month. In fact, this simply meant making a de facto situation official. Buenos Aires was dying a slow death... Businesses were closed and the streets deserted. There were not enough doctors and people died without receiving any care whatsoever. Those who could flee did as coffins piled up at street corners. Vehicles assigned a set route carried all the coffins they found along their way, and the growing number of cadavers were wrapped in sheets or rags as garbage carts became funeral carriages. Mass graves were established. Looting and robberies occurred in broad daylight.

La Municipalidad no supo manejar la situación y por esto el 13 de marzo, gracias a una campaña periodística iniciada por Evaristo Carriego, miles de vecinos se congregaron en la Plaza de la Victoria (actual Plaza de Mayo) para designar una comisión popular de salud pública. Al día siguiente se decidió que el abogado José Roque Pérez fuese su presidente y el periodista Héctor F. Varela su vice. También la conformaban, entre otros, el vicepresidente de la Nación, Adolfo Alsina, Adolfo Argerich, el poeta Carlos Guido y Spano, Bartolomé Mitre, el canónigo Domingo César, el sacerdote irlandés Patricio Dillon (que falleció en la epidemia) y el mismo Carriego, que pedía:

“Cuando tantos huyen, que haya siquiera algunos que permanezcan en el lugar del peligro, socorriendo a aquellos que no pueden proporcionarse una regular asistencia.” La comisión se encargaba de sacar a la calle a quienes vivían en los conventillos, y se quemaban sus pertenencias para impedir los contagios. La situación era trágica cuando los desalojados eran inmigrantes humildes que aún no hablaban bien el español, y por lo tanto no entendían las razones de tales medidas. A comienzos del mes de abril mueren 400 enfermos, la peste parece imparable y la comisión pide que sean incendiados los conventillos, y cuando el 9 de abril mueren 501 personas, se dirige a los vecinos diciendo: *“...abandonen la ciudad. Aléjense de ella lo antes posible”*.

El día 10 fue el pico máximo de la epidemia, con 563 muertes.

Mardoqueo Navarro, escribió:

Abril 10.- 563 defunciones, terror. Feria. Fuga

Abril 11.- ... Reina el espanto

Abril 12.- ...Asesinatos. Salteo

Abril 15.- Ladrones con carros. Numerosos huérfanos.

El 10 de abril, día del pico de fallecidos, los gobiernos Nacional y Provincial decretaron feriado hasta fin de mes, lo que en realidad no era más que oficializar lo que de hecho estaba sucediendo. Buenos Aires moría lentamente...

Los negocios cerrados, las calles desiertas, la falta de médicos, los muertos sin asistencia, huye el que puede, los ataúdes se apilan en las esquinas. Coches con recorrido fijo transportan todos los cajones que encuentran, los cadáveres, cada vez en mayor cantidad, son envueltos en sábanas o simples trapos, y los carros de basura se convierten en coches fúnebres. Se inauguran las fosas colectivas. Hay saqueos y asaltos a viviendas a plena luz del día.

UNA MUERTE ANUNCIADA

A principios de 1870 se tuvieron noticias de que se habían registrado en Corrientes algunos casos de fiebre amarilla. La epidemia se había iniciado en Paraguay, donde llegó a través de prisioneros de guerra devueltos por el Brasil. Se produjeron en Paraguay alrededor de 1.000 defunciones. Se sabía también, a través de lo que informaba José M. Frías, Cónsul General en Río de Janeiro, que se habían registrado numerosos casos en esa ciudad.

El Consejo de Higiene Pública pidió que se aprobara una cuarentena de 10 días para los barcos procedentes de la zona afectada.

Las naves que arribaban debían anclar junto al Pontón Estacionario “Vigilante”, a cuyo capitán se entregaba la Patente de Sanidad. La visita médica la efectuaba el Dr. Pedro Mallo, médico de sanidad de la Junta Sanitaria Marítima, presidida por el coronel Bustillo, Jefe de la Capitanía del Puerto. Si el médico de sanidad detectaba enfermos, la nave debía permanecer en cuarentena en el puerto de Buenos Aires o en el de Ensenada, en el cual se había instalado un lazareto.

Desde febrero, Mallo remitió varios navíos al puerto de Ensenada. En marzo, inexplicablemente, el Ministro de Guerra y Marina, Martín de Gainza, ordenó que se levantase la cuarentena de dos naves y se desembarcaran sus mercaderías. Debido a esto, Mallo renunció a su cargo.



Monumento en memoria a los
caídos por la epidemia de fiebre
amarilla de 1871 ubicado en
el barrio de Parque Patricios,
Buenos Aires.
Manuel Ferrari, 1873.

Monument to those who died in the
1871 yellow fever epidemic in the
Parque Patricios neighborhood of
Buenos Aires.
Manuel Ferrari, 1873.

Después del día pico la cifra comenzó a descender, ayudada además por los primeros fríos del invierno, hasta llegar a 89, pero a fin de mes se produjo un nuevo pico de 161 muertes. El mes terminó con un saldo de 8.000 muertos. Los decesos disminuyeron en mayo. A mediados de ese mes la ciudad recuperó su actividad normal, y el día 20 la comisión dio por finalizada su misión. El 2 de junio ya no se registró ningún caso. Mardoqueo Navarro escribe:

22 de junio: La epidemia: olvidada. El campo de los muertos de ayer es el escenario de los cuervos de hoy: Testamentos y concursos, edictos y remates son el asunto ¡¡¡AY DE TI, JERUSALEN!!!

La cifra oficial de víctimas es aún hoy tema de discusión, pero la más verosímil sería la que da la Asociación Médica Bonaerense en su revista aparecida el 8 de junio de 1871: 13.614 muertos. La fiebre amarilla nunca más volvería a la ciudad.

After that peak, the death rate began to descend, partly due to the first colder days of winter. Though the number of deaths gradually declined to eighty-nine per day, there was another peak of 161 at the end of the month. The death toll had reached 8,000 by the end of the month.

That number decreased in May and, by the middle of the month, life in the city was getting back to normal. On May 20th, the commission brought its activities to a close. On June 2nd, there were no recorded cases of yellow fever. Mardoqueo Navarro writes:

June 22nd: The epidemic: has been forgotten. Yesterday's field of death is now a land of birds of prey. Wills and bankruptcies, proclamations and properties auctioned off are today's affair. God help us!!!

Even today the total number of victims is subject to debate, but the most accurate number seems to be the one provided by the Buenos Aires Province Medical Association in its newsletter dated June 8, 1871: 13,614 dead. Yellow fever never again struck Buenos Aires.

UNA IMAGEN QUE LO DICE TODO

A PICTURE WORTH A THOUSAND WORDS



JUAN MANUEL BLANES

Pintor uruguayo que vivió en Buenos Aires, realizó un óleo sobre tela (actualmente en Montevideo) llamado "Episodio de la fiebre amarilla."

JUAN MANUEL BLANES

A Uruguayan painter who lived in Buenos Aires, Juan Manuel Blanes made an oil on canvas (currently in Montevideo) entitled "Yellow Fever Outbreak."

El cuadro muestra a una mujer (Ana Bristani), muerta por la fiebre, tirada sobre el piso de un conventillo. Su hijo, un bebé de pocos meses, busca el pecho de su madre. A la derecha, sobre un lecho, se encuentra el cadáver del padre. La puerta del cuarto está abierta y entrando por la misma se observa al doctor Roque Pérez (en el centro) y al doctor Manuel Argerich (a su derecha), miembros de la comisión popular, que luego morirían también de la fiebre. Éste célebre cuadro se convirtió en un emotivo homenaje a quienes dieron su vida intentando salvar las de los demás.

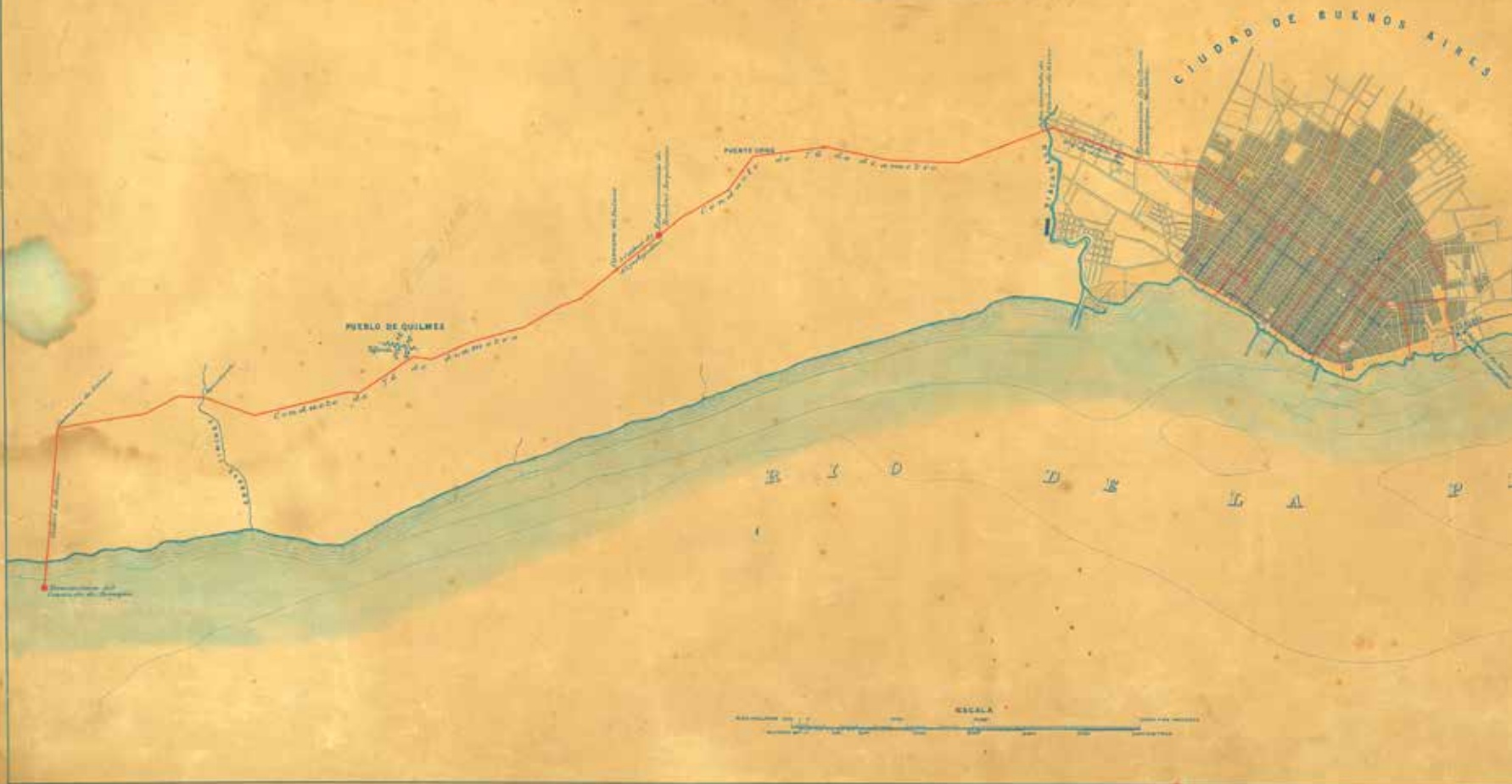
The painting shows a woman (Ana Bristani) who has died of yellow fever lying on the floor of a boarding house. Her son, who is just a few months old, tries to find his mother's breast. On a bed to the right lies the father's dead body. Through the open door to the room walk Dr. Roque Pérez (in the middle), Dr. Manuel Argerich (to his right), and members of the commission who would later die of yellow fever as well. This celebrated painting would become an emotional tribute to those who gave their lives attempting to save others.

MEJORAS DE BUENOS AIRES

PLANO GENERAL DE LAS OBRAS DE SANEAMIENTO, DESACÜE Y PROVISION DE AGUA

NOTA

Las Obras de Saneamiento y Drenaje se indican con líneas coloridas.
La de la Provision de Agua se indica con líneas azules.



1.



2.





A raíz del desastre sanitario producido por la epidemia, se emprenden tareas de saneamiento de la ciudad de Buenos Aires y ciudades del interior.

En la ciudad de Mendoza el plan general estuvo a cargo del sanitarista Emilio Coni.

1.2.3. Planta Potabilizadora de Recoleta del Plan Bateman hacia 1875.

4. Depósito General de las Aguas Corrientes en Riobamba y Av. Córdoba. Ciudad de Buenos Aires.

Archivo General de la Nación, Fototeca Benito Panunzi de la Biblioteca Nacional, Biblioteca Agustín González y Archivo Histórico de AySA.

After the catastrophic epidemic, health care projects were undertaken in the city of Buenos Aires and in cities in the Argentine countryside. In the city of Mendoza, health professional Emilio Coni oversaw the plan.

1.2.3. Water processing plant in Recoleta, Plan Bateman circa 1875.

4. Reservoir of Running Water, Riobamba and Córdoba, City of Buenos Aires.

National Archives, Benito Panunzi Photography Collection at the National Library, Agustín González Library and the Historical Archive of AySA (the waterworks company)



Mausoleo del doctor Francisco Muñiz en el cementerio de la Recoleta realizada por el artista italiano Héctor Ximenes, quien también realizó el de Manuel Belgrano.

Mausoleum of Doctor Francisco Muñiz in Recoleta Cemetery, made by the Italian artist Héctor Ximenes, who also constructed Manuel Belgrano's mausoleum.

1871: LA EPIDEMIA DE FIEBRE AMARILLA

THE YELLOW FEVER EPIDEMIC

Entre las víctimas se encontraron: el ex ministro de Urquiza Luis J. de la Peña, el ex diputado Juan Agustín García, el doctor Ventura Bosch y el pintor Franklin Rawson. También caerían los doctores Francisco Javier Muñiz, Carlos Keen, Adolfo Argerich y el presidente de la comisión popular, José Roque Pérez. Mientras autoridades nacionales y provinciales huían de la ciudad, el clero secular y regular permaneció en sus puestos, asistiendo en sus domicilios a enfermos y moribundos. Sobre los aproximadamente 292 sacerdotes que había en la ciudad de Buenos Aires habría fallecido el 22% del total, frente a los 12 médicos, 2 practicantes, 4 miembros de la comisión popular y 22 integrantes del Consejo de Higiene Pública, según cita el presbítero Jorge Ignacio García Cuerva.

The victims included the former Minister to President Urquiza, Luis J. de la Peña, the former Congressman Agustín García, Dr. Ventura Bosch, and painter Franklin Rawson. Other victims were doctors Francisco Javier Muñiz, Carlos Keen, Adolfo Argerich, and the president of the commission, José Roque Pérez. While national and provincial authorities were fleeing the city, the secular and regular clergy stayed on, attending the sick and dying at their homes. According to clergyman Ignacio García Cuerva, 22 percent of the approximately 292 priests in the city of Buenos Aires at the time died during the epidemic. The figures for other groups involved were much lower: twelve doctors, two medical assistants, four members of the commission, and twenty-two members of the Public Hygiene Council fell victim to the outbreak.

LAS INSTITUCIONES SANITARIAS DESDE 1810 HASTA 1880

HEALTH INSTITUTIONS FROM 1810 TO 1880

As of the May Revolution, the colonial system of government was gradually modified. Little by little the new political institutions materialized: juntas, triumvirates, directorates, and a small number of administrative and judiciary bodies. The construction of the National State was no simple matter and the health care organizations met the same obstacles as the rest of the institutions in the country.

The **Protomedicato** (the examining tribunal for those aspiring to the medical profession) was the only institution in charge of public health in the River Plate, even after 1810. Among the initial actions of the First Junta was—according to a report from Saturnino Segurola—the resolution to make the small pox vaccination compulsory for all the children in the city, as well as for those in the Pergamino region, at the time devastated by an epidemic of the disease. Soon after, Father Saturnino Segurola was appointed **Director General of Vaccination**, a post from which he sent vaccines to all the provinces, making the police responsible for supervising the immunization.

Only three years later, when the Assembly of Year XIII met, the decision to take an institutional measure regarding sanitary matters was made. The resolution was to create the **Military Medical Institute**, conceived to supply the military physicians and surgeons that were so badly needed by the armies fighting for independence. The new organization also inaugurated a School of Medicine, which was headed by Cosme Argerich. Additionally, Dr. Argerich was a professor at the above School, together with his son Francisco and other outstanding physicians, Juan Antonio Fernández, Silvio Gaffarot and Cristóbal Martín de Montúfar. The institute was still functioning in 1820 but a decree issued by the Governor of Buenos Aires, Martín Rodríguez, eliminated it in 1821.

The Institute and the Protomedicato had lived side by side with great difficulty in a country bled white by two wars, one fought for independence and the other, a civil war. The circumstances made it almost impossible to legislate in matters of public health. After the battle of Cepeda (1820), with the defeat of Buenos Aires and federalization as a consequence, the province of Buenos Aires enacted the **Arreglo de la Medicina**, (The Agreement of Medicine) a statute that brought order to public health through a series of regulations that applied until 1852, with varying degrees of firmness.

THE AGREEMENT OF THE MEDICAL TRIBUNAL

Following the promulgation of the statute, the **Medical Tribunal** was created and replaced the Protomedicato in almost every aspect, including the surveillance of the practice of medicine and pharmacy. This was not the case for the educational aspect, since teaching was left to the University of Buenos Aires (founded in 1821), while investigation and post-graduate education fell to the **National Academy of Medicine**.

The Agreement also established the mechanism for awarding degrees and appointing professors and norms for operating pharmacies. The following posts were created in accordance with the Agreement: Forensic Doctor, Section Physician (to provide health care to the poor and to watch over public hygiene), Hospital Physician, Rural Physician (who acted as both forensic doctor and section doctor in rural areas) and Port Physician (who supervised the sanitary defense of the port of Buenos Aires). The Agreement also supervised the administration of vaccines. The port physicians gathered round another institution that gained importance with passing time: the **Sanitary Junta**, which was in charge of verifying incoming ships in order to prevent infectious diseases from spreading.

In the provinces, changes in the institutions did not follow the elimination of the Protomedicato. When the proto-physician disappeared, the town hall appointed an official physician for the city. Córdoba attempted to create a Public Health Council, with wide functions analogous to that of a full health authority, as well as the post of full medical head of department. In Entre Ríos, at the end of the 1840s, a Medical Tribunal was created, similar to the one in Buenos Aires and dedicated mostly to the surveillance of the professional practice of physicians and pharmacists.

A partir de la Revolución de Mayo se comenzó a sustituir el sistema de gobierno colonial. Poco a poco se fueron concretando las instituciones políticas: juntas, triunviratos, directorios. A ellas se sumó un reducido conjunto de entidades administrativas y judiciales. La construcción del Estado Nacional no fue una tarea sencilla, y los organismos encargados de la salud padecieron las mismas dificultades que el resto de las instituciones del país.

El **Protomedicato** continuó siendo la única institución que se ocupaba de la salud pública en el Río de la Plata, aun después de 1810. Entre los actos iniciales de la Primera Junta figuró —según un informe de Saturnino Seguro— la resolución de obligatoriedad de la vacuna antivariólica para todos los niños de la ciudad, además de los del partido de Pergamino, que se encontraba asolado por una epidemia de esa enfermedad. Poco después, el presbítero Seguro fue nombrado **Director General de Vacuna**, cargo desde el cual se preocupó de enviar vacunas a todas las provincias, responsabilizando a la policía de la vigilancia de la inmunización.

Recién tres años más tarde, en ocasión de reunirse la Asamblea del Año XIII, se resolvió tomar una medida institucional en materia sanitaria. Y ésta fue la creación del **Instituto Médico Militar**, pensado para subsanar la necesidad de médicos y cirujanos militares en los ejércitos que luchaban por la independencia. El nuevo organismo también puso en funciones una Facultad de Medicina. Estuvo dirigido por Cosme Argerich, quien además era profesor de la facultad junto a su hijo Francisco y otros médicos destacados: Juan Antonio Fernández, Silvio Gaffarot y Cristóbal Martín de Montúfar. El instituto siguió vigente hasta 1820, y fue suprimido en 1821 por un decreto del gobernador de Buenos Aires, Martín Rodríguez.

El Instituto y el Protomedicato habían convivido a duras penas en un país que se desangraba en medio de dos guerras: una por la independencia y otra civil, lo que hacía casi imposible legislar en materia de salud pública. Tras la batalla de Cepeda (1820) que significó la derrota de Buenos Aires y la federalización, la provincia bonaerense promulgó el **Arreglo de la Medicina**: un estatuto que puso orden en la salud pública a través de una serie de disposiciones que, con mayor o menor fuerza, se aplicaron hasta 1852.

EL ARREGLO DEL TRIBUNAL DE MEDICINA

A partir de este estatuto se creó el **Tribunal de Medicina**, que reemplazó al Protomedicato en casi todas sus funciones, incluida la vigilancia del ejercicio de la medicina y la farmacia. No lo hizo, en cambio, en el aspecto educativo, ya que la enseñanza quedó en manos de la Universidad de Buenos Aires (fundada en 1821), en tanto que la investigación y la educación de post-grado se asignaban a la **Academia Nacional de Medicina**. El Arreglo también estableció el mecanismo para la extensión de títulos y la habilitación de profesores; normas para el funcionamiento de las farmacias; y creó los cargos de Médico de policía, Médico de sección (que asistía a los pobres y velaba por la higiene pública); Médico de hospitales, Médico de campaña (que ejercía las funciones de médico de policía y de sección en las zonas rurales); Médico del puerto (que procuraba la defensa sanitaria del puerto de Buenos Aires). El Arreglo además se ocupó de la administración de la vacuna. Los médicos de puerto se nuclearon alrededor de otra institución que fue ganando importancia con el paso de los años: la **Junta de Sanidad**, que tenía a su cargo la verificación de los barcos que llegaban al puerto, para la prevención de enfermedades contagiosas.

En las provincias, la supresión del Protomedicato no fue seguida por cambios en las instituciones. Cuando desapareció el protomédico, el ayuntamiento designó un médico titular de la ciudad. En Córdoba se quiso crear un Consejo de Salud Pública, con amplias atribuciones análogas a las de una autoridad sanitaria completa, y el cargo de médico titular de departamento. En Entre Ríos, al final de la década de 1840, se creó un Tribunal de Medicina, análogo al de Buenos Aires, dedicado sobre todo a la vigilancia del ejercicio profesional de médicos y farmacéuticos.

EL TRIBUNAL DE MEDICINA

El Tribunal de Medicina y la Junta de Sanidad, aún con escasísimos presupuestos o directamente sin apoyo financiero, continuaron vigentes durante los gobiernos de Juan Manuel de Rosas (1829-1832 y 1835-1852). Recién en 1852, por un decreto de Valentín Alsina (la provincia de Buenos Aires se había separado del resto del país), el Tribunal de Medicina se desdobló en dos organismos: la Academia de Medicina y el **Consejo de Higiene Pública**.

Dos años más tarde, el gobernador Pastor Obligado creaba la **Comisión de Higiene**.

Durante las décadas de 1860 y 1880, algunas ciudades del país fueron azotadas por crueles epidemias (cólera y fiebre amarilla), especialmente Buenos Aires y la zona del Litoral, lo que creó conciencia en las autoridades de que era imprescindible la adopción de nuevas medidas en materia sanitaria. Por eso, en 1880, el presidente Julio A. Roca resolvió crear el **Departamento Nacional de Higiene**, que desde entonces tuvo a su cargo todo lo que se relacionase con la salud en las diversas reparticiones de la Administración Nacional.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE

El flamante departamento se componía de un presidente (el cargo lo ejerció el doctor Pedro Pardo), cuatro vocales del consejo consultivo, cuatro médicos para el servicio sanitario del puerto, un secretario, cuatro guardas sanitarios, un escribiente y un ordenanza.

Deberes y atribuciones del Departamento, según el decreto presidencial.

1º Proponer la reglamentación y la organización del cuerpo médico del ejército y de la armada o las reformas que crea convenientes en las disposiciones vigentes.

2º Proyectar las medidas sanitarias para los puertos o las modificaciones que considere necesario introducir en las existentes.

3º Someter a la aprobación del Gobierno medidas de carácter permanente o transitorias que tengan relación con el mantenimiento de la higiene en el ejército y la armada, las reparticiones todas de la Administración y en los edificios nacionales.

THE MEDICAL TRIBUNAL

The Medical Tribunal and the Sanitary Board, even with very scant budgets or no financial backing whatsoever, continued to work during Juan Manuel de Rosas's governments (1829-1832 and 1835-1852). Only in 1852, through a decree issued by Valentín Alsina (the province of Buenos Aires had split from the rest of the country), the Medical Tribunal was divided into two organizations: the Academy of Medicine and the **Public Hygiene Council**.

Two years later, Governor Pastor Obligado created the **Hygiene Commission**. During the decades between 1860 and 1880, some of the cities in the country were in the grip of cruel epidemics (cholera and yellow fever), particularly in Buenos Aires and the northeastern provinces. This fact made the authorities aware that it was essential to adopt new health measures. Thus, in 1880, President Julio A. Roca took the resolution of creating the **National Hygiene Department**, which from that moment took charge of everything related to health in the various National Administration institutions.

NATIONAL HYGIENE DEPARTMENT

The brand-new department had a president, an office first held by Dr. Pedro Pardo, four members of the advisory council, four physicians for the sanitary services of the port, one secretary, four sanitary guards, one clerk and one office-boy.

Duties and functions of the Department, in accordance with the presidential decree:

1º To propose the ruling and organization of the Army and Navy Medical Corps or the reforms to the regulations in force as the Department deems convenient

2º To plan the sanitary measures for the ports or the modifications to the existing ones the department deems necessary

3º To submit for the Government's approval permanent or temporary measures related to maintaining hygiene in the Army and the Navy, in the institutions of the entire Administration and in national buildings

4º

Tener bajo su jurisdicción y superintendencia todos los servicios de carácter médico o sanitario de la Administración y proveer a su mantenimiento y reforma.

5º

Informar a las autoridades nacionales en caso de consulta y en carácter de perito obligado a los jueces en los juicios médicos legales.

6º

Vigilar el ejercicio legal de la medicina, de la farmacia y demás ramos del arte de curar, con arreglo a las disposiciones vigentes de la Provincia de Buenos Aires, hasta que el Congreso dicte la ley que rija esta materia para la Capital.

7º

Inspeccionar la vacuna y fomentar su propagación en toda la República, en el ejército y en la armada.

8º

Avaluar honorarios en los ramos del arte de curar, en los casos de disconformidad o de consulta.

9º

Inspeccionar las droguerías y farmacias.

10º

Hacer indicaciones a la Municipalidad sobre las faltas de higiene pública que se observen en la ciudad o en los establecimientos de su dependencia y las industrias que puedan dañar la salud pública.

11º

Aconsejar a la autoridad los medios de mejorar la higiene pública en la Capital y las medidas profilácticas contra las enfermedades exóticas, endémicas, epidémicas o transmisibles.

12º

Hacer cumplir todas las disposiciones sobre sanidad en las diversas reparticiones de la Administración. Finalmente, ejercer todas las atribuciones conferidas por disposiciones anteriores a la extinguida Junta de Sanidad.

4º

To keep all medical or sanitary services in the Administration under its jurisdiction and supervision and to provide for their maintenance and reform

5º

To inform the national authorities in cases of consultation and, in the capacity of expert, to inform the judges in medico-legal law-suits

6º

To keep watch over the legal practice of medicine and other branches of the art of healing, as ruled by the regulations of the Province of Buenos Aires in force, until Congress passes a law governing this matter in the capital city

7º

To inspect the vaccine and promote its application in the whole country as well as in the Army and in the Navy

8º

To set the value of fees in the different branches of the art of healing, for cases of dissatisfaction or consultation

9º

To inspect pharmacies and pharmaceutical wholesalers

10º

To point out to the Municipal authorities cases of lack of public hygiene observed in the city or in those establishments or industries that might harm public health

11º

To advise the authorities on the means for improving public hygiene in the Capital city and on the preventive measures against exotic, endemic, epidemic or communicable diseases

12º

To make the sanitary regulations compulsory in the different institutions of the Administration and finally, to exercise the authority granted by regulations prior to the elimination of the Sanitary Junta



LA GENERACIÓN DEL 80 LA ARISTOCRACIA AL PODER

THE '80s GENERATION THE ARISTOCRACY COMES TO POWER

La Generación del 80 gobernó al país desde 1880 a 1916. Procedentes de familias ricas de las provincias y de la capital, en 1880 lanzaron la candidatura a la presidencia de Julio Argentino Roca, general que había dirigido “la Campaña del Desierto” un año antes, y que fue el artífice del modelo de país que ésta representó. El lema de Roca, cuando asumió la presidencia en 1880, fue “Paz y Administración”.

What is known as the '80s generation governed Argentina from 1880 to 1916. Members of wealthy families from the provinces and the city of Buenos Aires, the 80s generation launched the presidential candidacy of General Julio Argentino Roca in 1880. Roca had led “the Desert Campaign” one year earlier. Indeed, he was the intellectual architect of the model for the country that the campaign represented. When Roca took office in 1880, his rallying cry was “Peace and Administration.”



Basados en el pensamiento positivista de Augusto María Comte, suscribían a la idea de que el poder político debía ejercerlo una élite compuesta por hombres de ciencia y de negocios que necesitaban imponer un esquema uniforme de valores éticos a todos los ciudadanos.

Esta generación tuvo a su cargo las más importantes funciones políticas, económicas, militares y religiosas, manteniéndose en el poder durante 37 años mediante el fraude electoral. Ejerció el gobierno hasta la sanción de la Ley Sáenz Peña de sufragio universal, obligatorio y secreto, que marcaría la transición a la Argentina contemporánea.

On the basis of the positivist thought of Augusto María Comte, the '80s Generation believed that political power should be in the hands of an elite, men of science and business with an interest in imposing a uniform set of values on all citizens.

Members of this movement held the most important posts in the spheres of politics, economics, the military and religion. Through election fraud, they were able to maintain power for thirty-seven years until the Sáenz Peña Law was passed, mandating universal and secret suffrage and ushering in the contemporary era.

Familias de la alta burguesía porteña en el Hipódromo de Buenos Aires, año 1903.
Archivo General de la Nación.

Upper middle-class Buenos Aires families at the Buenos Aires race track, 1903.
National Archives

La ley 1420 sancionada en el año 1884 estableció la enseñanza estatal, laica y obligatoria. Archivo General de la Nación.

Law 1420, establishing mandatory secular public education, was passed in 1884.
National Archives



Anti-clerical and largely masons, the '80s generation was largely responsible for separating Church and State with the laws on civil marriage, the civil registry and education, the last of which established public, secular and mandatory elementary school education. In terms of social policy, the movement supported the positivist Comtian vision of order and progress.

IMMIGRATION

From 1875 until 1950, enormous numbers of immigrants arrived from Europe. While this wave of immigration had considerable impact throughout the Americas, it was particularly intense in Argentina due to the magnitude of the arrivals and the relatively small size of the existing local population. Indeed, due to the constant arrival of immigrants from the mid-19th century to approximately 1925, Argentina's population doubled in size every twenty years. According to the 1914 census, over 60% of the population of the city of Buenos Aires was foreign born, mostly Europeans. In the provinces of Buenos Aires, Córdoba and Santa Fe, 30% of the population were European immigrants. More than half of the immigrants settled in the city of Buenos Aires or in Buenos Aires province. In addition to the Rio de la Plata region, Misiones province attracted a large percentage of immigrants: in the early 1940s, 80,000, or 42%, of the total population (around 190,000), were foreigners, mostly Poles, Ukrainians, Germans and Russians.

Anticlericales, masones en general, bajo el impulso de esta generación se terminó de definir la separación entre la Iglesia y el Estado con la sanción de las leyes de Matrimonio Civil, Registro Civil y Educación Común, la última de las cuales estableció la enseñanza primaria pública, obligatoria, gratuita y laica. En lo social, abogaron por los cánones positivistas del lema comtiano de Orden y Progreso.

LA INMIGRACIÓN

A partir de 1875 existió una gran corriente inmigratoria europea, que duró hasta 1950. Esta inmigración tuvo un impacto muy grande en América, pero particularmente intenso en Argentina por la cantidad de población recibida y por los escasos habitantes que existían en el territorio.

La magnitud de la inmigración, constante desde mediados del siglo XIX hasta finalizado el primer cuarto del XX, significó que la población argentina se duplicara cada veinte años. Según el censo de 1914, en la ciudad de Buenos Aires más del 60% de la población era extranjera, en su mayoría de origen europeo, y en las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe el 30% de la población eran inmigrantes europeos.

Más de la mitad se radicó en la ciudad de Buenos Aires o en la provincia del mismo nombre. Fuera de la región litoral, la provincia de Misiones tuvo un alto porcentaje: a comienzos de la década del '40, sobre una población total de 190.000 habitantes, 80.000 (el 42%) eran extranjeros, con predominio de polacos, ucranianos, alemanes y rusos.



Congestionamiento en el Dique 4. Los inmigrantes se apiñan junto a sus equipajes, año 1912. Archivo General de la Nación.

Crowds on Dock 4. Immigrants and their luggage piled up, 1912. National Archives

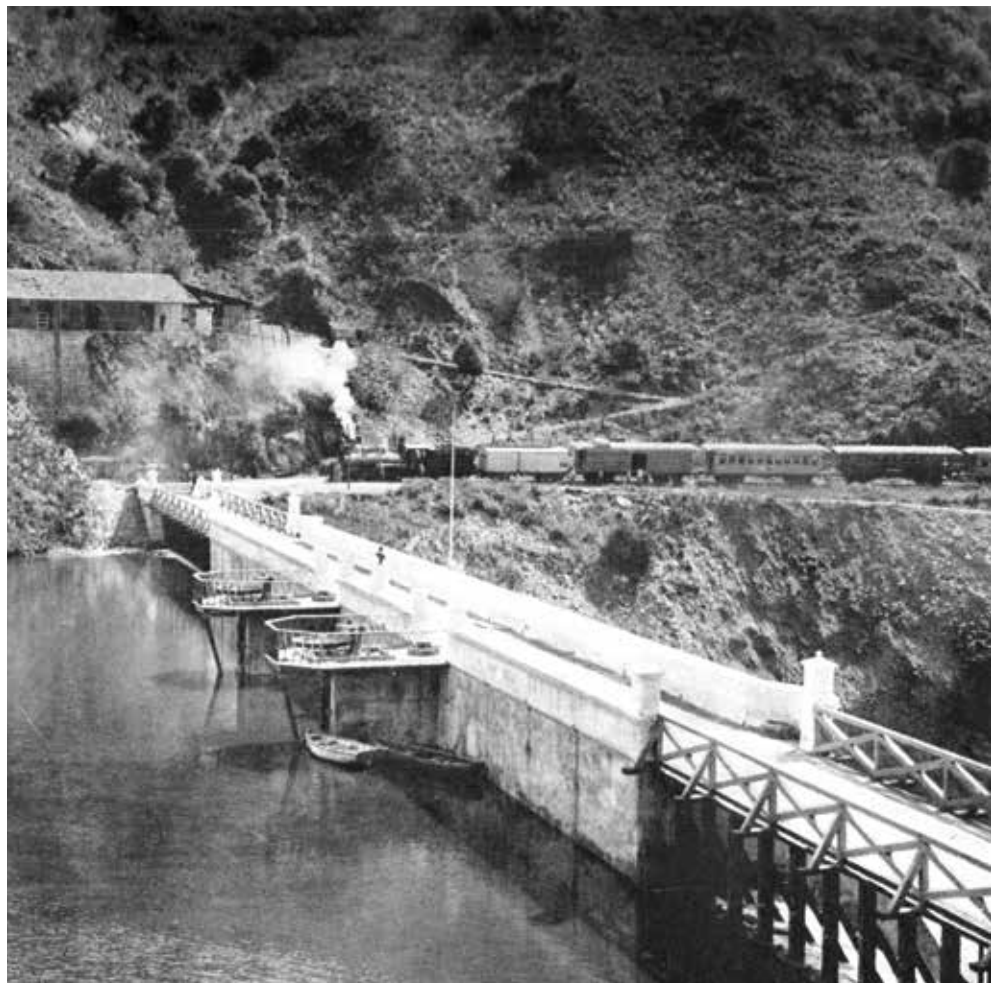


Interior de la Estación Once,
Ciudad de Buenos Aires.
Fototeca Benito Panunzi.
Biblioteca Nacional.

Interior of Once Station, City of
Buenos Aires.
Benito Panunzi photograph library.
National Library

By 1895, 42% of Argentines lived in urban centers, and by 1914 that figure had reached 58%, more than half the population.

Once settled in Argentine cities, immigrants worked in the secondary and tertiary economic sectors. Railway construction, for instance, was a major source of employment. Meanwhile, the government dedicated a great amount of effort to cultural homogenization. Since almost 80% of the immigrants arriving during this period were Spanish or Italian, the government enacted an aggressive social insertion policy based on mandatory elementary education starting in 1884 and one-year obligatory military service starting in 1902; this second measure applied only to natives, many of them children of immigrants. Political integration, however, was more limited. In 1900, only 4% of adults eligible to vote were of foreign origin. The Argentine State's lack of interest in making the recent arrivals citizens was matched by the indifference of foreigners to becoming citizens. After all, many immigrants planned to return to their countries of origin once they had saved enough money.



Dique San Roque, Córdoba.
Fototeca Benito Panunzi.
Biblioteca Nacional.

San Roque Dock, Córdoba. Benito
Panunzi photograph library.
National Library



Estación del Ferrocarril Sud,
La Plata.

Fototeca Benito Panunzi.
Biblioteca Nacional.

Ferrocarril Sud Station, La Plata.
Benito Panunzi photograph library
National Library

Hacia 1895, la población argentina que vivía en centros urbanos alcanzaba el 42% del total, y para 1914 había superado la mitad de la población, llegando al 58%. Instalados en las ciudades, los inmigrantes se integraron en los sectores secundario y terciario de la economía nacional. La construcción del ferrocarril representó una importante fuente de trabajo. Por su parte, el gobierno desplegó un poderoso esfuerzo por lograr la homogeneización cultural. Dado el origen latino de casi el 80% de los llegados en estas oleadas, el gobierno instrumentó una política de educación e inserción forzosa, basada en la obligatoriedad de la enseñanza primaria a partir de 1884, y la conscripción obligatoria durante un año en el Ejército nacional a partir de 1902, sólo para nativos (entre ellos muchos hijos de inmigrantes). La integración política fue reducida; hacia 1900, sólo el 4% de los adultos en condiciones de votar eran de origen extranjero. Al desinterés del Estado argentino en nacionalizar a los recién llegados se sumaba la indiferencia de éstos para hacerlo, pues muchos conservaban la idea de volver a su país de origen luego de ahorrar lo suficiente.

Muelle de La Boca, año 1888. En primer plano el buque de pasajeros Regina Margherita. Samuel Boote. Archivo General de la Nación.

La Boca Dock, 1888. In the foreground, the Regina Margherita passenger ship. Samuel Boote. National Archives



Immigration meant, among other things, social mobility and a determination to “make it in America,” a culture where the mechanism of hard work yielded results in an open society. But there was also a degree of social unrest, partly due to working conditions which, combined with ideas that many immigrants brought over from Europe in the 1880s, gave rise to an organized labor movement, as well as anarchist, socialist and syndicalist movements. This, in turn, led to the most serious conflicts during the period (1880-1914), like the strike of 1909. The State responded with measures like “residency” and “social defense” laws, along with reports on the Argentine working class and attempts to establish a Labor Code. At the same time, immigrant communities began founding mutual societies, like the Unione e Benevolenza, the Club Español and the Hospital Italiano. Years later, Socialist-inspired housing cooperatives like “El Hogar Obrero” were started.

The urban and working-class nature of the immigrant groups was partly responsible for the rise of political, social and trade union-based opposition, which proved crucial to the 20th century.

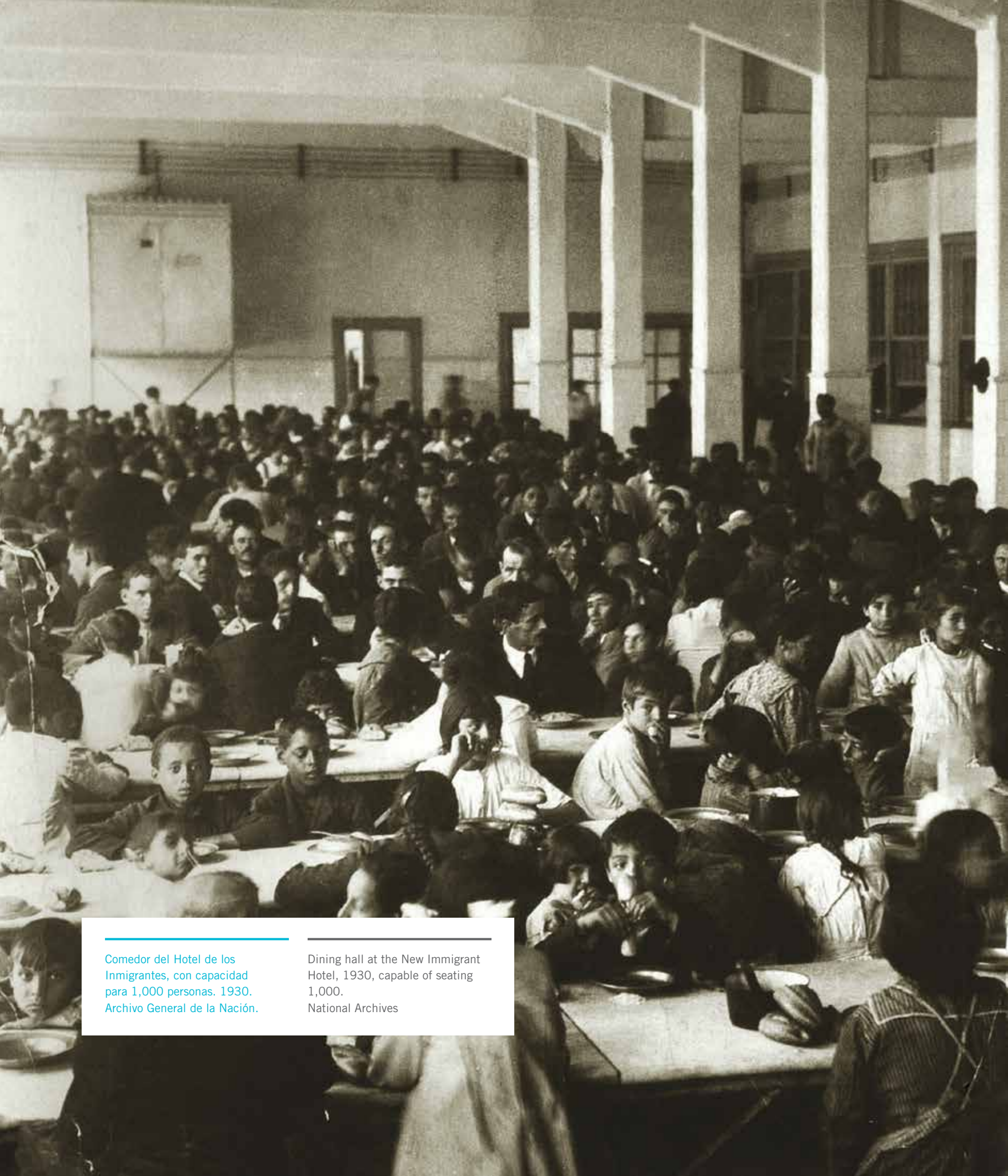


El impacto de la inmigración se expresó en la movilidad social que se estableció y en la concreción del “hacer la América”: la cultura del trabajo y el esfuerzo, como un mecanismo que obtenía resultados en la sociedad abierta que se encontraba. Pero también existió un cierto malestar social, derivado en parte de estas mismas condiciones de trabajo que, sumadas a las ideas que los inmigrantes traían de Europa, posibilitaron el surgimiento del movimiento obrero organizado, como también del anarquismo, socialismo y sindicalismo. Esta consecuencia puede ejemplificarse con los conflictos más relevantes de la época (1880-1914) como la huelga de 1909, y las medidas que tomó el Estado: las leyes de “Residencia” y de “Defensa Social”, junto con los informes sobre la clase obrera argentina y los proyectos de establecimiento de Códigos de Trabajo. Paralelamente, las comunidades de inmigrantes habían comenzado a crear organizaciones de solidaridad mutua, como Unione e Benevolenza, el Club Español, el Hospital Italiano y años después impulsaron la acción de cooperativas de vivienda como “El Hogar Obrero”, de inspiración socialista.

El carácter urbano y obrero de los inmigrantes sería uno de los factores que motivaría la oposición política, sindical y social, cuya participación fue crucial durante el siglo XX.

Vista de los edificios del
Nuevo Hotel de Inmigrantes y
desembarcadero de pasajeros
(Dársena Norte).
Fototeca Benito Panunzi.
Biblioteca Nacional.

View of the buildings in the New
Immigrant Hotel complex and the
arrival of passengers (Dársena
Norte).
Benito Panunzi photograph library.
National Library



Comedor del Hotel de los
Inmigrantes, con capacidad
para 1,000 personas. 1930.
Archivo General de la Nación.

Dining hall at the New Immigrant
Hotel, 1930, capable of seating
1,000.
National Archives

EL HOTEL DE INMIGRANTES

IMMIGRANT HOTEL

Fue construido para recibir, prestar servicios, alojar y distribuir a los miles de inmigrantes que, procedentes de todo el mundo, arribaban a nuestro país.

El complejo estaba conformado por diversos pabellones destinados al desembarco, colocación, administración, atención médica, servicios, alojamiento y traslado de los inmigrantes. Se comenzó a construir en el año 1906, según un proyecto del Ministerio de Obras Públicas, y la construcción estuvo a cargo de la empresa Udina y Mosca. Era una construcción de cuatro pisos, de hormigón armado, con un sistema de losas, vigas y columnas de ritmo uniforme, que dio como resultado espacios amplios dispuestos a ambos lados de un corredor central. Había cuatro dormitorios por piso, con capacidad para doscientas cincuenta personas cada uno, lo que significa que en el hotel podían dormir cuatro mil personas.

Una junta visitaba cada buque que llegaba, para constatar la documentación exigida. El control sanitario lo realizaba a bordo, un médico. La legislación prohibía el ingreso de inmigrantes afectados de enfermedades contagiosas, inválidos, dementes y sexagenarios. La oficina de Trabajo que funcionaba dentro del hotel buscaba ocupación para los inmigrantes y los trasladaba al sitio donde eran solicitados. En la planta baja funcionaba una sucursal del Banco de la Nación Argentina, cuyo propósito era el de facilitar a los recién llegados las operaciones de cambio. El Hospital atendía a los que arribaban afectados, sobre todo, por enfermedades vinculadas a los sucesos del viaje, la mala alimentación y las penurias. En el Hospital había también una sala de lectura y mapas descriptivos de la riqueza nacional.

A los inmigrantes los despertaban las celadoras, muy temprano. El desayuno consistía en café con leche, mate cocido y pan horneado en la panadería del hotel.

Durante la mañana las mujeres se dedicaban a los quehaceres domésticos, como el lavado de la ropa en los lavaderos o el cuidado de los niños, mientras los hombres gestionaban su colocación en la oficina de trabajo. A las tres de la tarde a los niños se les daba la merienda. A partir de las seis comenzaban los turnos para la cena, y desde las siete quedaban abiertos los dormitorios.

Cuando ellos llegaban al hotel, se les entregaba un número que les servía para entrar y salir libremente. El alojamiento, gratuito, era por cinco días. No obstante, este plazo se extendía, en los casos que hiciera falta, el tiempo necesario para su colocación.

En 1990, el hotel fue declarado Monumento Histórico Nacional.

This building was constructed to receive, provide service and housing, and ultimately distribute the thousands of immigrants from around the world who arrived in Argentina.

The complex consisted of a number of pavilions that served different purposes: in-take and placement areas, administrative offices, medical attention and other services, housing and the transportation of immigrants. The Ministry of Public Works commissioned a private company, Udina y Mosca, to construct the building in 1906. The four-story, reinforced concrete building made use of a system of slabs, beams and columns at regular intervals, which yielded large spaces to either side of a central corridor. Each level had four dormitories capable of housing two hundred persons, which meant that the hotel's capacity was four thousand people.

A council visited each arriving vessel to check documentation. A doctor carried out the health inspection on board. Immigrants with infectious diseases, invalids, the mentally ill, and those over the age of sixty were not allowed to enter the country. An employment office in the hotel sought jobs for the immigrants and provided them with transportation. A branch of the Banco de la Nación Argentina operated on the ground floor in order to help the new arrivals exchange currency. At the hospital, those who arrived unhealthy, mostly with ills associated with the journey, malnutrition and abject poverty, were treated. The hospital also contained a reading room and maps with information about the wealth of the country.

The immigrants were awoken very early in the morning by wardens. Breakfast was coffee with milk, mate and bread baked at the hotel's bakery.

In the morning, the women saw to domestic chores like washing clothes in the laundry rooms and taking care of children, while the men looked for work at the employment office. Children were given an afternoon snack at three in the afternoon. Dinner shifts started at six, and after seven o'clock the dormitories were open.

When the immigrants reached the hotel, they were given a number that enabled them to come and go as they pleased. Theoretically, housing was free of charge for five days but that period was extended as necessary.

In 1990, the hotel was declared a National Historical Monument.





Inmigrantes polacos en el viejo Hotel de Inmigrantes, que funcionó entre 1878 y 1911. Archivo General de la Nación.

Polish immigrants at the old Immigrant Hotel, in operation from 1878 to 1911. National Archives

LA RESPUESTA HIGIENISTA DE LA GENERACIÓN DEL 80

La sociedad argentina de fines del siglo XIX caracterizada por la existencia de una oligarquía agrícola ganadera y de amplios sectores sociales signados por la pobreza; el desordenado crecimiento de las ciudades de Buenos Aires y Rosario –merced a la llegada de importantes oleadas de inmigrantes– y el temor a padecer nuevas epidemias como la de fiebre amarilla que había asolado al país en 1871, constituyó el escenario en el que hizo su aparición el higienismo. Este movimiento que se nutría de conceptos de la medicina vigentes en Europa tendientes a la prevención de enfermedades, estaba liderado por médicos, pero también integrado por políticos e intelectuales de identidades políticas e ideológicas diversas.

El hacinamiento en los conventillos y las insalubres condiciones de trabajo en los talleres eran algunas de las expresiones de las insuficientes oportunidades habitacionales y laborales que se ofrecían a los inmigrantes. Estas condiciones constituían una amenaza sanitaria, derivada del riesgo de transmisión de diversas patologías, pero también traían aparejado –según los higienistas– un problema moral: los vicios y “malos hábitos” de los pobres como el alcoholismo, la prostitución o las peligrosas ideas anarquistas.

Es por ello que los higienistas no sólo promovieron la intervención estatal para llevar a cabo obras de saneamiento ambiental, de mejora de la situación habitacional de los sectores populares, sino también la educación de estos sectores para que adoptaran pautas adecuadas de higiene y de vida.



Tareas de desinfección en el puerto.
Archivo General de la Nación.

Disinfection efforts at the port
National Archives

HYGIENISM AND THE '80s GENERATION

Argentine society in the late 19th century was characterized by an oligarchy which had attained its wealth through agriculture and cattle, and large impoverished sectors. It was in the context of the uneven growth of the cities of Buenos Aires and Rosario due to the arrival of large waves of immigrants and the fear of epidemics like the yellow fever outbreak that had ravaged the country in 1871 that hygienism emerged. Based on European ideas about the prevention of disease, the hygienist movement was led by doctors, though politicians and intellectuals with a range of political and ideological positions were also involved. Overcrowded boarding houses and unhealthy working conditions were just some signs of the lack of housing and employment available to immigrants. These situations and others constituted a health threat due to the risk of transmitting various pathologies. But, according to the hygienists, they entailed a risk of a moral nature as well in the form of vices and “bad habits” of the poor like alcoholism, prostitution and dangerous anarchist ideas.

Hence, the hygienist supported public intervention not only as a means to improve the living and working conditions of the poorer classes, but also to educate those sectors and instill in them proper habits in terms of hygiene and life itself.

EL HIGIENISMO DESPLIEGA SU ACCIONAR EN TRES ETAPAS

THREE PHASES OF THE HYGIENIST AGENDA

1870-1880. En esta década el tema son las epidemias, su estudio y las formas de control. El ideario del grupo es fundamentalmente liberal y secularizador. Su norte es el “progreso”. En 1883 se crea la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires a cargo del Dr. Ramos Mejía.

1890-1900. Durante este lapso la atención se centra en las enfermedades infectocontagiosas y las condiciones de vida de los sectores pobres. Se suman al movimiento sectores del socialismo y del catolicismo social.

1900. Desde 1900 en adelante el problema se individualiza en las enfermedades de transmisión sexual y el higienismo avanza en propuestas sociales de carácter preventivo.

1870-1880. During this decade, the main concern was epidemics, and how to study and control them. The underlying philosophy of the hygienist movement was essentially liberal and secular, and its aim “progress.” In 1883, an organization called Public Welfare in the City of Buenos Aires was created. Its director was Dr. Ramos Mejía.

1890-1900. During this period, attention was focused on infectious diseases and the living conditions of the poor. Certain strains of socialism and social Catholicism joined the movement.

1900. Starting in 1900, emphasis was placed on sexually transmitted diseases and a preventative social approach to disease was fostered.



Vagón sanitario del Servicio de Desinfección del puerto, año 1913.
[Archivo General de la Nación.](#)

Carriage of the Port Disinfection Service, 1913.
 National Archives





Casa de la Asistencia Pública, año 1925.
Guardia y consultorio odontológico.
En la página anterior, fachada del edificio,
laboratorio y patio central.
[Archivo General de la Nación.](#)

Public Healthcare Services, 1925.
Emergency room and dental office.
On the previous page, building facade,
laboratory and courtyard.
National Archives



La hipótesis higienista que sostenía que las condiciones del ambiente físico y social eran causantes de enfermedades, que además ponían en peligro a la totalidad de la sociedad, llevó a los protagonistas de este movimiento a desplegar diversas acciones de control sanitario que hicieron especial énfasis en las madres y los niños. Como señala Héctor Recalde en su libro **La higiene y el trabajo**: *“estas acciones sanitarias tendían a la prevención de dolencias de transmisión social en la infancia, incidiendo sobre la lactancia y las enfermedades venéreas mediante el control del embarazo, legislación de nodrizas, controles sistemáticos y divulgación de normas de educación. La madre y la familia se convertían en los agentes de contención del niño. Luego, la escuela toma el lugar de la vigilancia incorporando la revisión médica y el suministro de vacunas, previniendo enfermedades infecto-contagiosas, en particular, la tuberculosis.”* De este modo, la educación y la salud fueron algunos de los dispositivos estatales que posibilitaron avanzar en la respuesta a la pobreza, el riesgo de enfermedades y “los malos hábitos” de los sectores populares a través de un disciplinamiento social tendiente a garantizar, en definitiva, el proyecto de nación de los dirigentes de la Generación del 80.



Asistencia Pública.
Frente principal sobre la calle
Esmeralda.
Archivo General de la Nación.

Public Welfare Office
Main entrance on Esmeralda Street
National Archives

According to the hygienist philosophy, physical and social conditions were responsible for causing disease, and this put society as a whole at risk. As a result, leading hygienists undertook a range of actions focused on mothers and children.

As Héctor Recalde writes in his book **La higiene y el trabajo** [Hygiene and Work]: *“These actions were geared towards preventing socially transmitted disease in childhood. They addressed breastfeeding and venereal diseases by monitoring pregnancy, legislating the use of wet nurses, providing regular check-ups and educational information. The mother and family became the actors responsible for supporting and controlling children. Later, school would become the site of control with the use of medical examinations and the administration of vaccines to prevent infectious diseases, especially tuberculosis.”*

Thus, education and health were among the public devices deployed in attempts to tackle poverty, the risk of disease and the “bad habits” of the working classes. These devices entailed a social disciplining aimed at ensuring the national project espoused by the leaders of the ‘80s Generation.



Médicos preparando las dosis en el Conservatorio Nacional de la Vacuna, dependiente del Departamento Nacional de Higiene, año 1900. Archivo General de la Nación.

Doctors preparing vaccines at the National Vaccination Academy, under the authority of the National Department of Hygiene, 1900. National Archives



Jornada de vacunación en la Asistencia Pública, año 1925. Archivo General de la Nación.

Vaccination drive at Office of Public Health, 1925. National Archives

LA ORGANIZACIÓN NACIONAL (1853-1880)

NATIONAL ORGANIZATION (1853-1880)

1853



Constitución Nacional. La aprobaron los diputados reunidos en Santa Fe luego del Acuerdo de San Nicolás. La única provincia que no la aceptó fue Buenos Aires.

The deputies, assembled in Santa Fe after the San Nicolás Pact, approved the National Constitution. Buenos Aires was the only province not to acknowledge the constitution.

1854



Secesión de Buenos Aires. La provincia se separó del resto del país y formó un Estado aparte. La Confederación fijó su capital en la ciudad de Paraná.

The Buenos Aires secession - The province seceded from the rest of the country and formed a separate State. The Confederation established its capital in the city of Paraná.

1862



Presidencia de Bartolomé Mitre. Una vez reunificado el país, se hizo cargo de él este militar y político que había combatido con Urquiza.

Presidency of Bartolomé Mitre - Once the country was reunified, this military man and politician, who had fought against Urquiza, took charge of the nation.

1856



Valentín Alsina crea la Municipalidad de Buenos Aires y le asigna el cuidado de la higiene pública en su territorio, persistiendo el Consejo de Higiene Pública como institución provincial.

Valentín Alsina creates the Buenos Aires Municipality and assigns it the care of public hygiene in its territory while the Public Hygiene Council persists as a provincial institution.

1859



Hija de padre escocés y madre irlandesa, nace en Buenos Aires Cecilia Grierson, la primera médica argentina.

Cecilia Grierson, the first female physician in Argentina is born in Buenos Aires. Her father was Scottish and her mother Irish.

1860



Se crea la Asociación Médica Bonaerense.

Creation of the Buenos Aires Medical Association

ACONTECIMIENTOS HISTÓRICOS *HISTORICAL EVENTS*

1865



Guerra de la Triple Alianza. El hecho más conmovedor de la presidencia de Mitre fue la intervención de la Argentina en una guerra contra el Paraguay, junto a Uruguay y Brasil.

Triple Alliance War - The most shaking event of Mitre's presidency was Argentina's participation, together with Uruguay and Brazil, in the war against Paraguay.

1868



Presidencia de Domingo Faustino Sarmiento. Su gestión se centró en la promoción de la educación y el desarrollo de las comunicaciones en el país.

Presidency of Domingo Faustino Sarmiento - His administration focused on promoting education and developing means of communication in the country.

1870



Asesinato de Urquiza. El ex presidente de la Confederación fue ultimado en el Palacio San José por una partida de cincuenta hombres. Fue herido de un tiro en la cabeza y rematado con 5 puñaladas.

Urquiza is assassinated - A gang of fifty men killed the former president of the Confederation at Palacio San José. He was first shot in the head and then stabbed five times until he died.

ACONTECIMIENTOS SANITARIOS *SANITARY EVENTS*

1865



Nace en Buenos Aires Enrique Tornú, precursor de la lucha antituberculosa.

Enrique Tornú is born in Buenos Aires, a pioneer of the fight against tuberculosis.

1867



Se desata una epidemia de cólera como consecuencia de la llegada de barcos brasileños. La virulencia del mal demuestra la vulnerabilidad de las ciudades.

A cholera epidemic caused by the arrival of Brazilian ships breaks out. The virulence of the disease shows how vulnerable cities are.

1868



Nace Luis Agote, quien en 1914 lograría con éxito la primera transfusión de sangre citrada en el hombre.

Luis Agote is born. In 1914, he would successfully perform the first human transfusion of citrate-containing blood.

LA ORGANIZACIÓN NACIONAL (1853-1880)

NATIONAL ORGANIZATION (1853-1880)

1874



Presidencia de Nicolás Avellaneda. Asumió en medio de acusaciones de fraude y enfrentando un alzamiento de Bartolomé Mitre, que sofocó en pocos meses.

Presidency of Nicolás Avellaneda – He takes office in the midst of accusations of fraud and confronts an uprising led by Bartolomé Mitre, which he puts down after a few months.

1877



Muere Juan Manuel de Rosas en Southampton, Inglaterra. Había sido el hombre fuerte de Buenos Aires en la primera mitad del siglo XIX.

Juan Manuel de Rosas dies in Southampton, England. He had been the strong man in Buenos Aires in the first half of the 19th century.

1878



Comienza la Campaña al desierto de Roca a la Patagonia, escasamente poblada por descendientes de tehuelches y mapuches.

Roca launches his desert campaign in Patagonia, which had a scant population of tehuelche and mapuche descent.

1870



Una ley nacional crea la administración de las aguas corrientes, cloacas y pavimentación, que se encarga de solicitar proyectos y contratar obras en la ciudad de Buenos Aires.

A national law creates the administration of drinking water, sewers and paving, invites bid for projects and undertakes contracts for building-works in the city of Buenos Aires.

1871



Una terrible epidemia de fiebre amarilla hace estragos en Buenos Aires, cobrándose miles de vidas. El epicentro es el barrio de San Telmo, que se despuebla casi por completo.

A terrible yellow fever epidemic ravages Buenos Aires, claiming thousands of lives. San Telmo is the epicenter and becomes almost entirely depopulated.

1873



Se inaugura el curso de Higiene Pública en la Facultad de Medicina, la cual al año siguiente se integra a la Universidad.

The Public Hygiene course is inaugurated at the School of Medicine, which becomes part of the University the following year.

ACONTECIMIENTOS HISTÓRICOS *HISTORICAL EVENTS*

1880



Presidencia de Julio Roca. Lo acompañó en la vicepresidencia Francisco Madero. Comienza el período gobernado por “la Generación del '80”.

Presidency of Julio Roca, accompanied by Francisco Madero as vice-president – This is the beginning of the period ruled by the “'80s generation”.



ACONTECIMIENTOS SANITARIOS *SANITARY EVENTS*

1879



Se crea una Junta Nacional de Sanidad, que al año siguiente se incorpora a la Junta Provisoria de Higiene. Esta, a su vez, se integra al Departamento Nacional de Higiene, creado por ley de presupuesto.

The National Sanitary Board is created and incorporated into the Interim Board of Hygiene in 1880. The latter, in turn, becomes part of the National Department of Hygiene, created by a budget law.



DIRECCION NACIONAL
ARQUITECTURA

OBRA
SANITARIAS

DESAQU
VEREDAS

ERNESTO E. LEMOS
ARQUITECTO

2 CJ

2 DIC 1953

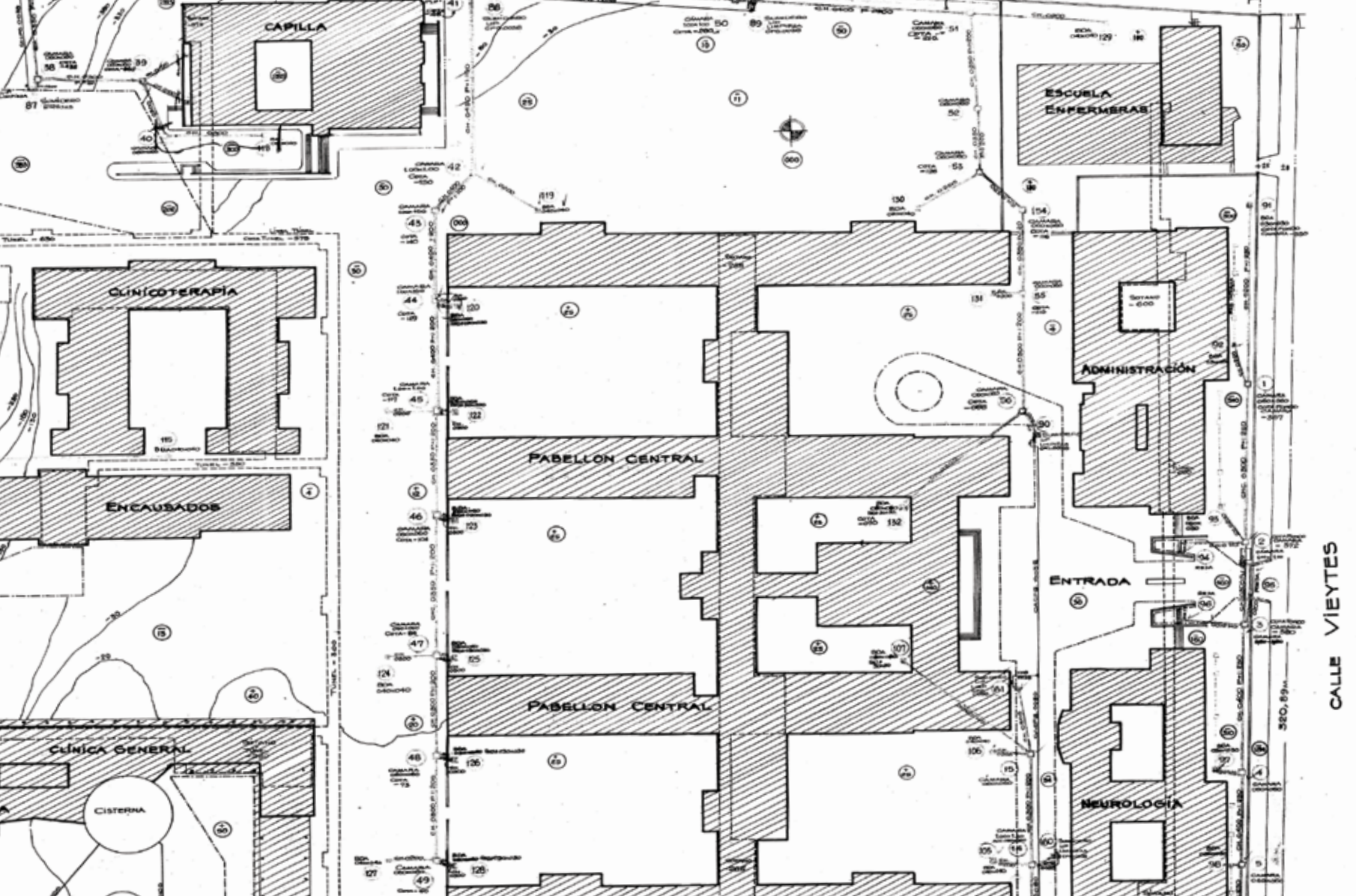
- 1 AL 56 SON CÁMARAS DE 17x1,40 y 0,60x0,60
- 57 AL 90 SON SUMIDORES DE 1 y 2 REJAS.
- 91 AL 132 SON B. DE DESAGÜE: ABERTOS Y CERRADOS
- (133) AL (138) SON C.V.R.F. 0,100.-
- LÍNEAS DE TÚNEL
- LÍNEAS DE CALLES INTERNAS
- (100) COTAS DE NIVEL TERRENO

LAS CONEXIONES DE AGUA CORRIENTES INDICADAS, SORTEN
A LA CISTERNA Y LOS SERVICIOS DE LIMPIEZA DE AL-
BAÑALES Y CONTRA INCENDIO.-



El hospital como institución terapéutica es un hecho relativamente moderno: data de finales del siglo XVIII. Esa transformación constituye el origen de la clínica hospitalaria.

The hospital as a therapeutic institution is a relatively modern phenomenon, dating back to the end of the 18th century. The birth of the hospital marks the beginning of clinical care.



El hospital que existía en Europa desde la Edad Media, según palabras del filósofo francés Michel Foucault, no estaba pensado para curar sino para asistir a los pobres en los momentos finales de su vida. Bajo la administración de las órdenes religiosas, esta institución estaba al servicio de la salvación de las almas: era el sitio donde el moribundo recibía sus últimos auxilios y sacramentos.

According to French philosopher Michel Foucault, the hospital that existed in Europe starting in the Middle Ages was not designed to cure but rather to assist the poor in their final days. Run by religious orders, this earlier hospital was intended to save souls: it was the place where the dying would receive their last rites and sacraments.

Plano del Hospital de Salud Mental José Tiburcio Borda, año 1953.
Centro de Documentación e Investigación de la Arquitectura Pública – CeDIAP.

Floor plan of the Hospital de Salud Mental José Tiburcio Borda, 1953
Center of Public Architecture Documentation and Research– CeDIAP.

Los edificios hospitalarios fueron sufriendo transformaciones a lo largo de los siglos. En gran medida, estas innovaciones se originaron, en un primer período, para atender la demanda de salud y contener las epidemias que se generaban en los mismos establecimientos hospitalarios. En una segunda etapa, a fines del siglo XIX, el enfoque en la construcción de nuevos hospitales o el mantenimiento de los existentes se centró en la optimización de su funcionamiento.

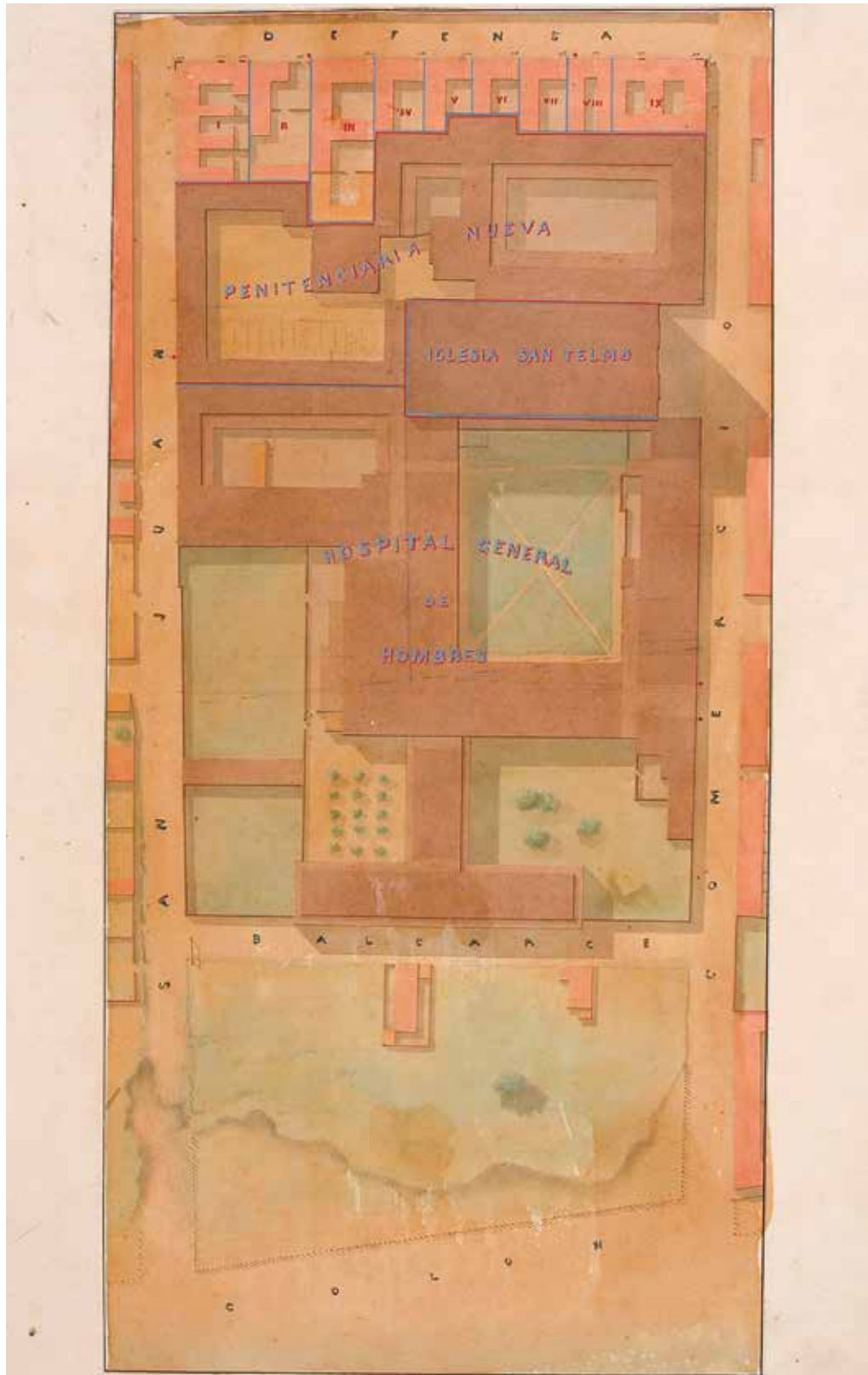
Las líneas evolutivas de edificación fueron:

a) La ***claustral*** —que aparece en el siglo XVI—, surge como imitación de las órdenes monásticas. Es un edificio constituido por dos grupos de salas en forma de crucero separadas por un patio. Estas salas eran tipo cuadra de dos plantas, delimitadas por galerías aporricadas que servían como circulación de pacientes, abastecimientos y médicos. A esta construcción corresponde el hospital Gutiérrez de la ciudad de La Plata, construido en los primeros años del siglo XX. Esta tipología no es adecuada para la función sanitaria porque las salas del edificio, en torno a patios cerrados, impiden el correcto soleamiento y la eficiente ventilación cruzada, generando rincones oscuros que desarrollan agentes patógenos.

Hospital buildings have undergone changes over the centuries. Early on, modifications to hospital premises were an attempt to meet the need for health care and to control the epidemics that broke out in the hospitals themselves. By the late 19th century, however, the construction of new hospitals and the renovations of existing institutions were geared towards optimizing their functioning.

The most important tendencies in the construction of hospitals were:

a) The ***Cloister model*** —which appeared in the 16th century— attempted to imitate monastic orders. These building consisted of two intersecting groups of rooms separated by a courtyard. The square rooms were on two levels and bordered by enclosed walkways where patients, supplies and doctors would circulate. Hospital Gutiérrez, which was built in the city of La Plata in the early 20th century, was constructed according to this model. This structure is not suited to health care institutions, however, because the rooms, built around enclosed courtyards, provide little sunlight and prevent cross-ventilation, thus creating dark corners where germs can fester.



Estilo claustral: el Catastro Beare (1860-1870) muestra la ubicación del Hospital de Hombres en la manzana comprendida por las actuales calles Balcarce, Defensa, México y Chile de la ciudad de Buenos Aires.

Cloister style: the land registry (1860-1870) shows the location of the Hospital de Hombres on the block of what are now Balcarce, Defensa, México and Chile streets in the city of Buenos Aires.

*b) The **pavilion model** (1730 to 1890)*

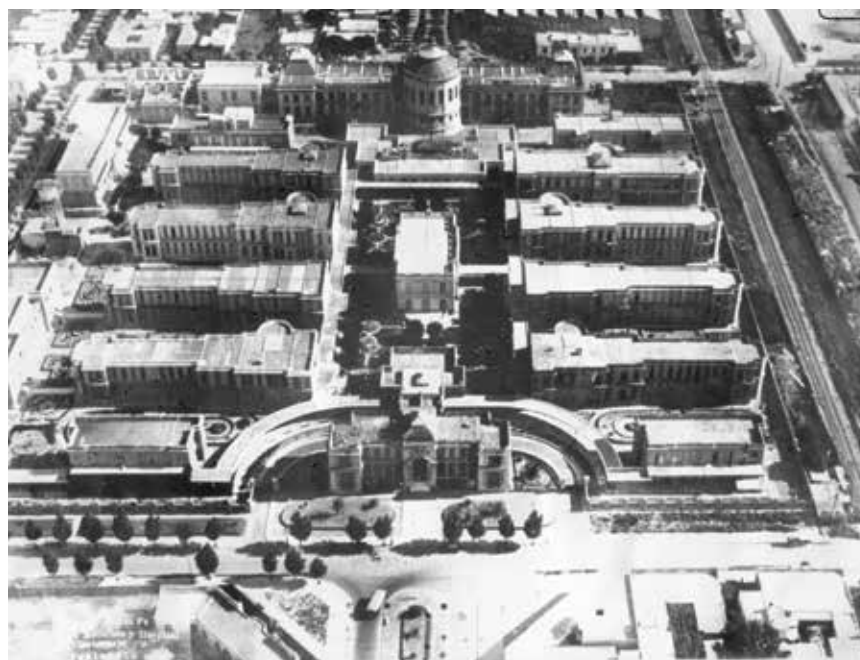
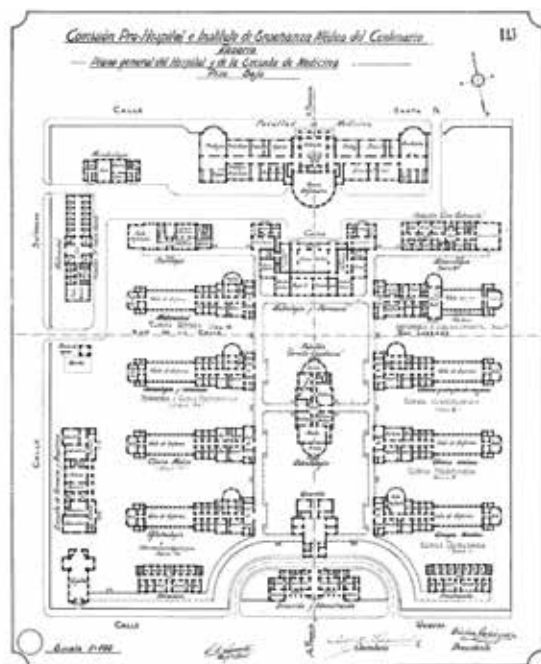
This model is based on the early 19th century French hospital. The ideology underlying these constructions supported isolation for social and health purposes. Such hospitals were organized by religious orders or mutual societies. The constructions consisted of pavilions separated by green areas; the physical layout of the areas assigned to supporting services was decentralized, but these areas were connected by partly enclosed (1854), enclosed (1870) or underground (1890) passageways. This form of construction was devised to separate different pathologies and thus control contagion. The following hospitals make use of this structure: Gral. San Martín, Dr. Alejandro Korn, de Crónicos San Juan de Dios, and Sor María Ludovica.

Buildings of this design were based on hygienist theories that maintained that air was the greatest vehicle for contagion. Thus, different pavilions housed patients with different diseases in a sort of classification-and-separation system; the pavilions were joined by open-air passageway around extensive outdoor grounds. The space between pavilions was sometimes as much as 80 meters. Because it was difficult for doctors, patients and nurses to circulate in these buildings, the model was later adjusted to include semi-enclosed passageways. The best example of this model in Buenos Aires is the old Hospital Italiano building (1890).

Hospital Rivadavia, estilo pabellonal.
Centro de Documentación e Investigación de la Arquitectura Pública – CeDIAP.

Hospital Rivadavia, pavilion style.
Center of Public Architecture Documentation and Research– CeDIAP.





b) La **pabellonal** (1730 a 1890)

Toma como modelo el hospital perfecto francés de principios del siglo XIX; su origen ideológico planteaba el aislamiento social y sanitario y era organizado por órdenes religiosas o instituciones mutuales. Eran pabellones separados por jardines con servicios de apoyo descentralizados, ligados por circulaciones semi-cubiertas (1854), cubiertas (1870) o subterráneas (1890). Esta línea edilicia se proyecta para poder separar las patologías y controlar así los contagios. La tipología es la que adoptaron los hospitales: Gral. San Martín; Dr. Alejandro Korn; de Crónicos San Juan de Dios, y Sor María Ludovica.

Esta idea edilicia se apoyaba en las teorías de los higienistas, que consideraban que era el aire el mayor vehículo de contagio de las enfermedades. Es así que la separación y clasificación de enfermedades se daba en distintos pabellones, articulados por circulaciones descubiertas en torno a extensos parques. La separación de estos pabellones, en algunos casos, alcanzaba los 80 metros. Debido a las dificultades en la circulación de médicos, pacientes y enfermeras, se adoptaron después los pabellones con circulaciones semi-cubiertas. El ejemplo más característico de este modelo es el viejo Hospital Italiano de Buenos Aires (1890).

Hospital Centenario de la ciudad de Rosario, estilo claustral.
Plano y toma aérea.
Centro de Documentación e Investigación de la Arquitectura Pública – CeDIAP.

Hospital Centenario in the city of Rosario, cloister style
Floor plan and aerial view
Center of Public Architecture Documentation and Research–CeDIAP.



c) Los **monobloques** (1932 a 1960)

Surgen a partir del desarrollo de las estructuras de acero y hormigón armado a comienzos del siglo XX, del empleo de la energía eléctrica, del uso del ascensor, de la ingeniería sanitaria y otros desarrollos tecnológicos que caracterizaron la arquitectura del movimiento moderno. En estos edificios el núcleo está ocupado por el conjunto circulatorio vertical (ascensores, montacamillas, montaplatos, montacargas, tubos neumáticos, etcétera) y las dependencias de apoyo, mientras que en las alas se ubicaban las habitaciones de internación. En este tipo de construcción se unifican los servicios específicos del hospital (oxígeno, electricidad, gas nitroso, vacío, etc.) como así los equipos técnicos (calefacción, agua fría y caliente, etc.) y así se gana en eficiencia. Un ejemplo es el Hospital Churruca, o el nuevo edificio del Instituto del Tórax en La Plata.

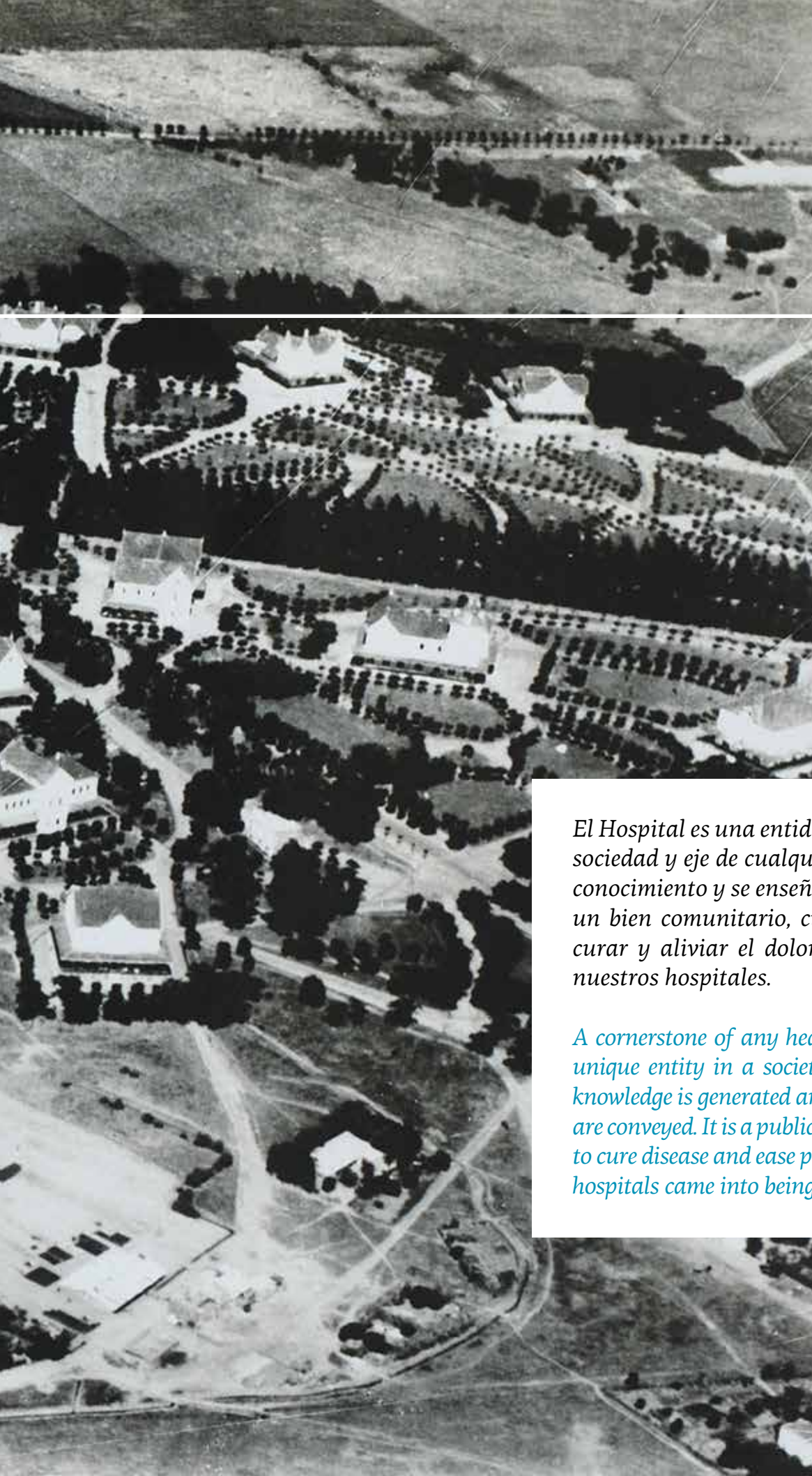
En los años '60 se comenzó a usar el modelo sistémico, el desarrollo de edificios con una flexibilidad total en la planta, sin interferencias de elementos estructurales como columnas, vigas y tabiques, para posibilitar cualquier función o servicio. Este modelo tuvo su auge en la década del '70 con el Hospital Nacional de Pediatría "Dr. Garrahan", de Buenos Aires.

Estilo monobloque: Hospital
Policial Churruca.
[Archivo General de la Nación.](#)

Block-structure style: Hospital
Policial Churruca.
National Archives

HOSPITALES CON HISTORIA
HOSPITALS WITH A HISTORY

M. O. P.
Colonia Nacional de Alienados
Vista aérea
Open Door, Buenos Aires
Julio 1937



El Hospital es una entidad única en la estructura de una sociedad y eje de cualquier sistema de salud. Allí se crea conocimiento y se enseñan los valores de la medicina. Es un bien comunitario, cuya meta es la excelencia para curar y aliviar el dolor de las personas. Así nacieron nuestros hospitales.

A cornerstone of any health care system, the hospital is a unique entity in a society's structure. It is a place where knowledge is generated and the values essential to medicine are conveyed. It is a public good that seeks excellence in order to cure disease and ease pain. It was out of these values that hospitals came into being.

HOSPITALES CON HISTORIA

HOSPITALS WITH A HISTORY

1822

HOSPITAL DE INFECCIOSAS “DR. FRANCISCO JAVIER MUÑIZ” - CIUDAD DE BUENOS AIRES

El 23 de diciembre de 1822, debido a la necesidad de separar a los enfermos, se inauguró la “Casa de Aislamiento” en la antigua Quinta Leslie (actuales calles Azcuénaga y Paraguay). En 1883, el intendente municipal de la Ciudad de Buenos Aires, Torcuato de Alvear, ordenó la construcción de una serie de casillas de madera adonde se trasladaría la Casa de Aislamiento, concretada tres años después por el Director de la Asistencia Pública, Dr. José María Ramos Mejía. El 20 de septiembre de 1901 se inauguró en el Hospital la “Escuela Interna para Niños con Enfermedades Infecciosas” destinada a brindar educación a los pequeños que permanecían reclusos durante los largos tratamientos. En 1904, el Hospital adquirió su nombre actual, en honor al Doctor Francisco Javier Muñiz. En sus más de cien años de existencia, el Hospital Muñiz ha enfrentado todas las epidemias que afectaron a la Argentina.

“DR. FRANCISCO JAVIER MUÑIZ” HOSPITAL FOR INFECTIOUS DISEASES – CITY OF BUENOS AIRES

Due to the need to isolate patients, on December 23, 1822 the “Isolation House” was opened in what was formerly the Quinta Leslie (at what are now Azcuénaga and Paraguay streets). In 1883, Torcuato de Alvear, the Mayor of the City of Buenos Aires, ordered the construction of a group of small wood cabins to move the “Isolation House.” The project took three years to start and was completed under the Director of Public Welfare, Dr. José María Ramos Mejía. On September 20th 1901, the “Boarding School for Children with Infectious Diseases” was opened. Its aim was to provide education to children who were in the hospital for long periods of time. In 1904, the hospital was given its current name, in honor of Doctor Francisco Javier Muñiz. Over one hundred years old, Muñiz Hospital has played a crucial role in handling all the epidemics that have afflicted Argentina.



1823

HOSPITAL SANTA LUCÍA - CIUDAD DE BUENOS AIRES

El primer hospital oftalmológico de América fue creado por el decreto del 2 de enero de 1823 por el gobernador Martín Rodríguez. Estaba administrado por el ministro Bernardino Rivadavia, quien propició la creación del Consultorio Oftalmológico que las Hermanas Hijas de María instalaron en la calle Moreno 932. El 21 de octubre de 1878 se creó el Servicio de Enfermedades de los Ojos que dio origen al Hospital. Inicialmente ocupó un espacio en el Hospital General de Mujeres (hoy Hospital Rivadavia). La internación de los operados se realizaba en la Sala Santa Lucía, de donde proviene el nombre que se mantiene hasta hoy. La Dirección técnica fue confiada al Dr. Pedro F. Roberts, quien fue su primer Director. El constante requerimiento de la atención oftalmológica hizo necesario ampliar las instalaciones, y en 1883 tuvo su propio lugar. Luego de varias mudanzas se instaló en su sede actual de San Juan 2021.

SANTA LUCÍA HOSPITAL – CITY OF BUENOS AIRES

The first ophthalmology hospital in the Americas was created by decree on January 2, 1823 by Governor Martín Rodríguez. It was run by the Minister of Health, Bernardino Rivadavia, who supported the creation of the Ophthalmology Department, which the Daughters of Maria order eventually set up at 932 Moreno Street. On October 21, 1878, the Ward for Eye Diseases –which would later become the Hospital– was started; it was initially housed in the Women's Hospital (currently Rivadavia Hospital). Those who had undergone surgery stayed in the Santa Lucía Ward, from which the hospital gets its current name. The administration of the hospital was entrusted to Dr. Pedro F. Roberts, the institution's first director. Due to the great demand for ophthalmological care, the premises were expanded, and in 1883 it was granted a space of its own. The institution moved a number of times before settling at its current site at San Juan 2021.



HOSPITALES CON HISTORIA

HOSPITALS WITH A HISTORY

1844

HOSPITAL BRITÁNICO - CIUDAD DE BUENOS AIRES

Fue fundado por un grupo de integrantes de la Sociedad Británica de Filantropía, quienes en 1844 adquirieron una casa en la calle Independencia para el Dispensario Médico Británico. Su misión inicial era brindar atención a los residentes de origen inglés. Los primeros médicos en el Dispensario – pronto conocido como Hospital Británico– fueron el Dr. Robinson y el Dr. John Mackenna, quien llevó a cabo en 1847 la primera operación con anestesia general en la Argentina. El hospital tuvo una importante actuación durante la epidemia de fiebre amarilla; uno de sus médicos, el doctor Robert Reid, murió a consecuencia de la peste mientras atendía a los enfermos. Su sede actual fue inaugurada en 1887. Dos años después, el hospital incorporó a la enfermera Elizabeth Eames, del Saint Thomas Hospital de Londres, formada en la escuela de Florence Nightingale y creó en 1890 la Escuela de Enfermería.

BRITISH HOSPITAL – CITY OF BUENOS AIRES

This hospital was founded by members of the British Philanthropy Society, who in 1844 acquired a house on Independencia Street to be used as the British Medical Dispensary. Its initial mission was to provide health care to residents of the city of British descent. The first doctors to work at the Dispensary –which soon came to be known as the British Hospital– were Dr. Robinson and Dr. John Mackenna, who in 1847 became the first doctor in Argentina to perform surgery using general anesthesia. The British Hospital played an important role during the outbreak of yellow fever, and one of its doctors, Robert Reid, died from the disease after having cared for the sick. The hospital has been at its current location since 1887. Just two years later, the British Hospital hired the nurse Elizabeth Eames from Saint Thomas Hospital in London. She had been trained at Florence Nightingale's school. In 1890, the British Hospital's Nursing School was founded.



Hospital Británico.
Frente y Sala de Convalecientes.
Archivo General de la Nación.

British Hospital
Façade and Recovery Ward
National Archives



1852

HOSPITAL ESPAÑOL - CIUDAD DE BUENOS AIRES

El 5 de septiembre de 1852, en el local ubicado en la calle Santa Clara (hoy Alsina 679), inauguraron la Sala Española de Comercio y Asilo de Beneficencia, creando así la primera agrupación española que se constituyó en el Río de la Plata después de la independencia. El 30 de junio de 1872, en un predio adquirido en la calle Belgrano y La Rioja, se procede a colocar la piedra inaugural del edificio del hospital, que demoraría 5 años en su construcción. El lugar quedó oficialmente inaugurado el 8 de diciembre de 1877 bajo el nombre de Hospital Español. Fue puesto bajo la advocación de la Santísima Virgen Inmaculada Concepción de María, patrona de España.

SPANISH HOSPITAL – CITY OF BUENOS AIRES

On September 5, 1852, the Spanish Hall of Commerce and Charity Shelter opened on what was then Santa Clara Street (currently Alsina 679). This was the first Spanish organization established in the Río de la Plata region after Independence. On June 30, 1872, the cornerstone of the hospital was laid on the corner of Belgrano and La Rioja streets; it would take five years to complete construction. The hospital was officially opened as the Spanish Hospital on December 8th, 1877. It was devoted to the Santísima Virgen Inmaculada Concepción de María, patron saint of Spain.

Frente del Hospital Español.
[Archivo General de la Nación.](#)

Façade of the Spanish Hospital
 National Archives

HOSPITALES CON HISTORIA

HOSPITALS WITH A HISTORY



Traslado de enfermos en la nueva sede del Hospital Italiano.
[Archivo General de la Nación.](#)

Patients being moved to the new seat of the Italian Hospital
National Archives

1854

HOSPITAL ITALIANO - CIUDAD DE BUENOS AIRES

El 12 de marzo de 1854 se colocó la piedra fundamental del edificio, ubicado en ese entonces en la calle Santa Rosa (actual Bolívar) esquina Ituzaingó (Caseros), gracias a un gran número de donaciones, incluida la de Su Majestad el rey Vittorio Emanuele II. En 1865, cuando se inicia la guerra con el Paraguay, el Gobierno lo solicita para los heridos. Luego fue utilizado como lazareto durante las epidemias del cólera y la fiebre amarilla. Finalmente, el 8 de diciembre de 1872, se efectúa su inauguración. Con el aumento de la inmigración italiana el edificio no dio abasto, y en 1888 la Municipalidad solicita su traslado a las actuales calles Gascón, Potosí y Perón. El ingeniero Juan Buschiazzo asume la edificación del nuevo hospital. Fue inaugurado el 21 de diciembre de 1901. En 1903 se instala la Escuela de Enfermería y a partir de 1905 el hospital comienza a ser escuela de medicina y cirugía.

ITALIAN HOSPITAL – CITY OF BUENOS AIRES

Thanks to a large number of donations from the likes of his Majesty King Vittorio Emanuele II, the cornerstone for the Italian Hospital's building was laid on March 12, 1854. The hospital was originally located at the corner of Santa Rosa (currently Bolívar) and Ituzaingó (currently Caseros) streets. In 1865, at the start of the war with Paraguay, the government requested that the hospital help care for the wounded. It was later used as a lazaretto during the cholera and yellow fever epidemics. Not until December 8, 1872 did the hospital officially open to the public. Due to the influx of Italian immigrants to the city, however, the building proved too small for its task, and in 1888 the city government requested that it be moved to its current premises at what are now Gascón, Potosí and Perón streets. Engineer Juan Buschiazzo was entrusted with the construction of the new hospital, which opened on December 21, 1901. In 1903, the Italian Hospital's Nursing School was created, and starting in 1905 the hospital also housed a school of general medicine and surgery.



El nuevo edificio fue proyectado y dirigido por el Ing. Juan Antonio Buschiazzo.
[Archivo General de la Nación.](#)

The new building was designed by engineer Juan Antonio Buschiazzo, who also oversaw its construction
[National Archives](#)



HOSPITALES CON HISTORIA

HOSPITALS WITH A HISTORY

1863

HOSPITAL MILITAR CENTRAL DR. COSME ARGERICH - CIUDAD DE BUENOS AIRES

El nacimiento de esta institución fue en una sala del Hospital General de Hombres en 1863 y posteriormente funcionó en la Quinta de Cambaceres, en la calle Montes de Oca entre Patagones e Ituzaingó. La instalación era totalmente inadecuada, al punto que carecía de sala de cirugía. En 1884 el arquitecto Francisco Tamburini diseñó un nuevo hospital ubicado en la calle Combate de Los Pozos, que fue inaugurado el 16 de marzo de 1889. El actual nosocomio, que aún funciona, fue inaugurado en mayo de 1939 en un predio de 20.000 metros cuadrados sobre la avenida Luis María Campos. Posteriormente se amplió en junio de 1955 y en mayo de 1977 sobre terrenos cedidos por el Instituto Geográfico Militar se construyó el Pabellón de Consultorios Externos y actividades docentes. Su nombre es en honor al destacado médico del ejército liderado por Don José de San Martín durante las guerras de independencia.



DR. COSME ARGERICH MILITARY HOSPITAL – CITY OF BUENOS AIRES

The origin of this institution, which dates back to 1863, lies in a ward of the Men's Hospital that later moved to the Quinta de Cambaceres, on Montes de Oca Street between Patagones and Ituzaingó. The facilities were unsuitable, however, lacking in basics like an operating room. In 1884, architect Francisco Tamburini designed a new hospital to be located on Combate de Los Pozos Street; that building opened on March 16, 1889. The current institution was opened in May 1939 on grounds measuring over 20,000 square meters on Luis María Campos Avenue. In June 1955 and again in May 1977, the hospital expanded onto neighboring lands donated by the Instituto Geográfico Militar, allowing for the construction of a pavilion dedicated to ambulatory care and educational activities. The institution is named after Dr. Cosme Argerich, a distinguished army physician who fought under Don José de San Martín during the Wars of Independence.



En la foto de arriba, fachada del hospital en 1916.
[Archivo General de la Nación.](#)

In the photo above, the hospital's façade in 1916
 National Archives



Fachada principal del Hospital Militar sobre la Avenida Luis María Campos.
Archivo General de la Nación.

Façade of the Military Hospital on Luis María Campos Avenue
National Archives



Patio central del Hospital de Niños.
En la página siguiente, frente
principal, año 1925.
Archivo General de la Nación.

Children's Hospital, central
courtyard
On the next page, the building's
façade, 1925. National Archives

1875

HOSPITAL DE NIÑOS SAN LUIS GONZAGA, DR. RICARDO GUTIÉRREZ - CIUDAD DE BUENOS AIRES

El 30 de abril de 1875 se inaugura el Hospital de Niños San Luis Gonzaga. El Dr. Ricardo Gutiérrez ejerce la dirección durante veinte años. Los doctores Ignacio Pirovano y Adalberto Ramaugé son los primeros médicos, y el primer practicante es José María Ramos Mejía. La capacidad del hospital se ve inmediatamente desbordada, por lo cual se traslada a una nueva sede en Arenales 1462. En 1883 el Dr. Manuel Blancas es nombrado profesor y dirige el primer curso sobre “Enfermedades en los niños” que se dicta en el país. En abril de 1886 el doctor Gutiérrez logró la adquisición del terreno de la calle Gallo 984/1016 (sede actual: Gallo 1330), pero no pudo presenciar su inauguración, porque falleció pocos meses antes. El proyecto lo realiza el arquitecto Alejandro Christophersen, quien ganó una medalla de oro en la exposición de Chicago por su diseño. Esta institución lleva su nombre como distinción al primer pediatra argentino, y una eminencia en la Pediatría de toda Sudamérica.

SAN LUIS GONZAGA, DR. RICARDO GUTIÉRREZ CHILDREN'S HOSPITAL – CITY OF BUENOS AIRES

On April 30, 1875 the San Luis Gonzaga Children's Hospital opened its door. For over twenty years, it was directed by Dr. Ricardo Gutiérrez. Physicians Ignacio Pirovano and Adalberto Ramaugé were the first staff doctors, and the first practitioner was José María Ramos Mejía. The capacity of the hospital was vastly inadequate from the start, and so it was moved to new premises at Arenales 1462. In 1883, Dr. Manuel Blancas was given a professorship, and he proceeded to teach the first course on children's diseases ever given in Argentina. In April 1886, Dr. Gutiérrez was able to acquire a lot of land for the hospital at Gallo 984/1016; the hospital's current address is Gallo 330. Unfortunately, Dr. Gutiérrez died a few months before the opening of the hospital's new premises. The new building was designed by architect Alejandro Christophersen, who won a gold medal at an exhibition in Chicago for the project. The institution bears the name of Dr. Gutiérrez, the first Argentine pediatrician and an eminence in pediatrics throughout South America.



Día de Reyes en el Hospital de Niños.
[Archivo General de la Nación.](#)

Epiphany celebration at the Children's Hospital.
 National Archives .

HOSPITALES CON HISTORIA

HOSPITALS WITH A HISTORY

1887

HOSPITAL DE MUJERES, HOSPITAL RIVADAVIA - CIUDAD DE BUENOS AIRES

El 28 de abril de 1887 se inauguró oficialmente el nuevo Hospital de Mujeres Bernardino Rivadavia, ocupando una superficie total de 42.850 metros cuadrados. Se emplazó sobre calles de tierra, un arroyo y una zanja (calle Gallo, hoy Austria), en un área caracterizada por un conjunto de quintas relativamente alejadas del centro urbano. La confección de los planos y la dirección técnica del hospital estuvo a cargo del arquitecto sueco Enrique Aberg, apoyándose en las ideas higienistas de la época. Se construyeron cinco pabellones, de los cuales cuatro prestaban servicio para Medicina y Cirugía y uno para Maternidad. Hoy, el Hospital General de Agudos “Bernardino Rivadavia” tiene un alto valor patrimonial arquitectónico, histórico y cultural.



WOMEN'S HOSPITAL, RIVADAVIA HOSPITAL – CITY OF BUENOS AIRES

April 28, 1887 marked the official opening of the new Bernardino Rivadavia Women's Hospital. The 42,850-square-meter premises were built on dirt roads, a creek and a ditch on what was formerly Gallo –now Austria– Street, in an area of country houses relatively far from the city's downtown area. Swiss architect Enrique Aberg designed the building and oversaw the construction in keeping with the hygienist ideas popular at the time. The construction consisted of five pavilions, four of which were used for general medicine and surgery, and one for a maternity ward. Today, the “Bernardino Rivadavia” General Hospital is of great architectural, historical and cultural value.



Hospital General de Mujeres Bernardino Rivadavia en el año 1935.
[Archivo General de la Nación.](#)

Bernardino Rivadavia Women's Hospital,
1935
National Archives

1888

HOSPITAL DEL NORTE, JUAN ANTONIO FERNÁNDEZ - CIUDAD DE BUENOS AIRES

Ante la expansión de las enfermedades venéreas, en 1888 se crea el Sifilicomio Municipal. Fue destinado un edificio inconcluso en una zona de bajos y baldíos, apartado del centro de la ciudad y escondido en un barrio solitario, de viviendas miserables. El edificio era de una sola planta, con pequeñas ventanas abiertas en lo más alto de los muros y provistas de rejas de hierro. En 1893, pasó a llamarse Hospital del Norte; en 1904 fue nombrado Hospital Doctor Juan Antonio Fernández, en honor al ilustre médico salteño, que fue el primer decano de la Facultad de Medicina y creador de la Academia Nacional de Medicina. Desde ese entonces, el hospital ha estado vinculado a la actividad docente y ha tenido una importante trayectoria científica, que lo ubica como institución de primera categoría en el ámbito científico argentino. El precario edificio inicial fue ampliado y modificado sucesivas veces, hasta llegar al actual, con once pisos, inaugurado en 1943.

JUAN ANTONIO FERNÁNDEZ NORTHERN HOSPITAL – CITY OF BUENOS AIRES

In response to the spread of venereal diseases, the Municipal Syphilis Hospital was founded in 1888. It was initially located in an unfinished building in the lowlands far from the city's center, an isolated area full of empty lots and poor dwellings. Iron bars were placed over the small windows on the upper portion of the wall to the one-storey construction. In 1893, the name of the institution was changed to the Northern Hospital, and in 1904 it was changed again, this time to Doctor Juan Antonio Fernández Hospital, in honor of a distinguished physician from the province of Salta, the first dean of the Medical School and the founder of the National Academy of Medicine. Since that time, the hospital has been intensely involved in medical education and research, making it one of the most important scientific institutions in Argentina. After successive expansions and renovations to the shabby old building, the new, eleven-storey buildings opened its doors in 1943.



HOSPITALES CON HISTORIA

HOSPITALS WITH A HISTORY

1896

LAZARETO SAN ROQUE, HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JOSÉ MARÍA RAMOS MEJÍA - CIUDAD DE BUENOS AIRES

A fines del siglo XIX, desde el norte del país llegaba una epidemia de cólera que se había originado en los campos de batalla de la Guerra del Paraguay. Las autoridades de la ciudad deciden hacerle frente creando un lazareto, lejos del centro, en un barrio periférico conocido como “Corrales de Miserere”. Allí se levanta el lazareto San Roque, en 1896, bajo la dirección del doctor Salvador Doncel, sucedido luego por los doctores Julián Fernández y Telémaco Susini. El 12 de agosto de 1883, el lazareto pasa a llamarse Hospital San Roque y se lo elige como sede de la Asistencia Pública, creada por Ramos Mejía. Ya por entonces contaba con ocho pabellones para hombres. En 1886 se crea el Servicio de Niños bajo la jefatura del Dr. Larguía y se instala el primer horno de desinfección. En 1892 se crean dos pabellones para ginecología y dos para clínica. En 1914 fallece Ramos Mejía y en su honor se le impone su nombre al centro asistencial.



Hospital San Roque en 1910 y Hospital Ramos Mejía en 1935. Biblioteca Gálvez y Archivo General de la Nación.

San Roque Hospital in 1910 and Ramos Mejía Hospital in 1935. Gálvez Library and the National Archives

SAN ROQUE LAZARETTO, JOSE MARIA RAMOS MEJIA HOSPITAL – CITY OF BUENOS AIRES

In the late 19th century, Argentina was besieged by an outbreak of cholera whose origin lay in the battlefields of the war against Paraguay. The authorities decided to tackle the problem by opening a lazaretto in a neighborhood known as “Corrales de Miserere” far from the city’s center. Thus, the San Roque Lazaretto was established in 1896, initially under the direction of Dr. Salvador Doncel, and then of Dr. Julián Fernández and Dr. Telémaco Susini. On August 12, 1883 the name of the institution was changed to San Roque Hospital. It was chosen as the seat of the Welfare Office created by Ramos Mejía. By that time, the institution had a total of eight pavilions for male patients. In 1886, the Children’s Ward was established under Dr. Larguía and the first disinfection oven was installed. In 1892, four additional pavilions, two for gynecology and two for general medicine, were added. In 1914, Ramos Mejía died and the name of the health care center was changed to honor him.



1823

HOSPITAL JOSÉ MARÍA CULLEN - SANTA FE

Fundado en 1823 con el nombre de Hospital de la Concepción de Belén, y luego denominado Hospital de Caridad. El mismo estaba administrado por frailes Betlemitas, médicos y militares. Fue utilizado como “Hospital Militar” para la asistencia de los soldados de la Confederación Argentina. Luego se habilitaron consultorios destinados a los pobres y, paulatinamente, se amplió a ocho salas y un pabellón para enfermos pudientes como fuente de recursos para las finanzas del nosocomio.

Este efector es el único especializado en emergencias en la provincia de Santa Fe y tiene una gran zona de influencia que incluye parte de las provincias de Córdoba, Chaco y Santiago del Estero.

JOSÉ MARÍA CULLEN HOSPITAL - SANTA FE

Founded in 1823, this institution was originally called the Hospital de la Concepción de Belén, though the name was then changed to the Hospital de Caridad. It was run by Bethlehemite monks, physicians and military officers, and it provided care to soldiers of the Argentine Confederation. Later, wards for poor patients were opened. The premises were gradually expanded to include eight wards and a pavilion for more affluent patients, which provided income for the institution.

This is the only health center specialized in emergency care in the province of Santa Fe. It is a point of reference for a large region that includes parts of the provinces of Córdoba, Chaco and Santiago del Estero.



Distintas vistas del Hospital Cullen.
Fototeca Paucke, Archivo General de la Provincia de Santa Fe.

Various views of Cullen Hospital
Paucke Photograph Library, Archives of the Province of Santa Fe

HOSPITALES CON HISTORIA

HOSPITALS WITH A HISTORY

1762

HOSPITAL SAN ROQUE - CÓRDOBA

Comenzó a funcionar como casa de atención de los enfermos pobres gracias a la donación del obispo Diego de Salguero y Cabrera. El precario nosocomio se ubicó junto a la Iglesia de San Roque en 1762. Estaba a cargo de la orden religiosa de los betlemitas, que se ocupaba de la atención de los pobres en distintas zonas de América. En el año 1800 se inauguró como hospital San Roque; el primer director fue Fray José de la Asunción, a quien se considera fundador de la institución. El hospital tuvo una sala de cirugía única en el mundo. Y en los pabellones se construyeron nichos en semicírculos para colocar los retretes, la bacinilla y otros utensilios desagradables. El personal podía retirar cada retrete a través de una puertita, al estilo de los tornos monacales, evitando el *“feo y repugnante espectáculo de pasarla por la sala”*. Tenía una ventana al exterior para que entrara el aire. Esto tenía como objetivo el aislamiento, a fin de evitar el contagio entre los enfermos. En 1917, la sede original fue ampliada con la construcción de los pabellones policiales y de maternidad, además de recibir la llegada del primer equipo de Rayos X. Tres años después se construyó la primera morgue judicial, y en 1930 la sede de la Administración y el Pabellón Central. Al año siguiente se incorporó el equipo de Rayos X más moderno del país para la época. En 1968 comenzó a funcionar la primera Unidad Coronaria en esta institución de Córdoba.



SAN ROQUE HOSPITAL - CÓRDOBA

Thanks to a donation from Bishop Diego de Salguero y Cabrera, this institution was originally a health center that provided care to the poor. Its precarious building was located next door to San Roque Church in 1762. It was run by the Bethlehemite Order, which was involved in providing health care to the poor throughout the Americas. In 1800, it opened as a hospital under the direction of Fray José de la Asunción, who is considered its founder. The hospital's operating room was equaled by none anywhere in the world. Semicircular niches were constructed in the pavilions for chamber pots, bedpans and other unpleasant artifacts. The hospital staff could remove the human waste through a small door, like convent turntables, thus avoiding *“the repulsive display of carrying it through the ward.”* For the sake of isolation and avoiding contagion, there was only one window to let in fresh air. In 1917, the original premises were expanded as pavilions for the police department and a maternity ward were constructed. The hospital received its first x-ray machine that same year. Three years later, the first forensic morgue was constructed on the premises, and in 1930 the seat of the Administration and Central Pavilion was added as well. The following year the hospital obtained the most modern x-ray equipment available in the country at the time. In 1968, the first coronary unit in Argentina was opened here.



1885

HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS - CÓRDOBA

La Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba comenzó a funcionar en 1878. Pocos años después, sobre un terreno cedido por el intendente de la ciudad, Juan Manuel de la Serna, se inició la construcción de este hospital. Cuando se inauguró tenía capacidad para 282 enfermos, y aulas para 621 estudiantes de las carreras de Medicina, Obstetricia y Farmacia. Junto con el Hospital General San Martín de Buenos Aires, son los únicos Hospitales universitarios y fueron diseñados para cumplir esa función. Construido por el ingeniero Francisco Tamburini, integra la declaratoria de monumento histórico en los sectores de: Pabellón Central, Pabellón de Especialidades, Cirugía, Internación, Chimenea, Aula Menor, Pabellón del Cáncer, Depósito, Cocina, Capilla, Aula Mayor, Pabellón de Anatomía, Cátedra de Farmacología, Servicios Generales y Anatomía Patológica.

Esta institución, de importante tradición médica y docente, le dio su nombre al conocido barrio Clínicas, fuertemente ligado a la historia estudiantil cordobesa.

HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS - CÓRDOBA

The first School of Medicine in Córdoba opened in 1878. Shortly thereafter, construction on this hospital began on a lot granted by the Mayor of the city, Juan Manuel de la Serna. At the time of its opening, it had capacity of 282 inpatients, and classroom space for 621 students in the departments of medicine, obstetrics and pharmacology. This institution and San Martín General Hospital in Buenos Aires are the only hospitals in the country designed specifically as teaching hospitals. The following sections of the building, which was constructed by engineer Francisco Tamburini, have been declared historical sites: the Central Pavilion, the Pavilion for Specialties, Surgery, Inpatient Care, the Chimney, Minor Ward, Cancer Pavilion, Storage Area, Kitchen, Chapel, Major Ward, Anatomy Pavilion, Department of Pharmacology, General Care and Pathological Anatomy.

Closely associated with the history of students in Cordoba, the neighborhood surrounding this important medical and teaching institution gets its name, *Clinicas*, from the hospital.



Uno de los pabellones del hospital de Clínicas.

Archivo General de la Nación.

One of the pavilions at Clínicas Hospital
National Archives

HOSPITALES CON HISTORIA

HOSPITALS WITH A HISTORY



Una de las salas del hospital.
En la página siguiente, frente del
Hospital del Milagro, año 1916.
Archivo General de la Nación.

One of the hospital wards.
On the next page, the facade of
Hospital del Milagro, 1916
National Archives

1783

HOSPITAL SAN ANDRÉS, HOSPITAL DEL MILAGRO - SALTA

En 1783 se dispuso la construcción de este efector aunque recién se terminó y habilitó en 1805. En él se atendió a muchos heridos del Ejército del Norte en 1812 y, en ese mismo año, Belgrano ordenó el traslado de su botica al Hospital de Tucumán, comenzando a decaer a partir de 1819. Después de cerrarse el Hospital San Andrés, se habilitó en 1849 el primitivo Hospital de la Caridad en la esquina de lo que hoy es la Av. Belgrano y Balcarce, en una vieja casona del siglo XVIII. Quedó a cargo de la Sociedad de Beneficencia, la que desde 1876 comenzó a luchar por un nuevo edificio, que se inauguró en 1895 en la actual avenida Sarmiento con el nombre de Hospital del Milagro. Es el hospital más antiguo en actividad en el Noroeste argentino: tiene 116 años. Fue el primer centro asistencial construido expresamente para tal fin, conforme a los cánones de la época, con áreas según la especialidad, techos altos y amplias salas de internación. Hoy es el centro de referencia y derivación de diversas patologías.

SAN ANDRÉS HOSPITAL, HOSPITAL DEL MILAGRO - SALTA

Though the decision to construct this institution was made in 1783, it was not finished and authorized for operations until 1805. Many of the wounded from the Army of the North were treated here in 1812. That same year, Belgrano order that the Army's pharmacy be moved to the Hospital de Tucumán, which was in a state of disrepair. In 1849, after the San Andrés Hospital was closed, the very basic Hospital de la Caridad was opened in an 18th-century mansion at the corner of what are today Belgrano Avenue and Balcarce Street. That institution was run by the Charity Society, which began clamoring for a new building in 1876. One was finally granted on what is now Sarmiento Avenue in the year 1895. The name of this new institution was Hospital del Milagro and, at the age of 116, it is the oldest hospital still in operation in northeastern Argentina. It was the first health center constructed specifically for that purpose. The design of the construction itself was in keeping with the theories of the day, with areas for each field of medicine, high ceilings and large inpatient wards. Today it is still a major medical center to which patients with a range of pathologies are referred.



EL INICIO DE UNA NUEVA CONCEPCIÓN DE SALUD

A NEW CONCEPTION OF HEALTH IS BORN

La Argentina ingresó al siglo XX con una sociedad de contrastes. Por un lado estaba la clase dirigente y, por el otro, la clase media formada por los hijos de los criollos y los inmigrantes: profesionales y empleados públicos que aspiraban a gozar de derechos políticos. Por debajo quedaban los peones rurales y los obreros permeables a las ideas anarquistas.

La clase dirigente estaba representada políticamente por el Partido Autonomista Nacional (PAN), conducido por Julio Argentino Roca, cuyo slogan “*Paz y Administración*” definió su segunda presidencia (1898-1904). Las actividades sanitarias se conducían desde dos organismos del Estado nacional: el Departamento Nacional de Higiene, dependiente del Ministerio del Interior, y la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, que dependía del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto. El enfoque sanitario de ese momento se expresaba en las Asistencias Públicas, organismos destinados a vigilar la higiene ambiental, las emergencias y las vacunaciones. Las Sociedades de Damas de Beneficencia, que existían en las principales ciudades del país, se ocupaban de la administración de los hospitales públicos.

La clase media no cejaba en sus exigencias. Ya había mostrado su fuerza en 1890 con la Revolución del Parque de Artillería y la volvió a mostrar en 1893 y 1905 con nuevos alzamientos cívico-militares. Sus demandas por el voto universal, secreto y obligatorio se habían corporizado en un líder: Hipólito Yrigoyen.

At the dawn of the 20th century, Argentina was a society marked by contrasts. On the one hand, there was the ruling class, and on the other, the middle class, which was made up of the children of the criollos and immigrants. This group consisted of professionals and public servants who aspired to attaining political rights. Far below them were rural and industrial workers, who were open to anarchist ideas.

The political representation of the ruling class was the National Party for Autonomy (PAN), led by Julio Argentino Roca, whose slogan “Peace and Administration” defined his second term (1898-1904).

Health care was organized around two different federal entities: the National Department of Hygiene, which operated under the auspices of the Department of the Interior, and the Advisory Commission of Clinics and Regional Hospitals, under the control of the Department of Religion and Foreign Affairs. Health care at the time revolved around Public Health Care Services, which were entrusted with ensuring a healthy environment, and handling health emergencies and vaccinations. The Ladies' Charitable Society, which had offices in the country's largest cities, was responsible for managing public hospitals.

The middle class continued to make demands. It had already displayed its strength in 1890 with the Revolution of the Park, and it did so again in 1893 and 1905 with new civilian-military uprisings. The demand for universal, secret and mandatory suffrage for men rallied around a single leader: Hipólito Yrigoyen.



Edificio de la Asistencia Pública en la ciudad de Rosario, año 1937.
[Archivo General de la Nación.](#)

The building of the Public Health Care Services in the city of Rosario, 1937.
 National Archives



La Revolución del '90: la Plaza del Parque, esquina Libertad en donde se ve a un grupo de civiles, junto a soldados con fusil y bayoneta.
Luis Dorgeval.
Archivo General de la Nación.

The Revolution of 1890: at the Plaza del Parque on the corner of Libertad, a group of civilians is gathered alongside soldiers with rifles and bayonets
Luis Dorgeval.
National Archives



Roque Sáenz Peña, presidente de la Argentina entre 1910 y 1914, recordado por la sanción de la ley electoral que lleva su nombre. Al costado se ve a ciudadanos votando en el año 1926.
Archivo General de la Nación.

Roque Sáenz Peña, president of Argentina from 1910 and 1914, is remembered for signing the electoral law that bears his name. On the side, citizens voting in the 1926 election
National Archives

LOS APORTES DE CABRED Y CONI

En ese panorama de claros y oscuros, el cuidado público de la salud era un tema menor, sólo considerado por algunos adelantados como Domingo Cabred (1859-1929) y Emilio Coni (1855-1928), cuyas iniciativas permitieron lograr algunos avances. El primero era psiquiatra y estableció en la localidad bonaerense de Open Door el primer establecimiento de tratamiento de alienados a puertas abiertas. Este tipo de colonia fue la primera en su tipo en América Latina. El doctor Coni, en tanto, fue uno de los principales luchadores contra la tuberculosis y creador de la Liga Argentina contra esa enfermedad. La institución no sólo consiguió disminuir el índice de mortalidad, sino que por su influencia se implantó una filial local de la institución internacional llamada “La Gota de Leche”, creada en Francia en 1894 para remediar la desnutrición y alta mortalidad infantil en aquellas familias que no podían permitirse el lujo de tener nodriza, y cuyas madres no podían dar de mamar. A Emilio Coni también se debe la creación de la Asistencia Pública en la Ciudad de Buenos Aires; fue tan eficaz que entidades similares se abrieron en todo el país. Desde allí promovió también la fundación del Patronato de la Infancia.

THE CONTRIBUTIONS OF CABRED AND CONI

In this panorama of progress and setbacks, public health care was a topic ignored by all but a few forward-looking men like Domingo Cabred (1859-1929) and Emilio Coni (1855-1928) whose initiatives were a step in the right direction. Cabred was a psychiatrist who had opened the first center for the mentally ill in Open Door, a town in the province of Buenos Aires. This establishment was the first of its kind in Latin America. Meanwhile, Doctor Coni was a well-known figure in the fight against tuberculosis and the founder of the Argentine League against the disease. This institution not only managed to reduce the mortality rate, but also contributed to starting a local affiliate of the “Milk Drop.” This was an international institutional founded in France in 1894 to help reduce malnutrition and high infant mortality among children whose mothers could not breastfeed or afford a wet nurse. Emilio Coni was also responsible for founding Public Health Care Services in the city of Buenos Aires, an office so successful that similar entities opened across the country. Coni also supported the creation of the Board of Child Welfare.



Hospital Interzonal Colonia “Dr. Domingo Cabred”, conocido como “Open Door”, fundado en 1908. En la 2ª foto Patronato de la Infancia en la ciudad de Buenos Aires. Archivo General de la Nación.

“Dr. Domingo Cabred” Hospital, also known as “Open Door,” founded in 1908. The second photograph shows the Board of Child Welfare of the city of Buenos Aires. National Archives



LA EDUCACIÓN SANITARIA

En 1916, Hipólito Yrigoyen fue elegido presidente. A Yrigoyen le siguió Marcelo T. de Alvear. El doctor Gregorio Aráoz Alfaro fue nombrado al frente del Departamento Nacional de Higiene (1918, 1923-28, 1930-31).

Entre 1916 y 1928 los gobiernos radicales impulsaron algunas leyes en materia de salud pero, como explica el sanitarista Néstor Perrone, el Estado fue débil en su papel como controlador, aunque destaca *“el renovado impulso que tomó la educación sanitaria a partir de 1920 y que involucró activamente a la sociedad civil. En este período —explica— el Círculo Médico Argentino y el Centro de Estudiantes de Medicina crearon la Liga Argentina de Profilaxis Social, que desarrolló una tarea de difusión y promoción a través de conferencias y distribución de material impreso en escuelas, cuarteles militares y fábricas”*.

En tanto, la situación política del país se complicó. Cuando Yrigoyen fue reelegido presidente en 1928, los derrotados buscaron nuevos aliados, esta vez en las Fuerzas Armadas. Así se llegó a 1930, y a la fatídica fecha del 6 de septiembre, que inauguró la serie de golpes militares que afectaron la institucionalidad del país hasta 1983.

HEALTH CARE EDUCATION

In 1916, Hipólito Yrigoyen was elected president. He was succeeded by Marcelo T. de Alvear. Doctor Gregorio Aráoz Alfaro was appointed head of the National Department of Hygiene (1918, 1923-28, 1930-31).

Between 1916 and 1928, the Radical party supported some laws related to health but, as health care specialist Néstor Perrone explains, the State was an ineffective warden. Nevertheless, Perrone does mention *“the renewed emphasis on health-related education starting in 1920 with a focus on civil society. In this period, the Argentine Medical Association and the Students’ Center started the Argentine League for Preventative Health, which provided information to the public through lectures and distributed printed materials at schools, military barracks and factories.”*

Meanwhile, the political situation in the country had become critical. When Yrigoyen was re-elected in 1928, his opponents sought out new allies, this time in the Armed Forces. September 6, 1930 marked the first in a series of coups d’état that would debilitate the country’s democratic institutions time and again until 1983.



Arriba: Yrigoyen asume la presidencia en 1916.
Abajo: Marcelo T. de Alvear y su esposa.
Archivo General de la Nación.

Top: Yrigoyen is sworn in as president in 1916
Bottom: Marcelo T. de Alvear and his wife
National Archives



Uriburu llega al poder en 1930 inaugurando la serie de golpes de Estado que se sucederían en el siglo XX. Esta foto lo muestra rodeado de simpatizantes.
Archivo General de la Nación.

Uriburu comes to power in 1930 in the first of a series of coups d’état that would plague the country through most of the 20th century. In this photograph, the dictator is surrounded by supporters
National Archives



Asunción presidencial de la fórmula conformada por Roberto Ortiz y Ramón Castillo, en el año 1938, hacia el final de la llamada “Década Infame”. Archivo General de la Nación.

Inauguration of President Roberto Ortiz and Vice-President Ramón Castillo, in 1938, towards the end of the “Infamous Decade”
National Archives



Lisandro de la Torre

ALGUNOS AVANCES EN MATERIA DE SALUD

El nombre de “Década Infame” con el que se conoce esta etapa de la historia argentina en la que gobernaron José Félix Uriburu (1930-1932), Agustín Pedro Justo (1932-1938), Roberto M. Ortiz (1938-1940) y Ramón Castillo (1940-1943) fue tomado del título del libro escrito por el historiador tucumano José Luis Torres en 1945.

El desencanto fue la característica principal que marcó esta época, porque la rutina del fraude político y de las proscripciones terminó por frustrar toda esperanza de participación política.

J. A. Roca (h) se enorgullecía de que la Argentina fuera, desde el punto de vista económico, una parte del Imperio Británico, y firmaba un tratado con el jefe del British Board of Trade, Sir Walter Runciman. Fue la gota que rebasó la copa de la dependencia y desató la tenaz oposición de Lisandro de la Torre en el Congreso. Después llegarían, en la misma década, el asesinato en el Senado de Enzo Bordabehere, y el suicidio de De la Torre.

Aún no prevalecía el concepto de Estado como planificador y regulador de los servicios de salud, y las autoridades surgidas del golpe del '30 nada hicieron para cambiar esa situación. A pesar de eso, se sancionaron algunas leyes impulsadas por los legisladores socialistas, como la “ley de protección a la maternidad” en 1934 y la “ley de la silla” en 1935. En 1941, en la provincia de Santa Fe, el gobernador Joaquín Argonz creó el Ministerio de Salud Pública y Trabajo, y un año después el senador Alfredo Palacios presentó un anteproyecto de creación de una Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social.

SOME ADVANCES IN HEALTH CARE

During the “Infamous Decade”—as this period in Argentine history is known—the following military officials governed Argentina: José Félix Uriburu (1930-1932), Agustín Pedro Justo (1932-1938), Roberto M. Ortiz (1938-1940) and Ramón Castillo (1940-1943). The term for the decade was taken from a book written in 1945 by José Luis Torres, a historian from the province of Tucumán. This period was marked by profound disenchantment. Due to constant political fraud and disenfranchisement, people were losing their hopes of being able to participate in politics.

J. A. Roca (Jr.) was proud that Argentina was part of the British Empire, at least in economic terms. In fact, he decided to sign a treaty with the chief of the British Board of Trade, Sir Walter Runciman. That was the last straw for those who opposed foreign dependence, provoking angry congressional opposition from Lisandro de la Torre. Later that same decade, Enzo Bordabehere would be murdered outside the senate and a frustrated De la Torre would take his own life. The concept of the State as a body that planned and regulated health services had not yet taken hold, and the authorities who came into power after the 1930 coup did little to change this. However, thanks to Socialist legislators a few health-related bills did become law, including the “maternity protection law” in 1934 and the “chair law” in 1935. In 1941, in the province of Santa Fe, governor Joaquín Argonz created the Ministry of Labor and Public Health, and a year later, Senator Alfredo Palacios presented a preliminary project for the creation of a National Department of Public Health Care and Social Welfare.

LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN LA SECRETARÍA DE TRABAJO

El golpe de Estado en 1943 tuvo lugar en un contexto universal de grandes cambios, ya que el mundo estaba en plena Segunda Guerra Mundial.

Pero ese gobierno, surgido del golpe de Estado que derrocó al presidente Ramón Castillo, a diferencia del que irrumpió en 1930, tomó medidas en materia sanitaria. Por lo pronto, el 21 de octubre de 1943 creó la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, como un organismo parte del Departamento Nacional de Higiene.

Un año después adoptó una resolución muy importante: que las actividades de beneficencia, atención de hogares y asistencia social pasaran a la órbita de la Secretaría de Trabajo y Previsión, que estaba a cargo del coronel Perón. Fue un anticipo de lo que sucedería en 1946, ya con Perón en la presidencia, cuando se creó la Secretaría de Salud Pública.

Un nuevo concepto asomaba en materia de salud: que la misma era una cuestión de Estado, y no podía quedar en manos de sociedades filantrópicas.

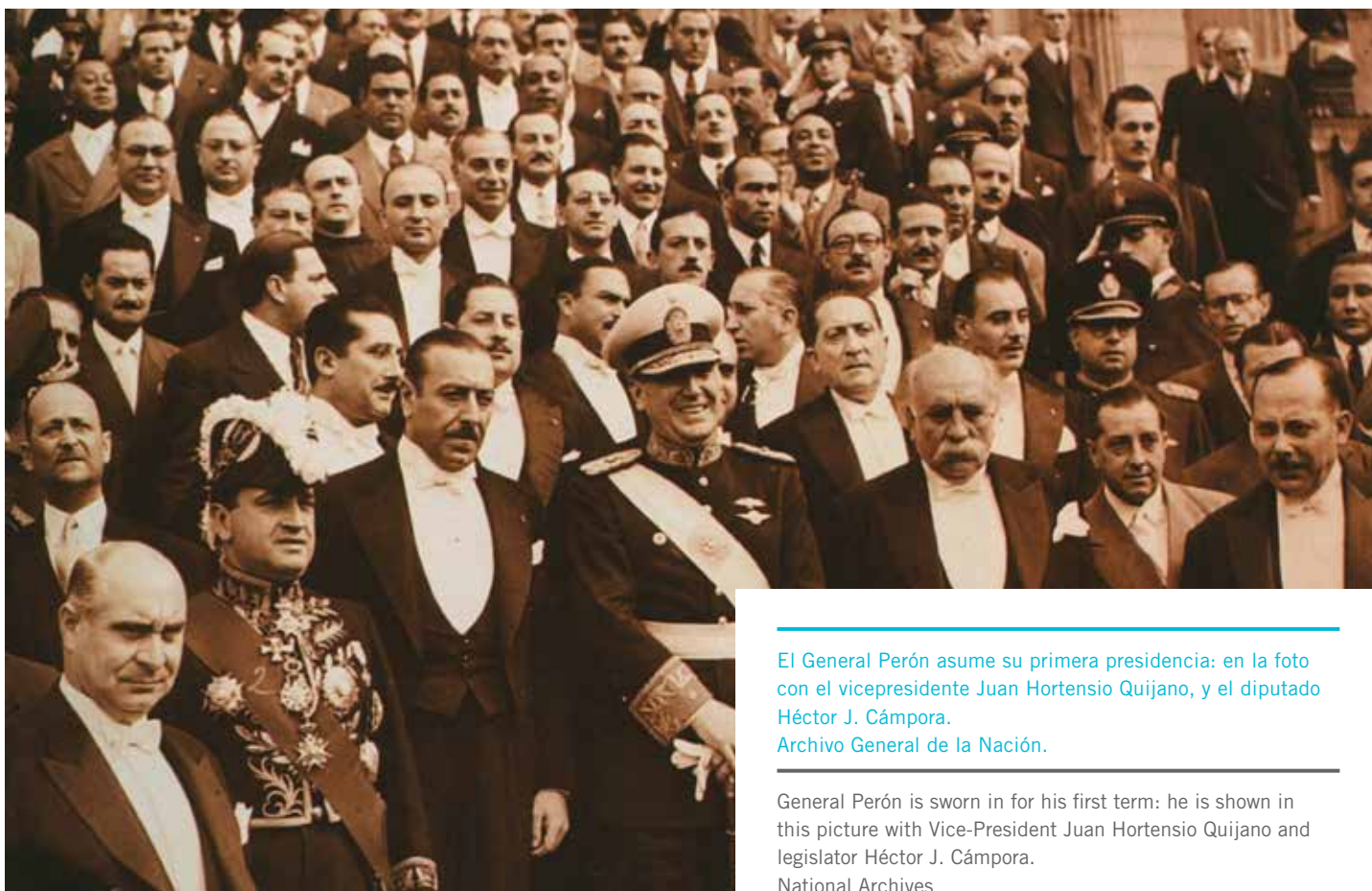
HEALTH CARE AT THE LABOR DEPARTMENT

The 1943 coup d'état took place in a context of major change, primarily due to the Second World War.

Unlike the administration that had seized control in 1930, the administration that took power after the defeat of President Ramón Castillo adopted health-related measures. To start, on October 21, 1943, the National Department of Public Health Care and Social Welfare was founded, an entity that operated under the auspices of National Department of Hygiene.

One year later, a very important resolution was adopted: all charity activities, home care and social welfare would fall under the supervision of the Secretary of Labor, which was headed by Coronel Perón. This change hinted at what was to come in 1946, when Perón, now president, created the Department of Public Health.

A new concept in health care: A question of the State rather than philanthropic organizations.



El General Perón asume su primera presidencia: en la foto con el vicepresidente Juan Hortensio Quijano, y el diputado Héctor J. Cámpora.
[Archivo General de la Nación.](#)

General Perón is sworn in for his first term: he is shown in this picture with Vice-President Juan Hortensio Quijano and legislator Héctor J. Cámpora.
 National Archives



SALVADOR MAZZA, AQUEL GRAN SANITARISTA *SALVADOR MAZZA, A RENOWNED FIGURE IN PUBLIC HEALTH*

Su nombre quedó asociado a la enfermedad de Chagas. Con un laboratorio y un pequeño hospital instalado en un vagón de ferrocarril recorrió el país luchando incansablemente para dar respuesta a una dolencia a la que consideraba producto de las injustas condiciones de vida de la población del norte de Argentina.

His name is associated with Chagas disease. Equipped with only a laboratory and a small hospital installed in a train car, he traveled across the country to fight this ailment, which he believed to be the result of the poor living conditions of the population in the north of Argentina.



En 1928, mientras estudiaba cultivos bacterianos en el sótano del Hospital St. Mary en Londres, el científico escocés Alexander Fleming descubrió la penicilina, responsable desde entonces de la supervivencia de millones de seres humanos. El mismo año, en la provincia argentina de Jujuy —apenas poblada (menos de ochenta mil habitantes según el censo de 1914)—, el médico bonaerense Salvador Mazza, ganado por las mismas inquietudes, inauguraba la Misión de Estudios de la Patología Regional Argentina (MEPRA), la institución especializada en endemias más importante en la historia del país.

In 1928, while studying bacterial cultures in the basement at St. Mary's Hospital in London, the Scottish scientist Alexander Fleming discovered penicillin, an antibiotic that would save the lives of millions across the globe. That same year, in Jujuy —an Argentine province with less than 80,000 inhabitants according to the 1914 census— Buenos Aires-born physician Salvador Mazza was also working to save lives. Mazza founded the Argentine Mission for the Study of Regional Pathologies (MEPRA), an institute that would combat some of the most important endemic diseases in the country's history.



Triatoma infestans Klug in Meigen, 1834

La vinchuca, insecto transmisor de la enfermedad de Chagas.

A triatomine, the insect that transmits Chagas disease

El Dr. Salvador Mazza en el año 1932.

[Archivo General de la Nación.](#)

Dr. Salvador Mazza in 1932
National Archives



Mazza did his research in the laboratory of the institute. He was eager to investigate Chagas, a disease associated with poverty and underdevelopment that had been discovered by the Brazilian Carlos Ribeiro Justiniano das Chagas. Years later, their paths would cross.

In 1942, Mazza contacted Fleming to request the original culture of penicillin. After overcoming a few difficulties, MEPRA was able to manufacture the antibiotic the following year, and foreign laboratories praised the excellent quality of the product. Who was Mazza, this researcher who had reached out to Fleming from a tiny lab on the periphery of the scientific world, somewhere to the north of a country still in the making? He was the son of immigrants. His parents, Francesco and Giuseppa Alfise, were born in Sicily. Salvador was born in the City of Buenos Aires (1886) and as a child he lived in the city of Rauch in Buenos Aires province. At the age of 10, he was accepted to the prestigious Colegio Nacional de Buenos Aires; by the time he was 17, he was attending the School of Medicine. At 24, he had received his degree, paying his way through med school with his work as a Latin and French teacher and a post office employee. When he was 28, he married Clorinda Razori, his lifelong companion and assistant. Everyone thought that Mazza would go into private practice in the city, but he had set other goals for himself: even before he had received his degree, he was working as a lab assistant in epidemiology with Profesor Penna. The following year, he presented his thesis, entitled “The Effects of Arachnoiditis on Skin and Nerves.”

En la página siguiente, sentado en el costado derecho, el estudiante Salvador Mazza durante un Congreso de Medicina en el Hospital Muñiz en el año 1908. [Archivo General de la Nación.](#)

On the following page, the student Salvador Mazza sits to the right during a medical conference at Hospital Muñiz in 1908.
National Archives

Mazza luchaba científicamente en el laboratorio del instituto contra el Chagas, enfermedad de la pobreza y el subdesarrollo que ya había sido descubierta por el brasileño Carlos Ribeiro Justiniano das Chagas. Años más tarde, los meridianos se iban a cruzar.

En 1942 el argentino Mazza entró en contacto con Fleming para obtener el cultivo original de la penicilina. Luego de superar algunas dificultades, al año siguiente la MEPRA logró producir el antibiótico, comprobándose en el exterior que era de excelente calidad.

¿Quién era Mazza, ese investigador capaz de ponerse a la altura de Fleming, trabajando en un pequeño laboratorio ubicado en la periferia del mundo científico, en el extremo norte de una Argentina aún en ciernes? Un fruto generoso de la inmigración. Sus padres, Francesco y Giuseppa Alfise, habían nacido en Sicilia. Él, en la ciudad de Buenos Aires (1886) y su infancia transcurrió en la ciudad bonaerense de Rauch. A los diez años ingresó al Colegio Nacional de Buenos Aires; a los diecisiete estaba en la Facultad de Medicina. A los veinticuatro era médico, pero antes debió costearse los estudios trabajando como profesor de latín, francés y empleado de correo. A los veintiocho se casó con Clorinda Razori, su compañera y asistente de toda la vida. Todo indicaba que se establecería en la ciudad y se ganaría el sustento. Pero el doctor Mazza ya había dado señales inconfundibles de que sus metas eran otras: todavía no se había recibido y ya era ayudante de laboratorio de la Cátedra de Epidemiología del profesor Penna. Y al año siguiente de su graduación presentó su tesis titulada “Formas nerviosas y cutáneas del aracnoidismo”.



UN ASESINO SILENCIOSO

El Chagas, que afecta todavía a 24 millones de personas en América Latina y provoca 45.000 muertes cada año, es una enfermedad causada por un parásito llamado *Trypanosoma cruzi*. El parásito llega al ser humano a través de la “vinchuca” (*Triatoma infestans*), un insecto que encuentra especiales condiciones para desarrollarse y multiplicarse en las deficientes estructuras habitacionales de vastas regiones de América.

A SILENT KILLER

Chagas, which continues to affect 24 million people in Latin America and causes 45,000 deaths each year, is an illness caused by the parasite *Trypanosoma cruzi*. This parasite enters the human body through the triatomine (*Triatoma infestans*), an insect that thrives in the vast areas with poor living conditions across Latin America.



Carlos Chagas

THE POOR PEOPLE'S DISEASE

The Argentine Army sent Mazza to Europe in 1918 during the First World War to conduct a study of infectious diseases in Germany and in the countries of the Austro-Hungarian Empire. During the trip, he met a man who would change the course of his life: Carlos Chagas, who had discovered the disease Trypanosomiasis americana. Mazza immediately understood the importance of this discovery, since it was an illness associated with underdevelopment. In fact, there is a direct relationship between the proliferation of the insects and the poor living conditions where they live, feed and reproduce.

Mazza, who was a first lieutenant as an army doctor, abandoned his military career shortly after returning to Argentina and took charge of the Central Laboratory of the Hospital de Clínicas. There he began studying the disease that Chagas had discovered under the microscope, as he warned the authorities about the poor living conditions of thousands of residents across the country.

A SECOND PASTEUR

During another trip abroad, Mazza met the French researcher Charles Nicolle (winner of the 1928 Nobel Prize), the head of the Pasteur Institute in Tunis. This would prove another decisive encounter in Mazza's career, since he not only garnered knowledge from the scientific elite of the period but also received support for founding an institute that would study endemic diseases in Argentina.

Nicolle was known as "Pasteur's imperial missionary" because of his important research and discoveries. Without a doubt, upon his return, Mazza became Pasteur's missionary in Argentina.

Casas de adobe y techo de paja, lugar de proliferación de la vinchuca.

Adobe dwellings with straw roofs, where the triatomine proliferates



LA ENFERMEDAD DE LOS POBRES

El Ejército argentino envió a Mazza a Europa en 1918, mientras estaba en pleno desarrollo la Primera Guerra Mundial. El objetivo era realizar un estudio de enfermedades infecciosas en Alemania y en los países pertenecientes al Imperio Austro-húngaro. Pero al margen de sus trabajos ocurrió un hecho decisivo: conoció a Carlos Chagas, quien nueve años antes había descubierto al agente parasitario de la tripanosomiasis americana. Mazza comprendió enseguida la importancia del hallazgo, ya que es una enfermedad vinculada al subdesarrollo. En efecto, existe una relación directa entre la proliferación de los insectos y las viviendas precarias donde pueden establecerse, alimentarse y multiplicarse.

Mazza, quien llegó a ser teniente 1° médico, dejó la carrera militar a poco de su regreso a la Argentina y se puso al frente del Laboratorio Central del Hospital de Clínicas. Allí comenzó a estudiar en el microscopio la enfermedad descubierta por Chagas, mientras alertaba a las autoridades acerca de las precarias condiciones habitacionales en que vivían decenas de miles de habitantes.

UN NUEVO PASTEUR

Otro viaje al exterior lo puso en contacto con el investigador francés Charles Nicolle (Premio Nobel en 1928), quien estaba a cargo del Instituto Pasteur en Túnez. Fue otro encuentro decisivo en la vida de Mazza, ya que no sólo pudo perfeccionarse con la elite científica de entonces, sino que recibió aliento para la creación de un instituto destinado al estudio de las enfermedades endémicas de la Argentina.

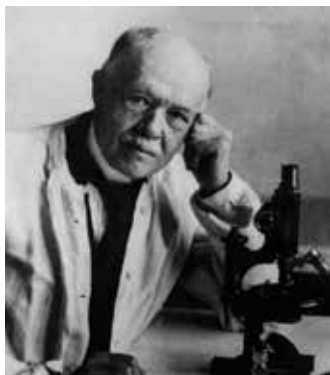
A Nicolle se lo conocía como “el segundo Pasteur” por la importancia de sus descubrimientos e investigaciones. No hay dudas de que a su regreso al país, Mazza se transformó en “el primer Pasteur” de nuestra historia.



Carlos Chagas con pacientes en el Hospital Oswaldo Cruz (Brasil).

Carlos Chagas with patients at Hospital Oswaldo Cruz (Brazil)





Charles Nicolle, médico francés
especialista en microbiología.
Premio Nobel de Medicina en 1928.

Charles Nicolle, a French doctor
who specialized in microbiology.
Nobel Prize for Medicine, 1928

LA MISIÓN

Nicolle vino a la Argentina en 1925 y ayudó a Mazza en la fundación de la Misión de Estudios de la Patología Regional Argentina (MEPRA), que pasó a depender de la cátedra de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de la UBA. Su sede, sin embargo, no estuvo en Buenos Aires sino en Jujuy, donde las enfermedades como el Chagas hacían estragos. El mismo año Mazza fundó la Sociedad Científica de Jujuy, cuyo primer presidente fue Guillermo Paterson, un experto en malaria. Allí se realizaron los primeros diagnósticos de tripanosomiasis americana y leishmaniasis tegumentaria americana en Argentina.

La MEPRA empezó con muy poco personal y se sostuvo en los primeros tiempos con la labor ineludible de Mazza. Pero a poco de andar y vistos los primeros resultados, acabó contando con un equipo que se ocupó de todas las patologías regionales, realizando múltiples actividades terapéuticas, de investigación y docencia. Tanto fue así que sus logros trascendieron las fronteras argentinas y se difundieron a los países limítrofes, además de ser reconocidos por numerosos científicos de todo el mundo.

Mazza no sólo confirmó que la enfermedad de Chagas en efecto existía (algunos científicos la negaban), sino que logró grandes adelantos en el estudio de síntomas y lesiones causados por esta patología.

A la par de la investigación, la Misión también organizaba reuniones con los médicos de la zona, aplicaba medicina y cirugía experimental en animales, y publicaba trabajos científicos. Mazza también convocó a sus colegas del interior para participar de una serie de congresos científicos, el último de ellos en 1935 en homenaje a Carlos Chagas, quien había fallecido el año anterior.

THE MISSION

Nicolle visited Argentina in 1925 and helped Mazza to start the Argentine Mission for the Study of Regional Pathologies (MEPRA), which fell under the control of the Surgery Clinic of the Universidad de Buenos Aires Medical School. The headquarters of MEPRA, however, was not located in Buenos Aires but in Jujuy, where Chagas disease was rampant. That same year, Mazza founded the Scientific Society of Jujuy. The first president of the society was Guillermo Paterson, an expert in malaria. The society was responsible for diagnosing the first Argentine patients with Trypanosomiasis americana and Leishmaniasis tegumentaria americana.

At the beginning, MEPRA had only a handful of workers and the mission depended largely on Mazza's unwavering commitment. However, after the mission's first results were made known, Mazza was able to put together a team that worked on all regional pathologies, providing treatment, conducting research and teaching others about these illnesses. The mission was so successful that its work extended to neighboring countries and was lauded by numerous scientists across the world.

Mazza not only confirmed the existence of Chagas disease (some scientists had refused to believe it existed), but also made important progress in studying the symptoms and lesions it causes.

In addition to doing research, the mission organized meetings of regional doctors, tested medicine and experimental surgery on animals, and published scientific papers. Mazza also summoned his colleagues from across the country to participate in a series of scientific conferences, the last of which took place in 1935 in honor of Carlos Chagas, who had died the previous year.



“El individuo Mazza”, como solía llamarse a sí mismo.
Archivo de la provincia de Tucumán.

“Mazza the person,” as the doctor referred to himself
Tucumán Provincial Archives

EL INVESTIGADOR *THE RESEARCHER*

Poco después de obtener su título de médico, Mazza fue nombrado bacteriólogo del Departamento Nacional de Higiene. Como tal, organizó en la isla Martín García un laboratorio para detectar portadores sanos de cólera. Cinco años después llegó a ser director del laboratorio del Hospital Militar Central, donde se destacó en la preparación de la vacuna antitetánica. En 1916 viajó a Europa para efectuar estudios de profilaxis de las enfermedades infecciosas. Y ese mismo año fue nombrado profesor de Bacteriología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

Mazza fue Director honorario del laboratorio del Instituto de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de la UBA, secretario local de la Real Sociedad de Medicina Tropical de Londres, miembro correspondiente de la Sociedad de Patología Exótica de París, y Director de la Sociedad Argentina de Patología Regional.

Shortly after receiving his medical degree, Mazza was appointed bacteriologist of the National Department of Hygiene. From this post, he started a laboratory on Martín García Island to detect healthy carriers of cholera. Five years later, he became the director of the laboratory at the Hospital Militar Central, where he created the tetanus vaccine. In 1916, he traveled to Europe to study the prevention of infectious illnesses. That same year, he was appointed professor of bacteriology at the Universidad de Buenos Aires Medical School.

Mazza was an honorary director of the laboratory of the Institute of Surgery at the Universidad de Buenos Aires Medical School, the local secretary of the Royal Society of Tropic Medicine and Hygiene of London, associate member of the Colonial Health Service of Paris, and director of the Argentine Society of Regional Pathology.



Mazza con el doctor Paterson, en el Hospital La Esperanza, año 1943. Archivo General de la Nación.

Mazza with Doctor Paterson at Hospital La Esperanza in 1943
National Archives

THE TRAIN CAR

Doctor Mazza was a pioneer in public health. Not satisfied with creating a scientific institute in Jujuy or starting a lab for the study of endemic diseases, he convinced the government to build him a car train and to give him the freedom to travel across the country. Outfitted with a laboratory and doctor's offices (designed by Mazza himself), he crisscrossed Argentina, conducting further research and assisting the many physicians who needed his help.

All sorts of medical procedures were done on the train: blood tests, cultures, serological tests, vaccinations, biopsies, etc. In spite of the limited resources of the train car and the difficulties of each case, Mazza was unstoppable—even when it came to doing a spinal tap in a tent at a camp for railway workers or an autopsy outdoors in a settlement of indigenous people. As if such incredible efforts were not enough, he took time to visit the smallest villages along the way to instruct the locals on what to do to avoid getting sick and to provide practical demonstrations for physicians.

THE END

The mission operated in Jujuy for twenty years. In 1946, it was moved to Buenos Aires, but it was never quite the same. Mazza died that same year in Mexico, where he was attending an international conference on Chagas disease. He died of a heart attack that was apparently caused by trypanosomiasis. Like many other doctors before him and others who would follow, he had fallen victim to the illness that he had sought to eradicate. He was young—just sixty—and the institution was hard hit by the loss of its leader, as its funding was subsequently reduced. In 1959, the mission was closed; the government argued that it was not doing enough research to justify the costs of keeping it open.

EL VAGÓN DEL FERROCARRIL

El doctor Mazza fue un adelantado en salud pública. No satisfecho con la creación de una institución científica en Jujuy y la instalación de un laboratorio para estudiar enfermedades endémicas, logró que le construyeran un vagón de ferrocarril y le otorgaran un pase libre para transitar con él por todo el país. Con ese tren equipado con un laboratorio y un consultorio completos (que él mismo diseñó), recorrió la Argentina de un extremo al otro, investigando y asesorando a muchos médicos que requerían su ayuda.

En el tren se hacía de todo: extracciones de sangre, cultivos, exámenes serológicos, inoculaciones, biopsias, etcétera. A pesar de la precariedad de los medios o lo difícil de cada caso, Mazza no bajaba la guardia. Ni cuando tuvo que hacer una punción lumbar en una carpa de un campamento de obreros ferroviarios, o una autopsia en el suelo, al aire libre, en una toldería indígena. Al mismo tiempo, como si su descomunal esfuerzo no hubiera sido suficiente, visitaba las villas más pequeñas para instruir a la población acerca de los cuidados que había que tener para no enfermarse y hacía demostraciones prácticas para los médicos.

EL FINAL

La misión se mantuvo en Jujuy durante veinte años. En 1946 se trasladó a Buenos Aires, pero ya no fue lo mismo. Mazza falleció justo ese año en México, adonde asistía a un congreso internacional sobre Chagas.

Murió de un infarto cardíaco, y según todo parece indicarlo, a causa de la tripanosomiasis. Como otros tantos médicos antes y después, la enfermedad que buscaba erradicar cobró en él una nueva víctima. Se fue joven —con sesenta años cumplidos— y la institución sintió el impacto de la pérdida de su maestro, dado que fue reduciendo sus prestaciones. Al final fue disuelta en 1959 bajo el argumento de que no se realizaban trabajos de investigación que justificaran los motivos para los cuales había sido creada.

Luego de la desaparición de Mazza, la Misión pasó a ser conducida por distintos médicos: Miguel E. Jörg (interino en 1946), Alberto Manso Soto (1946-1955), Flavio L. Niño (1955) y Guido A. Loretti (hasta su disolución en 1959).

Four different physicians led the mission after Mazza's death: Miguel E. Jörg (interim director, 1946), Alberto Manso Soto (1946-1955), Flavio L. Niño (1955) and Guido A. Loretti (until it was closed in 1959).



Manifestaciones clínicas del Chagas.

Clinical manifestations of Chagas disease

LOS GOBIERNOS DEMOCRÁTICOS: PERÓN 1946-1952

DEMOCRATIC GOVERNMENTS: PERÓN 1946-1952

RAMÓN CARRILLO:

**“LA MEDICINA NO SÓLO DEBE CURAR, SINO
ENSEÑAR AL PUEBLO A VIVIR”**

***“MEDICINE MUST NOT ONLY CURE THE PEOPLE,
BUT ALSO TEACH THEM HOW TO LIVE”***

El movimiento que nació con la llegada de Perón al poder en 1946 no sólo estaba basado en lo que su líder podía dar, sino también en la tarea de hombres capaces que brillaron en muchas áreas. Uno de estos hombres fue el doctor Ramón Carrillo, designado al frente de la recién creada Secretaría de Salud, quien fue el primero en implementar en la Argentina una política sanitaria con carácter social.

The movement that was born when Perón came to power in 1946 was based not only on what its leader had to offer, but also on the brilliant efforts of capable men working in many different areas. One such man was Doctor Ramón Carrillo, appointed head of the newly created Office of Health. He was the first person to formulate a social health policy in Argentina.



Un ciclo de ocho años durante los cuales se construyeron 141 nuevos hospitales, 60 institutos de especialización, 50 centros materno-infantiles, 16 escuelas técnicas, 23 laboratorios e instituciones de diagnóstico, 9 hogares-escuela, centros sanitarios en todas las provincias, además de realizarse campañas integrales de prevención y control de las endemias y establecer los pilares de la medicina preventiva y social. Carrillo puso en funciones la primera fábrica nacional de medicamentos, denominada ERESTA.

During an eight-year period, Peronism constructed one hundred and forty-one hospitals, sixty centers for specialized care, fifty maternity-pediatric health centers, sixteen schools for health technicians, twenty-three laboratories and diagnostic institutions, nine shelter-schools, and health centers in all the provinces. Comprehensive campaigns for the prevention and control of epidemic diseases were launched as the pillars of preventive and social medicine were erected. Carrillo was also responsible for opening ERESTA, the first Argentine plant for the production of medicine.

El Dr. Ramón Carrillo, ministro de
Salud Pública.
[Archivo General de la Nación.](#)

Dr. Ramón Carrillo, Minister of
Public Health.
National Archives

CRONOLOGÍA

TIMELINE

-1906: El 7 de marzo nace Ramón Carrillo en la provincia de Santiago del Estero.

-1922: Publica la monografía histórica, “Juan Felipe Ibarra: su vida y su tiempo”, con la que ganó una medalla de oro.

-1923: Egresa como bachiller con medalla de oro.

-1924: Comienza a cursar estudios en la Facultad de Medicina de la UBA.

-1927: Obtiene por concurso el cargo de practicante externo del Hospital de Clínicas. Colabora con las revistas del Círculo Médico Argentino y del Centro de Estudiantes.

-1928: Se recibe de médico.

-1930: Gana una beca de la UBA que le permite estudiar durante tres años en Europa (Francia, Alemania y Holanda).

-1932: Representa a la Argentina en el Primer Congreso de Neurología, en Berna (Suiza).

-1933: Regresa al país y dirige el Laboratorio de Neuropatología del Instituto de Clínica Quirúrgica.

-1935: Adhiere a la Fuerza de Orientación Radical de la Joven Argentina (FORJA), junto a Arturo Jauretche, Juan B. Fleitas, Manuel Ortiz Pereyra, Luis Dellepiane, Gabriel del Mazo, Atilio García Mellid, Jorge del Río, Raúl Scalabrini Ortiz y Homero Manzi, entre otros.

-1937: Recibe el Premio Nacional de Ciencias.

-1939: Se hace cargo del Servicio de Neurología y Neurocirugía del Hospital Militar Central.

-1941: Asume como profesor adjunto en la cátedra de Neurocirugía.

-1942: Queda a cargo de la cátedra de Neurocirugía al fallecer su titular, el profesor Manuel Balado.

-1944: Dirige el Instituto Nacional de Neurocirugía. Crea, organiza y preside la Escuela de Postgrado de la Facultad de Medicina de la UBA, con orientación en medicina social y preventiva. Funda la Sociedad Argentina de Historia de la Medicina. En esta institución publica 140 monografías sobre temas vinculados a la neurología, psiquiatría, histología y patología del sistema nervioso, con especial referencia a la neurocirugía y a la historia de la medicina.

-1945: La Escuela de Medicina lo designa representante ante el Consejo Directivo de la Facultad.

-1946: El 4 de junio asume la Secretaría de Salud Pública, creada sobre la base del antiguo Departamento Nacional.

-1947: Inaugura el Instituto de Medicina Preventiva. Edita el Plan Analítico de Salud Pública de la Nación.

-1949: Se transforma en el primer ministro de Salud Pública. Edita su obra “Política Sanitaria Argentina”.

-1953: Publica “Teoría del Hospital”.

-1954: Renuncia a su cargo y viaja a Estados Unidos.

-1955: Trabaja como médico en el nordeste de Brasil.

-1956: Fallece en Brasil.

-1972: Son repatriados sus restos.

-1906: Ramón Carrillo was born on March 7th in the province of Santiago del Estero.

-1922: He published the historical monograph “Juan Felipe Ibarra: su vida y su tiempo” [The Life and Times of Juan Felipe Ibarra] for which he was awarded a gold medal.

-1923: He received a high school degree with honors.

-1924: He enrolled in the Universidad de Buenos Aires Medical School.

-1927: He was appointed practitioner at Hospital de Clínicas. He contributed to the journals published by the Argentine Medical Association and the Students’ Center.

-1928: He earned a degree in medicine.

-1930: He won a scholarship from the Universidad de Buenos Aires that allowed him to study in Europe (France, German and the Netherlands) for three years.

-1932: He represented Argentina at the First International Neurology Congress in Berne (Switzerland).

-1933: He returned to Argentina and became the director of the Neuropathology Laboratory at the Institute of Surgery.

-1935: He joined the Fuerza de Orientación Radical de la Joven Argentina (FORJA), a youth branch of the Radical Party. Fellow members included Arturo Jauretche, Juan B. Fleitas, Manuel Ortiz Pereyra, Luis Dellepiane, Gabriel del Mazo, Atilio García Mellid, Jorge del Río, Raúl Scalabrini Ortiz, Homero Manzi, and others.

-1937: He won the National Science Award.

-1939: He was named Chief of the Neurology and Neurosurgery Department at the Hospital Militar Central.

-1941: He became an assistant professor of neurosurgery.

-1942: After the death of Manuel Balado, the head of the Neurosurgery Department, he was named chairman of the Department.

-1944: He became director of the Instituto Nacional de Neurocirugía. He founded, organized and presided over the post-graduate program in preventative and social medicine at the Universidad de Buenos Aires School of Medicine. He founded the Argentine Society on the History of Medicine, which published 140 of his papers on neurology, psychiatry, histology and nervous system pathologies in relation to neurosurgery and the history of medicine.

-1945: The Medical School appointed him its representative to the University Board.

-1946: On June 4th, he was named Secretary of Public Health, a public office based on what was formerly the National Department of Health.

-1947: The Institute of Preventative Medicine was established. He published the Plan for the Nation’s Public Health.

-1949: He became the Minister of the Department of Public Health and published “Health Policies in Argentina.”

-1953: He published “The Theory of the Hospital.”

-1954: He resigned from his position and traveled to the United States.

-1955: He worked as a physician in Northeast Brazil.

-1956: He died in Brazil.

-1972: His remains were returned to Argentina.



El ministro Carrillo durante el acto de clausura del 1^{er} Congreso Internacional de Antibióticos y Quimioterapia en la Facultad de Ciencias Médicas. Año 1952. Archivo General de la Nación.

Minister Carrillo at the closing ceremony of the First International Congress on Antibiotics and Chemotherapy at the Medical School, 1952
National Archives

THE HIGHEST HONORS

Who was Carrillo? Although his work in the field of health care was vast, his career and merits were by no means limited to that sphere. Carrillo was considered an equal by the most distinguished figures at European universities and he was often asked to contribute to medical journals. He was known as a brilliant man even before he met Perón and his life took the course that it did.

At the age of 27, he was entrusted with running the Neuropathology Laboratory at the Institute of Surgery. From then on, he worked exclusively on research, publishing a number of scientific papers. He corresponded regularly with the most important figures in his field around the world.

Carrillo also wrote biographies, and economic and demographic studies, many of them published in the Argentine Neurology Archives, Medical Weekly, The Journal of the Argentine Medical Association, Medical Press, and other journals.

At the age of 31, he was awarded the National Science Prize, and two years later he became the head of the Neurology and Neurosurgery Department at the Hospital Militar Central. When he was just 35, he became the chairman of the Universidad de Buenos Aires Department of Neurosurgery.

He quickly attracted a good number of followers: Juan C. Christensen, Raúl Matera, Raúl Carrea, J. Day, Roberto Chescota, Ángel Cammarotta, Héctor Villar, Horacio Caste, Julián Prado, Magín Diez, Francisco Rubén Perino, Lorenzo Amezúa, Diego Luis Outes, Aldo Martino, Julio César Ortiz de Zárate, Eduardo Mendizábal, Rogelio Driollet Laspiur, Miguel Ragone, and his brothers Arturo and Santiago Carrillo, among others.



CON TODOS LOS HONORES

¿Quién era Carrillo? Aunque su obra sanitaria haya sido gigantesca, este campo no define por completo sus méritos ni su trayectoria. Carrillo se relacionaba de igual a igual con las eminencias de las universidades europeas y las publicaciones especializadas. Era un apellido con brillo antes de conocer a Perón e imaginar el rumbo que tomaría su vida.

A los 27 años se había hecho cargo del Laboratorio de Neuropatología del Instituto de Clínica Quirúrgica. A partir de entonces se dedicó a la investigación con exclusividad y publicó numerosos trabajos científicos. Mientras tanto, mantenía correspondencia con las máximas referencias mundiales en la materia.

Carrillo escribió biografías, estudios económicos y demográficos. Muchos de ellos fueron publicados en los Archivos Argentinos de Neurología, La Semana Médica, la Revista de la Asociación Médica Argentina, La Prensa Médica, entre otras revistas especializadas.

A los 31 años ganó el Premio Nacional de Ciencias, y dos años después se hizo cargo del Servicio de Neurología y Neurocirugía del Hospital Militar Central. Ya con jóvenes 35 años, asumió la titularidad de la cátedra de Neurocirugía de la Universidad de Buenos Aires.

El maestro no tardó en tener sus discípulos: Juan C. Christensen, Raúl Matera, Raúl Carrea, J. Day, Roberto Chescota, Ángel Cammarotta, Héctor Villar, Horacio Caste, Julián Prado, Magín Diez, Francisco Rubén Perino, Lorenzo Amezúa, Diego Luis Outes, Aldo Martino, Julio César Ortiz de Zárate, Eduardo Mendizábal, Rogelio Driollet Laspiur, Miguel Ragone, sus hermanos Arturo y Santiago Carrillo y otros.



Decreto de nombramiento de
Ramón Carrillo.
Archivo General de la Nación.

Decree appointing Ramón Carrillo
National Archives

ALGUNOS TRABAJOS

Durante quince años logró valiosos resultados con sus investigaciones.

Descubrió la papilitis aguda epidémica, enfermedad que desde entonces lleva su nombre; describió en detalle las esclerosis cerebrales, y reclasificó histológicamente los tumores cerebrales y las inflamaciones de la envoltura más íntima del cerebro (aracnoides), inflamaciones llamadas aracnoiditis.

SOME WORKS

During a fifteen-year period, he did fruitful research. He discovered epidemic acute papillitis, also known as Carrillo's disease; he described in detail cerebral sclerosis, and he undertook a histological reclassification of cerebral tumors and arachnoiditis, or inflammations of the arachnoid mater, the brain's inner covering.

Inauguración de la 1^{ra} Exposición Argentina de Salud Pública, año 1948. Perón, Eva Duarte y el doctor Carrillo.
 Archivo General de la Nación.

Opening of the 1st Argentine Exposition of Public Health, 1948. Perón, Eva Duarte and Dr. Carrillo
 National Archives



POLITICAL IDEAS

But Carrillo's energy and knowledge took him beyond laboratories and universities. He was also a regular in cafés and gatherings where he could give free rein to his political concerns amidst his beloved fellow activists. A great physician, he was concerned with the social situation in his country and pained by social injustice. When, in the mid-1930s, he returned from Europe having completed his post-graduate studies, he joined the Fuerza de Orientación Radical de la Joven Argentina (FORJA), a political movement associated with Hipólito Yrigoyen that protested against the situation in a country stifled by the 1930s, known locally as the Infamous Decade. Carrillo debated alongside Arturo Jauretche, Juan B. Fleitas, Manuel Ortiz Pereyra, Luis Dellepiane, Gabriel del Mazo, Atilio García Mellid, Jorge del Río, Raúl Scalabrini Ortiz and his close friend Homero Manzi, who was also from the province of Santiago del Estero.

As a prestigious scientist and a political activist, Carrillo was able to grasp the grievous situation facing the country in terms of health care, and to begin to imagine a solution. Because, as historian Osvaldo Vergara Bertiche states in "Ramón Carrillo, el sanitarista de los argentinos" [Ramón Carrillo, Argentina's Public Health Expert], Argentina at that time was a no man's land in terms of health care: only 9.61 hospital beds were available for every 1,000 inhabitants of the City of Buenos Aires, just 4.66 per 1,000 in Buenos Aires province, and 0.88 in Misiones. Indeed, there were no hospital beds at all in what was called the *Gobernación de los Andes* (the Puna grassland region). Hospitals and in-patient health centers were a luxury of the large cities. Public hospitals and institutions run by charitable organizations were in dire condition due to a lack of staff, food, medicine and equipment.



LAS IDEAS POLÍTICAS

La energía y el saber de Carrillo no se agotaban en los laboratorios o la universidad, sino que continuaban prodigándose en cafés y salones en los que daba rienda suelta a sus inquietudes políticas entre dilectos compañeros de militancia. El gran médico era también un hombre preocupado por la realidad de su país, angustiado por las injusticias sociales. Al regresar de sus estudios de posgrado en Europa, a mediados de los treinta, se sumó a Fuerza de Orientación Radical de la Joven Argentina (FORJA), la corriente política yrigoyenista que denunciaba la Argentina amordazada de la década infame. Allí, Carrillo discutía codo a codo con Arturo Jauretche, Juan B. Fleitas, Manuel Ortiz Pereyra, Luis Dellepiane, Gabriel del Mazo, Atilio García Mellid, Jorge del Río, Raúl Scalabrini Ortiz y Homero Manzi, santiagueño como él, de quien se hizo amigo entrañable.

El científico prestigioso por un lado, y el militante político por el otro. La fórmula que le permitió a Carrillo tomar conciencia de la penosa realidad sanitaria, y a la vez vislumbrar su remedio. Porque como afirma el historiador Osvaldo Vergara Bertiche en “Ramón Carrillo, el sanitarista de los argentinos”, el país era tierra de nadie en materia sanitaria: 9,61 camas por cada mil habitantes en la Capital Federal. Apenas 4,66 por mil en la provincia de Buenos Aires, 0,88 en el territorio nacional de Misiones y cero absoluto, por ejemplo, en la Gobernación de Los Andes (la zona de la Puna). Los hospitales o establecimientos con servicios de internación eran un privilegio de las grandes ciudades. Y los nosocomios del Estado o de las sociedades de beneficencia se desenvolvían en condiciones precarias, por falta de personal, alimentación, medicamentos e instrumental.



Afiches de la época. Imágenes recopiladas en el libro “La Nación Argentina. Justa, libre y soberana” 1950.

Posters from the period. Images collected in the book “La Nación Argentina. Justa, libre y soberana” [Argentina: A Just, Free and Sovereign Nation], 1950

ALGUNAS DEFINICIONES DEL MAESTRO *SOME OF THE WISE MAN'S STATEMENTS*

- “Mientras los médicos sigamos viendo enfermedades y olvidemos al enfermo como una unidad biológica, psicológica y social, seremos simples zapateros remendones de la personalidad humana.”
- “Debemos pensar que el enfermo es un hombre que es también un padre de familia, un individuo que trabaja y que sufre; y que todas esas circunstancias influyen, a veces, mucho más que una determinada cantidad de glucosa en la sangre. Así humanizaremos la medicina.”
- “A los fines de la Salud Pública, es más importante proporcionarle a la madre los medios para que, una vez que tenga al hijo, pueda defenderse de las contingencias posibles, o bien otorgar al padre los medios materiales para atender al nuevo hijo.”
- “As long as we doctors continue to focus on sickness and neglect sick people as a biological, psychological and social wholes, we will be mere shoemakers, patching up the human being.”
- “We must remember that a patient is an integral person, a father, an individual who works and suffers, and that often all of these circumstance exercise a greater influence on a man's health than the amount of glucose in his blood. We must humanize medicine.”
- “For the sake of public health, it is important to equip mothers-to-be with the means to cope with any health problems that could arise once their child is born, and to provide fathers with the material means to care for a new child.”



Estampilla conmemorativa de la gestión del ministro Carrillo.
Edificio de la Secretaría de Salud Pública.
[Archivo General de la Nación.](#)

Minister Carrillo commemorative stamp.
Office of Public Health Building
National Archives



THE CREATION OF THE DEPARTMENT OF HEALTH AND WELFARE

There was no hospital infrastructure in rural areas. What's more, the country as a whole had only 45% of the hospital beds it required. Although more than a century had passed since Argentina had become a sovereign nation in May 1910, the country continued to depend on charitable organizations, rather than an organized public system, for health care. *"Charity is a laudable Christian virtue, but it cannot form the basis of a doctrine of public health,"* wrote Carrillo with great wisdom.

But the physician from Santiago del Estero was not only aware of what his country was lacking in terms of health care, but also of the social causes of diseases. All the texts written about his life contain the following concise but powerful phrase, a true maxim of social medicine: ***"Compared with the poverty, sorrow, despair, and social injustice experienced by so many people across the world, germs are a minor cause of disease."***

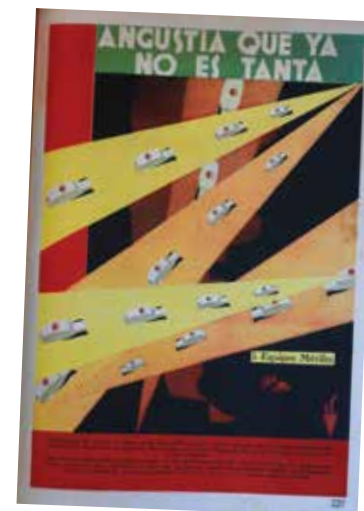
When Perón met Carrillo in 1944 at the Hospital Militar Central, he quickly recognized the doctor's wealth of knowledge and his social awareness. Perón was struck by Carrillo's impressive career and his comprehensive vision of health care; Carrillo grasped the importance of a vast range of concerns, from the number of hospital beds available to the social causes of disease. Hence, Perón entrusted him with the nation's health care system from the recently opened Office of Public Health (1946) and then from the Department of Health and Welfare, which was created in 1949. This marked the beginning of the State's unwavering commitment to public health.

LA CREACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD Y ASISTENCIA SOCIAL

Las zonas rurales no contaban con infraestructura hospitalaria. Es más: el país, en su conjunto, disponía sólo de un 45 por ciento de las camas necesarias. Todavía, pese al tiempo transcurrido desde los días de mayo de 1810, la Argentina seguía dependiendo de las sociedades benéficas y no de la administración ordenada de la salud a través del Estado. *“La caridad es una virtud cristiana admirable, pero no puede ser la base de una doctrina para el gobierno de la salud pública”*, escribió Carrillo con sabiduría.

Pero el médico santiagueño no sólo conocía las carencias del país en materia de salud, sino que tenía una idea muy clara acerca de los determinantes sociales de las enfermedades. En todos los textos que se ocupan de su vida aparece esta definición breve pero contundente, un verdadero axioma de la medicina social: ***“Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como causas de enfermedad, son unas pobres causas”***.

Esta riqueza de conocimientos y sensibilidad social descubre Perón en Carrillo cuando lo conoce en 1944 en el Hospital Militar Central. Lo deslumbra esa amalgama de sabiduría científica, avalada por una carrera ejemplar, con esa visión sanitaria del país, que va de la enumeración de las camas en los hospitales hasta los orígenes sociales de la enfermedad. A ese hombre, entonces, le transfiere la responsabilidad de conducir la atención sanitaria, desde la flamante Secretaría de Salud (1946). Y luego desde el Ministerio de Salud y Asistencia Social, que crea en 1949 con Carrillo al frente. Toda una señal y un compromiso para los tiempos futuros.



EL CIENTÍFICO THE SCIENTIST

Carrillo llevó adelante valiosas investigaciones originales entre 1930 y 1945 sobre células cerebrales, e ideó asimismo métodos para teñirlas y observarlas al microscopio. También descubrió su origen evolutivo e hizo estudios sobre la anatomía comparada de los cerebros de las diversas clases de vertebrados.

From 1930 to 1945, Carrillo was engaged in a number of important and original research projects on brain cells; he came up with methods to dye them so they could be observed under microscope. He also investigated the evolutionary origin of brain cells, doing comparative studies of the brain anatomy of different types of vertebrates.



Carrillo recibiendo una de sus tantas condecoraciones.
Archivo General de la Nación.

Carrillo receiving one of his many medals
National Archives

Inauguración de la 1ª Exposición Argentina de Salud Pública, 1948. Archivo General de la Nación.

Opening of the 1st Argentine Exposition of Public Health, 1948
National Archives



THE MINISTER

There was no need for Carrillo to improvise when he became a public official. The first thing he did was establish the overriding goals of the Office of Public Health on the following premises:

1. All men have equal right to life and health care.
2. There can be no health policy without social policy.
3. Advances in medical technique are of no use if there are no means to bring them to the people.

To improve Argentina's health infrastructure, he divided the country into zones and planned policy to meet the specific needs of each one. This was done under the supervision of the Department, but without bureaucracy: each region was able to enact policy independently.

At the same time, Carrillo wrote the Public Health Plan, a document over four thousand pages long in which he discusses even the smallest details: the overall functioning of hospitals throughout the country, the scope of the medical teams, the tasks to be performed by individual employees in each area (maintenance, management, laundry service, uniforms, administration, accounting, purchasing and human resources). He was also involved in the design of the hospital buildings, encouraging the construction of spacious and functional health centers that got plenty of sunlight. Leaving no loose ends, he encouraged the creation of a Hospital Architecture Department at the Universidad de Buenos Aires, as well as the organization of courses in surgical instruments, nursing, hospital administration, hemotherapy, radiology, anesthesiology, nutrition, and many other topics. Carrillo oversaw the progress of all these tasks, making sure that the milestones marked on the Five Year Plan were reached. **The construction projects were carried out by the Department of Public Works, the Construction Division of the Department of Health, and the Eva Perón Foundation.** According to the Ramón Carrillo Foundation, all of this labor yielded 4,229 new health care establishments, providing 130,180 hospital beds.

En la página siguiente, Carrillo dirigiendo las tareas de desinfección en el depósito donde se originó el brote de peste bubónica, de la ciudad de Buenos Aires, diciembre de 1946. Archivo General de la Nación.

On the next page, images of Carrillo directing the disinfection of the warehouse where the outbreak of the bubonic plague started in the city of Buenos Aires, December 1946
National Archives

EL MINISTRO

Carrillo no llegó improvisadamente a su puesto de funcionario. Primero, fijó los objetivos generales de la Secretaría de Salud a partir de las siguientes definiciones:

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.

Para mejorar la estructura sanitaria nacional, dividió al país en zonas, planificando para cada una la atención específica de sus problemas. Todo bajo la supervisión del Ministerio, pero sin burocracia: cada área podía ejecutar sus políticas con independencia.

En forma simultánea, elaboró un proyecto de más de cuatro mil páginas –el Plan Analítico de Salud Pública–, en el que previó hasta el más mínimo de los detalles: el funcionamiento hospitalario en su totalidad, las competencias del cuerpo médico, las tareas a cumplir por cada uno de los empleados en todas las áreas (mantenimiento, intendencia, lavandería, ropería, administrativa, contable, compras y personal). También se ocupó de la arquitectura, promoviendo la construcción de centros de salud espaciosos, luminosos y funcionales. Y para no dejar cabo suelto, alentó la creación de una cátedra de arquitectura hospitalaria en la universidad, así como la organización de cursos de instrumentación quirúrgica, enfermería, administración hospitalaria, hemoterapia, radiología, anestesiología, alimentación y muchos otros.

Carrillo controló la marcha de las tareas, para poder cumplir a tiempo con el calendario del Plan Quinquenal. Los trabajos se llevaron a cabo por intermedio del Ministerio de Obras Públicas, la Subsecretaría de Construcciones del Ministerio de Salud y la Fundación Eva Perón, y dieron como saldo, según datos de la Fundación Ramón Carrillo, la creación de 4.229 establecimientos sanitarios con 130.180 camas.



UNA ANÉCDOTA

Un día llegó a la Argentina un científico norteamericano con un proyecto para crear un centro especializado para la atención de quemados. El doctor Kirshbaum comenzó a explicarle a Carrillo su proyecto pero, en un momento dado, notó que el ministro estaba como distraído. Se inquietó. Mas su temor se dispó enseguida cuando Carrillo se incorporó con su metro ochenta y le dijo al especialista: *“Usted será el primer director del Instituto del Quemado, cuya creación ya he decidido. Y discúlpeme si le pareció que no lo estaba escuchando”*. Inmediatamente llamó a su secretario y le dio instrucciones para que le facilitaran a Kirshbaum lo que necesitaba. A los cuatro meses el Instituto estaba funcionando a pleno.

AN ANECDOTE

One day a North American scientist arrived in Argentina with a project in mind: creating a center specialized in care for burn victims. Dr. Kirshbaum began explaining his project to Carrillo but, at a certain point, he noticed that the Minister seemed distracted. He was a bit concerned, but his nerves vanished when the nearly six-foot-tall Carrillo stood up and stated, *“You will be the first director of the Institute for Burn Victims, an institution we have already decided to establish. And I apologize if I didn’t seem to be listening.”* He immediately called in his secretary and instructed him to give Kirshbaum anything he needed. Four months later, the Institute was up and running.

OBJETIVOS DEL PLAN ANALÍTICO DE SALUD PÚBLICA

AIMS OF THE PUBLIC HEALTH PLAN

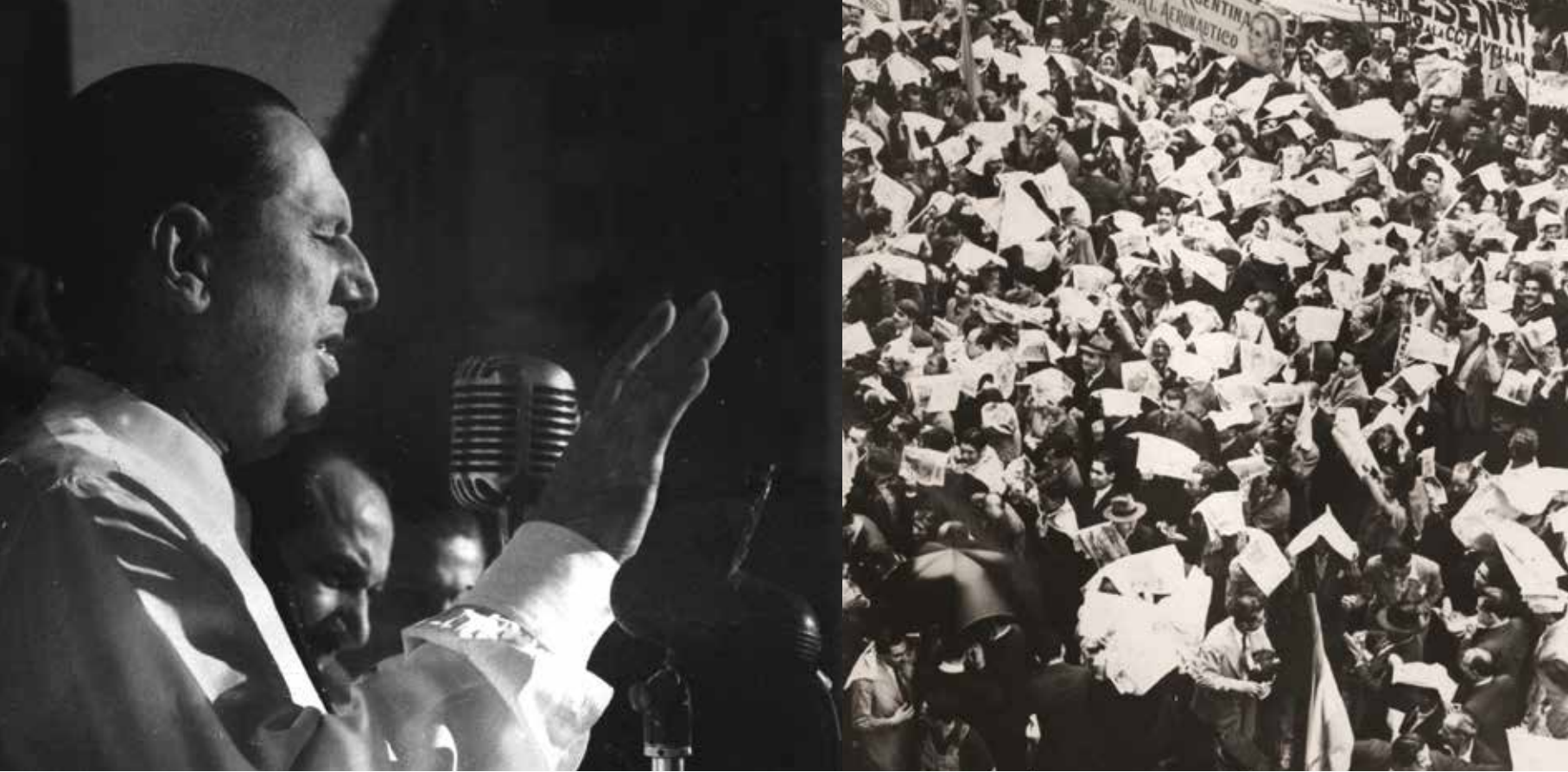
- 1) Preservación, conservación y restitución de la salud de la población.
- 2) Problemas de higiene.
- 3) Profilaxis y tratamiento de las enfermedades.
- 4) Defensa sanitaria de las fronteras y puertos terrestres, marítimos, fluviales, lacustres y aéreos, y la cooperación sanitaria internacional.
- 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, enfermedad y vejez que correspondan a su jurisdicción.
- 11) Readaptación y reeducación de 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 distribución de las redes cloacales.
- 15) Reglamentación y fiscalización del ejercicio de las actividades vinculadas a la salud pública y de las profesiones médicas, sus ramas familiares y farmacias.
- 16) Fiscalización de lo atinente a productos medicinales, biológicos, alcaloides, estupefacientes, dietéticos, 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) Intervención y fiscalización en la distribución de subsidios a las entidades públicas o privadas que desarrollen actividades de higiene, medicina preventiva o asistencial.
- 19) Inspección y fiscalización técnica del funcionamiento de los institutos, sanatorios y demás entidades de carácter sanitario.
- 20) Demología (estudio de las enfermedades) sanitaria de la Nación.
- 21) Educación higiénico-sanitaria de la población.
- 22) Fiscalización de la aplicación de los conocimientos de las ciencias médicas.

- 1) Keeping, preserving and restoring the health of the population.
 - 2) Addressing hygiene problems
 - 3) Preventing and treating diseases.
 - 4) Protecting health at the country's borders (land crossings, sea ports, river ports, lake ports, and airports) and participating in international cooperation on health.
 - 5) Fostering preventative medicine.
 - 6) Supervising health and the bromatological control of foodstuffs.
 - 7) Providing comprehensive health care for mother and child.
 - 8) Promoting children's medicine and hygiene.
 - 9) Promoting hygiene and medicine at the workplace.
 - 10) Ensuring that insurance companies provide proper medical attention in cases of accidents, maternity, disease and old age.
 - 11) Rehabilitating the sick and the disabled, and working to reinsert them in society.
 - 12) Fostering hygiene in urban housing.
 - 13) Fostering sports hygiene and medicine.
 - 14) Ensuring hygiene and health in drinking water and the sewage system.
 - 15) Regulating and overseeing public health and its various practices, as well as medical professions and pharmacies.
 - 16) Overseeing all topics related to medical, biological, alkaloid, narcotic, dietetic, insecticide and personal hygiene products, as well as medications, mineral waters, medicinal herbs, and materials and instruments used in the practice of medicine.
 - 17) Creating and managing public health establishments and overseeing private health establishments.
 - 18) Intervening in and auditing the use of subsidies to public and private entities engaged in hygiene, preventive medicine, and health care.
 - 19) Inspecting and providing technical supervision of the functioning of health institutions, private clinics and other organizations involved in health care.
 - 20) Engaging in epidemiology (the study of diseases) at the national level.
 - 21) Providing hygiene-health education to the population.
 - 22) Supervising the application of medical knowledge.
-



Afiches de las campañas sanitarias. 1945-1950.

Health campaign posters, 1945-1950



THE HEALTH PLAN

In 1947, Carrillo was able to get law 13,012 passed. Its first article required the Executive Power to prepare a Project for a Health and Welfare Code and for the creation of the National Health and Welfare Fund, to be presented in the next session. The law considered two major areas: health policy and social welfare. The project submitted in 1951 was signed by Carrillo and Perón. At the same time, the Ministry of Technical Affairs ordered the Department of Health to present a new health plan for 1952-1958, one that would further the goals established in the 1946 Plan. This new plan was the result of five years of experience, of bringing together or reallocating the responsibilities of different institutions and creating new entities.

“A society must not and cannot admit divisions of social classes on the basis of economic factors. Man is not an economic being. Economics reduces man to his need, rather than elevate his dignity,” said Carrillo as he brought health care to every corner of the country. There is not a single Argentine province in which he did not build a hospital or health center. The greatest number were built in Patagonia (which was quite desolate at the time) and in the poorest province in northeastern Argentina. Scores of specialized health centers were opened, mostly in the city of Buenos Aires, where there were more doctors and where the Universidad de Buenos Aires is located. These specialized centers did research into very specific diseases, trained professionals in an array of disciplines, and provided the population with preventative care.



EL PLAN SANITARIO

Carrillo logró que en 1947 se sancionara la ley 13.012, cuyo primer artículo comprometía al Poder Ejecutivo a preparar un Proyecto de Código Sanitario y de Asistencia Social y de Creación del Fondo Nacional de Salud y Asistencia Social, que debería ser presentado en el siguiente período ordinario de sesiones. Contemplaba dos grandes ejes: el vinculado a la política sanitaria y el relacionado con la asistencia social. En 1951 el proyecto fue publicado con las firmas de Carrillo y Perón. A su vez, el Ministerio de Asuntos Técnicos dispuso que el de Salud presentara un nuevo Plan sanitario para 1952-1958 que debía seguir las líneas ya trazadas: era un programa de consolidación del Plan de 1946. El nuevo plan fue el resultado de la experiencia de cinco años, de la fusión o transferencia de reparticiones e instituciones dispersas y de la creación de nuevos organismos.

“En una sociedad no deben ni pueden existir clases sociales definidas por índices económicos. El hombre no es un ser económico. Lo económico hace en él a su necesidad, no a su dignidad”, sostenía Carrillo, mientras llevaba la salud a todos los rincones del país. No hay provincia donde no se haya levantado un hospital o un centro sanitario. Del repaso por los pueblos o localidades beneficiadas se observa que la mayor cantidad se erigieron en la Patagonia (por entonces bastante despoblada) o en las provincias más pobres del Noroeste. A la vez, se inauguraron decenas de institutos especializados (la mayoría en la Capital Federal, donde había más médicos y, además, reside la Universidad de Buenos Aires), que se ocuparon de investigar enfermedades muy específicas, preparar profesionales en diversas disciplinas y asistir a la población a través de la medicina preventiva.

1947

La ley 13.012: Proyecto de Código Sanitario y de Asistencia Social.

Law 13.012: Project for Health and Welfare Code

LA FUNDACIÓN EVA PERÓN

THE EVA PERÓN FOUNDATION

La gran aliada de Carrillo fue Eva Perón, quien a través de su fundación colaboró en el desarrollo del Plan Sanitario del ministro.

La Fundación se creó el 19 de junio de 1948 y en materia de salud, construyó cuatro Policlínicos en Buenos Aires: los de Ezeiza, y Avellaneda, Lanús y San Martín; y 21 hospitales y policlínicos fueron construidos en 11 provincias.

La creación de los campeonatos infantiles y juveniles fueron la ocasión para la revisión médica de más de 300.000 niños. El Hospital de Lactantes y Epidemiología Infantil y la Clínica de Recuperación Infantil de Terma de Reyes, en la provincia de Jujuy, fueron concreciones de la Fundación en el ámbito de la salud infantil.

En 1951, con la idea de que, *“si no todos los descamisados pueden llegar al hospital, el hospital debe llegar a los descamisados”*, la Fundación inauguró un nuevo estilo de atención médica: el Tren Sanitario. Enviado por el Policlínico Presidente Perón, el tren tenía doce vagones y llevaba un equipo médico de 46 personas. Durante cuatro meses viajó por el país. Un vagón se organizó para pasar películas y educar al pueblo en materia de higiene y cuidados preventivos. El tren tenía su propio generador eléctrico, una farmacia, laboratorios, salas de rayos x, una sala de espera, una sala de cirugía, una sala de partos, salas donde atendían dentistas, médicos y ginecólogos; vacunas, medicamentos. Todos los servicios eran gratuitos.

Carrillo's greatest ally was Eva Perón, whose foundation contributed to the development of his Health Plan.

The Foundation was created on June 19, 1948. It was responsible for the construction of four polyclinics in Buenos Aires, and others in Ezeiza and Avellaneda, Lanús and San Martín; twenty-one hospitals and polyclinics were built in eleven provinces.

Sports competitions for children and teens provided an opportunity to provide more than 300,000 children with medical examinations. The Newborn and Infant Hospital and the Terma de Reyes Children's Recovery Clinic, in Jujuy province, were among the Foundation's other projects in the realm of children's health.

In 1951, on the basis of the conviction that “if not all poor people can reach the hospital, the hospital will have to reach them,” the Foundation started making use of a new modality in health care: the Health Train. The train's center of operations was the Presidente Perón Polyclinic. It consisted of twelve cars and it carried a 46-person medical team aboard. It would travel around the country for a period of four months at a time. In one of the cars, educational films on hygiene and preventative care were shown. The train had its own generator, a pharmacy, laboratories, an X-ray room, a waiting room, an operating room, a delivery room, and dental, clinical and gynecological offices; it dispensed vaccinations and medication. All the services were offered free of charge.



Eva Perón con odontólogos de Rosario. Año 1947.
Archivo General de la Nación.

Eva Perón with dentists in Rosario, 1947
National Archives



Tren Sanitario que arriba desde el Norte del país a Retiro.
Sala de Rayos X y equipo especializado de atención médica.
Archivo General de la Nación.

Health Train coming into Retiro Station from northern Argentina
X-ray room and health care team. National Archives



ESTADO
Nº 1324



EVA PERÓN



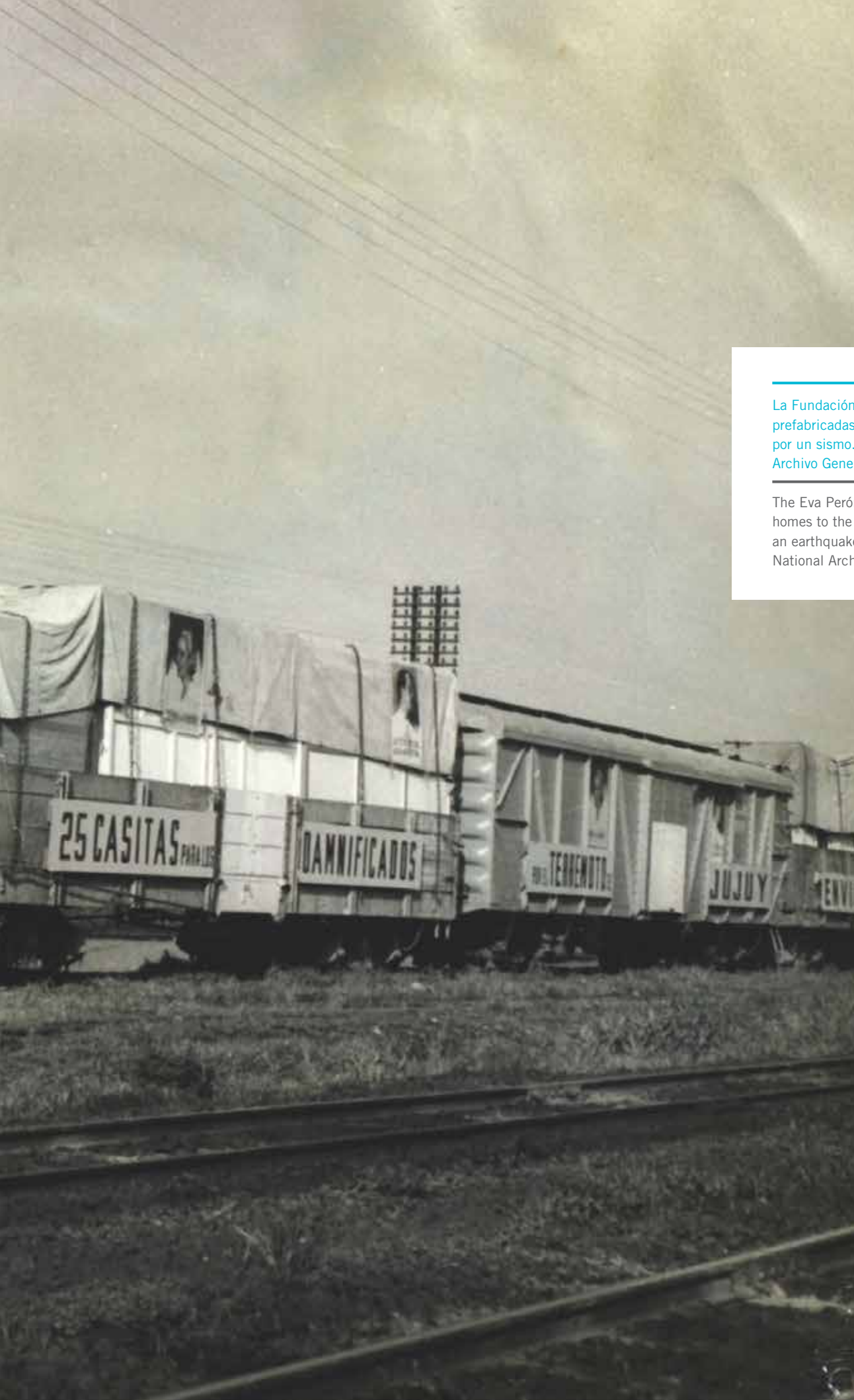
AUTORITA DE LOS
GRAN ARGENTINOS

ENVIO DE

EVITA

ESTADO
26358

358



La Fundación Eva Perón envía casitas prefabricadas hacia Salta y Jujuy, afectadas por un sismo. Año 1948. Archivo General de la Nación.

The Eva Perón Foundation sent pre-fabricated homes to the provinces of Salta and Jujuy after an earthquake, 1948
National Archives

HOSPITALES GENERALES CREADOS

- Nacional de Rehabilitación (Valcheta, Río Negro)
- Nacional de Odontología (Capital Federal)
- Rehabilitación de Leprosos (Diamante, Entre Ríos)
- Hidrotermal (Lago Epecuén, Buenos Aires)
- Hidrotermal (Río Hondo, Santiago del Estero)
- Odontológico (Berisso, Buenos Aires)
- Investigaciones, Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Parasitarias (La Plata)
- Neuroquirúrgico del Norte (Salta)
- Traumatología y Ortopedia (Torres)
- Colonia Cerdá para Discapacitados Mentales
- Dr. Ricardo Finochietto (Lanús, Buenos Aires)
- Crónicos (Junín, Buenos Aires)
- Cirugía (Jujuy)
- Dermatológico (Mercedes, Buenos Aires)
- Tecnológico (Nueva Pompeya, Capital)
- De Mataderos (Capital)
- Para Niños (Manzanares, Buenos Aires)

GENERAL HOSPITALS FOUNDED

- Rehabilitation Hospital (Valcheta, Río Negro)
- Hospital of Dentistry (City of Buenos Aires)
- Hospital for the Rehabilitation of Lepers (Diamante, Entre Ríos)
- Hydrothermal Hospital (Lago Epecuén, Buenos Aires)
- Hydrothermal Hospital (Río Hondo, Santiago del Estero)
- Hospital of Dentistry (Berisso, Buenos Aires)
- Research, Diagnosis and Treatment of Parasite-Related Diseases (La Plata)
- Hospital of Neurosurgery (Salta)
- Hospital of Traumatology and Orthopedics (Torres)
- Colonia Cerdá Hospital for the Mentally Ill
- Dr. Ricardo Finochietto (Lanús, Buenos Aires)
- Hospital for Chronic Diseases (Junín, Buenos Aires)
- Hospital of Surgery (Jujuy)
- Hospital of Dermatology (Mercedes, Buenos Aires)
- Medical Technology (Nueva Pompeya, City of Buenos Aires)
- Hospital of Mataderos (City of Buenos Aires)
- Children’s Hospital (Manzanares, Buenos Aires)

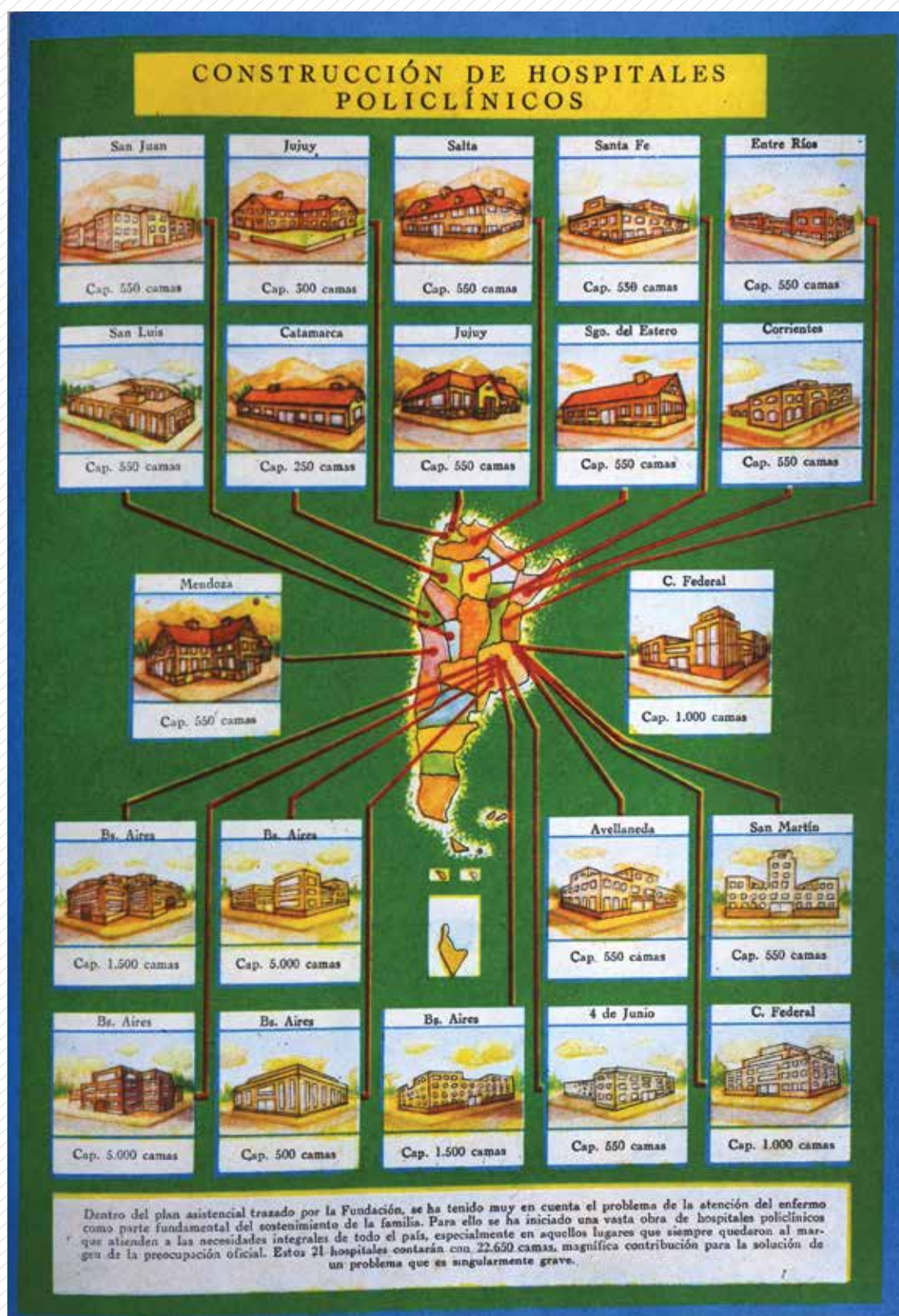
Muchas de las instituciones creadas por Carrillo (ver recuadros) ya no existen. Se abandonó su mantenimiento o en determinado momento ya no se consideraron útiles. El resto de ellas sigue prestando una valiosa atención a la salud de los argentinos.

“La medicina no sólo debe curar enfermos sino enseñar al pueblo a vivir, a vivir en salud y tratar que la vida se prolongue y sea digna de ser vivida”. Consecuentemente con este pensamiento, según datos del historiador Juan Carlos Veronelli en su libro “Los Orígenes Institucionales de la Salud Pública en Argentina”, durante la gestión de Carrillo el presupuesto en salud se incrementó diez veces, y la mortalidad infantil, que en 1945 era del 90 por mil, descendió a 56 por mil en 1954.

Carrillo consideraba que el hospital debía ser *“un hogar y no una antesala de la muerte”*, y que los servicios médicos constituían uno de sus derechos esenciales. Sostenía, asimismo, que el objetivo principal de la medicina moderna no era sólo curar al enfermo sino evitar que se enferme. Y que para que eso sucediera, había que promover el mejoramiento general de la sociedad: *“Las tareas de los higienistas no rendirán frutos si previamente no se consolidan las leyes obreras destinadas a dignificar la tarea en las fábricas y oficinas, a mejorar sueldos y salarios, a ampliar los beneficios de las jubilaciones y pensiones que amparen a la familia, si no se protege y subsidia a la maternidad, se planifica la vivienda higiénica al alcance de todos y se organiza la economía nacional con sentido biológico, en una palabra hasta que el nivel de vida del pueblo le permita llegar sin esfuerzo a las fuentes de la cultura y de la higiene, es decir a los auténticos sostenes de la salud física, espiritual y social”.*

Many of the institutions that Carrillo created (see boxes) no longer exist. They fell into a state of disrepair or ceased to be considered useful. Others, however, continue to provide valuable medical attention to the people of Argentina.

“Medicine must not only cure the sick but also teach the people how to live. It must teach them how to live healthy, long lives, lives that are worth living.” In his book “Los Orígenes Institucionales de la Salud Publica en Argentina” [The Institutional Origins of Public Health in Argentina], historian Juan Carlos Veronelli states that it was due to this thinking that the budget for health care increased tenfold during Carrillo’s tenure, and infant mortality, which in 1945 was 90 per 1,000, dropped to 56 per 1,000 in 1954. Carrillo believed that the hospital should be a home and not an anteroom to death; he believed that health care was a basic right. He also maintained that the primary aim of modern medicine should not be to cure the sick but rather to prevent disease. And to that end, it was necessary to improve society as a whole: *“Work in health care will be for useless if it is not preceded by laws that dignify work in factories and offices; improve wages and salaries, and expand retirement and social security benefits to protect the family. It will be useless if maternity is not protected and subsidized, if decent housing is not provided to all and if the nation’s economy is not organized to the benefit of the human being as a whole. To put it simply, health care must be preceded by access to culture and health, the scaffolding of physical, spiritual and social health.”*



1954

La mortalidad infantil descendió de 90 mil a 50 mil en diez años.

Infant mortality dropped from 90 per 1,000 to 50 per 1,000 in 10 years

**SPECIALIZED INSTITUTES
FOUNDED IN THE CITY OF
BUENOS AIRES**

Thorax surgery and Tuberculosis;
Burn victims; Hemotherapy;
Gastroenterology; Nutrition; Medical
Technology; Neoplasia; Preventative
Medicine; Bacteriology; Applied
Psychopathology; Endocrinology;
Medical Certificates; Phoniatics;
Medical Ethnology; Pharmacology
and Pharmacological Control; Public
Hygiene; Injury Rehabilitation; Sports
Medicine; Dermatology; Health at
Schools; Occupational Medicine;
Hydrothermal Medicine; Medical-
Technological Research; Hygiene
Techniques and Metropathology;
Education and Health Information;
Optics and Light Engineering;
Allergic Diseases; Tropical Diseases
and Malaria; Biopathologies;
Research on Toxicological Prevention;
Research on Glaucoma; Study and
Treatment of Psoriasis and Industrial
Plasma.

Arriba: Sala de preparaciones,
Instituto de Cirugía Torácica,
inaugurado en el año 1947.
Al centro y abajo: Instituto
Nacional de Nutrición.
Archivo General de la Nación.

Above: Pre-op room, Instituto de
Cirugía Torácica, opened in 1947
Below center: National Institute of
Nutrition
National Archives





Arriba: Sala de Rayos X del Instituto Central de Medicina Preventiva.

Abajo: Instituto de Higiene Industrial y Medicina del Trabajo. Año 1947.

[Archivo General de la Nación.](#)

Above: X-ray room at the Institute of Preventative Medicine.

Below: Institute of Industrial Hygiene and Occupational Medicine, 1947.

National Archives

INSTITUTOS ESPECIALIZADOS CREADOS EN LA CAPITAL FEDERAL

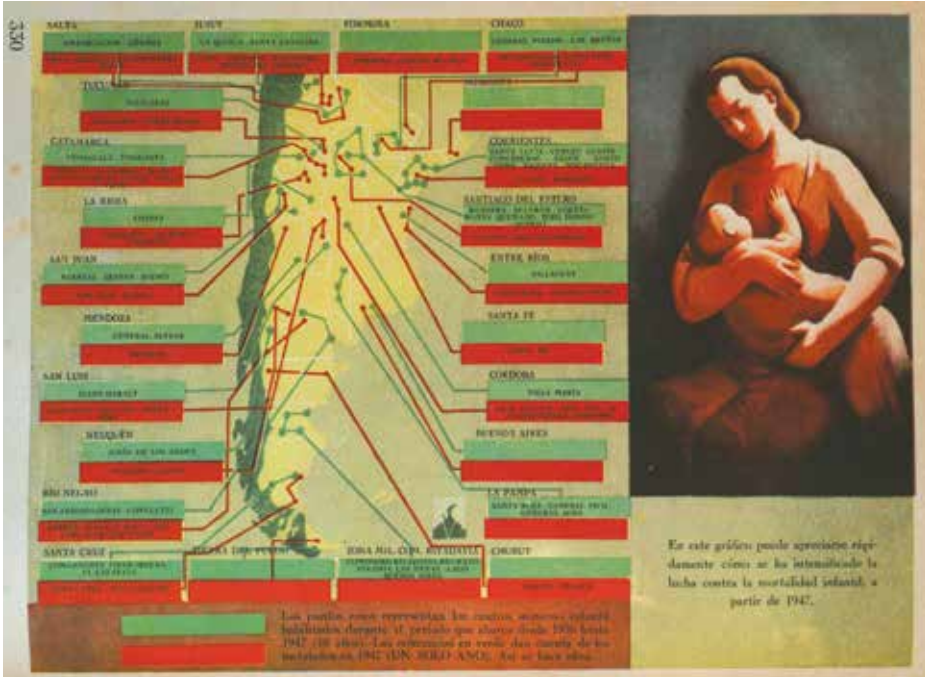
Cirugía Torácica y Tuberculosis; Del Quemado; Hemoterapia; de Gastroenterología; Nacional de Nutrición; Medicina Tecnológica; Nacional de Neoplasias; Nacional de Medicina Preventiva; Bacteriológico; de Psicopatología Aplicada; Nacional de Endocrinología; Nacional de Reconocimientos Médicos; Nacional de Foniatría; Nacional de Etnología Sanitaria; Nacional de Farmacología y Contralor Farmacéutico; Nacional de Higiene Pública; de Rehabilitación del Lisiado; Nacional de Fisiopatología del Deporte; Central de Dermatología; Medicina Escolar; Medicina del Trabajo; Nacional de Medicina Climática Hidrotermal; Investigaciones Médico-Tecnológicas; Nacional de Higienotécnica y Meteoropatología; Nacional de Educación y Propaganda Sanitaria; Nacional de Óptica y Luminotecnia; Nacional de Enfermedades Alérgicas; Enfermedades Tropicales y Paludismo; Nacional de Biopatología; Investigaciones de Profilaxis Toxicológicas; Investigaciones de Glaucoma; Estudio y Tratamiento de la Psoriasis e Industrial de Plasma.

CENTROS DE HIGIENE MATERNO-INFANTIL CREADOS

MATERNITY AND PEDIATRIC CENTERS FOUNDED

En **La Rioja** (Chilecito, Chepes); **Santa Cruz** (Comandante Piedrabuena, El Calafate, Colonia Las Heras, Lago Buenos Aires, Puerto Santa Cruz, Río Gallegos); **Chubut** (Comodoro Rivadavia, Río Mayo, Esquel, Trelew); **Río Negro** (San Antonio Oeste, Cipolletti); **Neuquén** (Junín de los Andes, Río Negro); **Mendoza** (General Alvear); **San Juan** (Barreal, Rodeo, Quines); **Catamarca** (Andalgalá, Tinogasta); **Tucumán** (Aguilares); **Salta** (Embarcación, General Güemes); **Jujuy** (La Quiaca, Santa Catalina); **Chaco** (General Pinedo, Las Breñas, La Verde, Resistencia, El Zapallar, Presidente Roque Sáenz Peña); **Corrientes** (Santa Lucía, Curuzú Cuatiá, Concepción, Mburucuyá, Esquina, Santo Tomé, Sauce, Monte Caseros, General Alvear, Mercedes); **Santiago del Estero** (Bandera, Beltrán, Loreto, Monte Quemado, Pozo Hondo, Quimilí); **Entre Ríos** (Villaguay, Concordia); **Córdoba** (Villa María); **La Pampa** (Santa Rosa, General Pico, General Acha); **Formosa** (Laguna Blanca, Formosa); **Santa Fe** (Santa Fe); **Buenos Aires** (Doctor Baltazar, Tigre y Avellaneda).

In **La Rioja** (Chilecito, Chepes); **Santa Cruz** (Comandante Piedrabuena, El Calafate, Colonia Las Heras, Lago Buenos Aires, Puerto Santa Cruz, Río Gallegos); **Chubut** (Comodoro Rivadavia, Río Mayo, Esquel, Trelew); **Río Negro** (San Antonio Oeste, Cipolletti); **Neuquén** (Junín de los Andes, Río Negro); **Mendoza** (General Alvear); **San Juan** (Barreal, Rodeo); **San Luis** (Quines); **Catamarca** (Andalgalá, Tinogasta); **Tucumán** (Aguilares); **Salta** (Embarcación, General Güemes); **Jujuy** (La Quiaca, Santa Catalina); **Chaco** (General Pinedo, Las Breñas, La Verde, Resistencia, El Zapallar, Presidente Roque Sáenz Peña); **Corrientes** (Santa Lucía, Curuzú Cuatiá, Concepción, Mburucuyá, Esquina, Santo Tomé, Sauce, Monte Caseros, General Alvear, Mercedes); **Santiago del Estero** (Bandera, Beltrán, Loreto, Monte Quemado, Pozo Hondo, Quimilí); **Entre Ríos** (Villaguay, Concordia); **Córdoba** (Villa María); **La Pampa** (Santa Rosa, General Pico, General Acha); **Formosa** (Laguna Blanca, Formosa); **Santa Fe** (Santa Fe); **Buenos Aires** (Doctor Baltazar, Tigre and Avellaneda).





INSTITUTOS CREADOS EN LAS PROVINCIAS

Oncología (Tucumán, Santa Fe, Santiago del Estero, Río Cuarto, Paraná, Rosario)
Hemoterapia (Córdoba, Resistencia, Concepción del Uruguay, Rafaela, Santiago del Estero, La Rioja), Investigaciones Brucelósicas (La Rioja), Central de Cardiología (Córdoba), Cirugía (Santa Fe), Profilaxis y Tratamiento del Bocio (San Juan), Odontología Infantil (Rosario), Tracoma y Oftalmías Infecciosas (Santiago del Estero), Nacional de Puericultura (Córdoba), Antituberculoso Infantil (Fundia, Córdoba), Medicina Preventiva (Tucumán, Mendoza, Córdoba, Comodoro Rivadavia, Corrientes), Asistencial de Vías Respiratorias (Mendoza y Córdoba).

INSTITUTES FOUNDED IN THE PROVINCES

Oncology (Tucumán, Santa Fe, Santiago del Estero, Río Cuarto, Paraná, Rosario)
Hemotherapy (Córdoba, Resistencia, Concepción del Uruguay, Rafaela, Santiago del Estero, La Rioja), Brucellosis Research (La Rioja), Cardiology (Córdoba), Surgery (Santa Fe), Goiter Prevention and Treatment (San Juan), Children's Dentistry (Rosario), Trachoma and Infectious Ophthalmias (Santiago del Estero), Puericulture (Córdoba), Pediatric Tuberculosis (Fundia, Córdoba), Preventative Medicine (Tucumán, Mendoza, Córdoba, Comodoro Rivadavia, Corrientes), Respiratory Tract Care (Mendoza and Córdoba).

UN SINFÍN DE HOSPITALES

ENDLESS HOSPITALS

HOSPITALES VECINALES

Villa Dolores (Córdoba), Esquina (Corrientes), Curuzú Cuatiá (Corrientes), Isla Ibicuy, Paranacito (Entre Ríos), Ceres (Santa Fe), Añatuya (Santiago del Estero), Formosa (Formosa), Oberá (Misiones), General Roca (Río Negro), Río Gallegos (Santa Cruz).

HOSPITALES RURALES

Andalgalá, Belén, Icaño, Santa María y La Merced (Catamarca); Balnearia, Monte Buey, Laboulaye (Córdoba); Mburucuyá y Seguí (Corrientes); Basavilbaso (Entre Ríos); La Quiaca, Perico, Fraile Pintado (Jujuy); Chamental, Aimogasta, Chepes (La Rioja); Joaquín V. González, Cachi (Salta); Taco Pozo, Basail, Machagai, Charadai, Presidencia Roca, Colonia Castelli, Pampa del Infierno, Villa Berthet (Chaco); Caleufú, Catrilló, Castex, Ingeniero, La Maruja, Telén, Rolón (La Pampa); 4 de Junio, Buena Esperanza (San Luis); Esperanza, San Cristóbal (Santa Fe); Bandera Bajada, Forres, La Banda (Santiago del Estero); Pirané, Ibarreta (Formosa), Paso de los Indios, Gangán, El Maitén (Chubut); El Bolsón, Ingeniero Jacobacci, Comalló, Sierra Colorada, Cipolletti, Ing. Huergo (Río Negro); Cerro Azul, Santa Ana, Campo Viera, Montecarlo, Bonpland, Concepción de la Sierra, Puerto Rico, Apóstoles (Misiones); Chos Malal, Cutralcó, Colonia Centenario, Picún Leufú, Loncohué y Buta Ranquil (Neuquén).

CIUDADES-HOSPITAL

Potrero de Linares (Salta); Chamental (Jujuy); San Javier (Tucumán); Contreras (Santiago del Estero); Cerezo (Catamarca); Punta del Negro (Corrientes); Paraná (Entre Ríos); Formosa (Formosa); Rosario (Santa Fe); Resistencia (Chaco) y La Rioja (La Rioja).

COMMUNITY HOSPITALS

Villa Dolores (Córdoba), Esquina (Corrientes), Curuzú Cuatiá (Corrientes), Isla Ibicuy, Paranacito (Entre Ríos), Ceres (Santa Fe), Añatuya (Santiago del Estero), Formosa (Formosa), Oberá (Misiones), General Roca (Río Negro), Río Gallegos (Santa Cruz).

RURAL HOSPITALS

Andalgalá, Belén, Icaño, Santa María y La Merced (Catamarca); Balnearia, Monte Buey, Laboulaye (Córdoba); Mburucuyá and Seguí (Corrientes); Basavilbaso (Entre Ríos); La Quiaca, Perico, Fraile Pintado (Jujuy); Chamental, Aimogasta, Chepes (La Rioja); Joaquín V. González, Cachi (Salta); Taco Pozo, Basail, Machagai, Charadai, Presidencia Roca, Colonia Castelli, Pampa del Infierno, Villa Berthet (Chaco); Caleufú, Catrilló, Castex, Ingeniero, La Maruja, Telén, Rolón (La Pampa); 4 de Junio, Buena Esperanza (San Luis); Esperanza, San Cristóbal (Santa Fe); Bandera Bajada, Forres, La Banda (Santiago del Estero); Pirané, Ibarreta (Formosa), Paso de los Indios, Gangán, El Maitén (Chubut); El Bolsón, Ingeniero Jacobacci, Comalló, Sierra Colorada, Cipolletti, Ing. Huergo (Río Negro); Cerro Azul, Santa Ana, Campo Viera, Montecarlo, Bonpland, Concepción de la Sierra, Puerto Rico, Apóstoles (Misiones); Chos Malal, Cutralcó, Colonia Centenario, Picún Leufú, Loncohué and Buta Ranquil (Neuquén).

CITY HOSPITALS

Potrero de Linares (Salta); Chamental (Jujuy); San Javier (Tucumán); Contreras (Santiago del Estero); Cerezo (Catamarca); Punta del Negro (Corrientes); Paraná (Entre Ríos); Formosa (Formosa); Rosario (Santa Fe); Resistencia (Chaco) and La Rioja (La Rioja).



HOSPITALES REGIONALES

Río IV (Córdoba); Río Grande (Tierra del Fuego); Angela de Llano (Corrientes); José Irurzún, de Quequén (Buenos Aires); Jobson, de Vera (Santa Fe); Aurelio Crespo, Cruz del Eje (Córdoba); Mar del Plata, González Chaves (Buenos Aires); Allen (Río Negro); Ojo de Agua (Santiago del Estero); Tartagal (Salta); Orán (Salta); Pte. Roque Sáenz Peña (Chaco); Villaguay (Entre Ríos) y Santa María (Córdoba).

HOSPITALES ZONALES

Puerto Iguazú (Misiones); Clorinda (Formosa); Quitilipi (Chaco); Pte. Yrigoyen, Doblas (La Pampa); San Vicente (Buenos Aires); El Dorado (Misiones); Bella Vista (Corrientes); General Pico (La Pampa); Bariloche (Río Negro); Quemú Quemú (La Pampa); Santa Rosa (La Pampa) y Posadas (Misiones).

REGIONAL HOSPITALS

Río IV (Córdoba); Río Grande (Tierra del Fuego); Angela de Llano (Corrientes); José Irurzún, de Quequén (Buenos Aires); Jobson, de Vera (Santa Fe); Aurelio Crespo, Cruz del Eje (Córdoba); Mar del Plata, González Chaves (Buenos Aires); Allen (Río Negro); Ojo de Agua (Santiago del Estero); Tartagal (Salta); Orán (Salta); Pte. Roque Sáenz Pena (Chaco); Villaguay (Entre Ríos) and Santa María (Córdoba).

AREA HOSPITALS

Puerto Iguazú (Misiones); Clorinda (Formosa); Quitilipi (Chaco); Pte. Yrigoyen, Doblas (La Pampa); San Vicente (Buenos Aires); El Dorado (Misiones); Bella Vista (Corrientes); General Pico (La Pampa); Bariloche (Río Negro); Quemú Quemú (La Pampa); Santa Rosa (La Pampa) y Posadas (Misiones).

UNA OBRA GIGANTESCA

AN ENORMOUS TASK

La tarea realizada por Carrillo durante su función pública tuvo proporciones nunca antes vistas en nuestra historia. Y tampoco después:

- Promovió la medicina social en el campo de la salud.
- Erradicó el paludismo: de 300 mil casos nuevos en 1946 se pasó a 137 en 1950.
- Duplicó el número de camas en los hospitales públicos.
- Atacó las enfermedades venéreas como la sífilis, que prácticamente desaparecieron.
- Su acción hizo disminuir la mortalidad por tuberculosis, que pasó de 130 decesos a 36 por cada cien mil habitantes.
- Erradicó el tifus y la brucelosis.
- Redujo la mortalidad infantil de 90 por mil a 56 por mil.
- Creó EMESTA, la primera fábrica nacional de medicamentos. La nueva empresa elaboró un conjunto de más de cien monodrogas de distribución gratuita para las personas que no tenían acceso a los remedios.
- Apoyó a los laboratorios nacionales por medio de incentivos económicos.
- Ideó los Torneos Infantiles Evita, que además de promover el deporte sirvieron para realizar chequeos médicos completos a miles de niños y jóvenes.
- La esperanza de vida en la Argentina pasó de 61,7 a 66,5 años.

The scope of the work done by Carrillo during his tenure was unprecedented in the history of Argentina. Indeed, it has yet to be equaled:

- He advanced social medicine in the field of health care.
- He eradicated malaria: in 1946 there were 300,000 new cases and in 1957 only 137.
- He doubled the number of beds in public hospitals.
- He attacked venereal diseases like syphilis, which virtually disappeared.
- His work led to a decrease in the rate of tuberculosis mortality from 130 per 100,000 inhabitants to thirty-six per 100,000 inhabitants.
- He eradicated typhus and brucellosis.
- He lowered the infant mortality rate from 90 per 1,000 births to 56 per 1,000.
- He created EMESTA, the first State-owned plant for the production of medicine. This company manufactured more than one hundred medicines which were distributed free of charge to those who could not afford them.
- He supported Argentine-owned laboratories with economic incentives.
- He conceived of the Evita Games for Children, which not only encouraged athletics but also served as a means to provide children and teens with medical examinations.
- Life expectancy in Argentina rose from 61.7 to 66.5.



PERON CUMPLE EQUIPO MOVIE

ANAS
SANITARIAS

VOS SERVICIOS
ASISTENCIALES

MONSTRUO
SANITARIO

SALUDISMO

VULGARIZACION
Y CULTURA

VAGUIN

EL ARMA
MAS PODEROSA
DE UNA NACION
'LA SALUD

SECRETARIA
DE SALUD PUBLICA DE LA NACION

SANITARIAS

CONFERENCIAS

ACCION MEDICA
DE EMERGENCIAS



Eva Perón en su despacho del Ministerio de Trabajo y Previsión Social con una delegación de médicos santafesinos. A su lado el ministro Carrillo. Archivo General de la Nación.

Eva Perón and a delegation of physicians from the province of Santa Fe in her office at the Department of Labor and Social Services. Next to her, minister Carrillo
National Archives

THE EPILOGUE

In 1954, Carrillo's own health worsened and he had to resign from his work in public health. According to the Carrillo Foundation, Perón sent him to the United States, where he gave a series of lectures at Harvard University while also undergoing treatment to improve his own health. The treatment was somewhat successful, but expensive, and Carrillo faced financial difficulties.

He was in New York when he learned of the ousting of the Peronist government, and that is when his ordeal began. Overnight, he became a penniless exile persecuted by the military government that had seized power in Argentina.

He got a job as a doctor at a North American mining company with excavation operations in the Amazon. From Brazil, he sent a telegram to General Eduardo Lonardi, who had illegally been named president of Argentina during the coup, in which he volunteered to be investigated. In Buenos Aires, he was accused of embezzlement and stealing gasoline. *"...I never engaged in any illegal activities. I had the opportunity to and I did not because of my innate moral and mental character. My spirit would not tolerate such things,"* he wrote to his friend Segundo Ponzio Godoy.

The de facto government never responded to Carrillo's offer, though they did seize his assets and take possession of his books and paintings. His sister had to submit the deeds and titles to his possessions to the Military Reappropriation Board.

When his contract with the mining company came to an end, Carrillo stayed on in Northeast Brazil, working as a rural doctor until he died of a stroke on December 20, 1956.

Not until 1972, during the de facto administration of General Agustín Lanusse, were Carrillo's remains returned to Argentina. The newspapers of the day made little mention of the event. Among those present to pay their respects at the Buenos Aires airport were his friend and colleague at FORJA, Don Arturo Jauretche.

Carrillo's remains are now in Santiago del Estero as he had wished. On the 100th anniversary of Carrillo's birth in 2006, President Néstor Kirchner stated:

"Rebuilding the public health system is a legacy bequest on us by Dr. Ramón Carrillo, who was forced to die in exile, as has happened to so many great men and women from this nation. May such things never again come to pass in Argentina. Men of enduring ideas who are not bound by special interests and bring society together with essential values deserve the recognition of all Argentines."

EL EPÍLOGO

En 1954 su salud se había debilitado y por eso renunció a la cartera sanitaria. Perón, según relata la Fundación Carrillo, lo envió entonces a Estados Unidos, donde ofreció un ciclo de conferencias en la Universidad de Harvard. En forma simultánea trató de mejorar su salud con un tratamiento que, a medias, resultó efectivo. Pero su alto costo lo puso en dificultades económicas.

Se encontraba en Nueva York cuando se enteró del derrocamiento del gobierno argentino: allí empezó su calvario. Sin recursos, se convirtió de la noche a la mañana en un exiliado y un perseguido de los militares golpistas.

Consiguió trabajo como médico en una empresa minera de Estados Unidos que realizaba excavaciones en el Amazonas. Hacía allí viajó y desde ese lugar envió un telegrama al general Eduardo Lonardi, que detentaba la Presidencia, en el que le decía que quedaba a su disposición para ser investigado. En Buenos Aires lo acusaban de malversador de fondos y ladrón de nafta. *“...Nunca recurrí a ningún procedimiento ilícito, que estaba a mi alcance y no lo hice por congénita configuración moral y mental. Eran cosas que mi espíritu no podía superar”*, le escribió a su amigo Segundo Ponzio Godoy. Carrillo no recibió respuesta. Mientras tanto se allanaron sus bienes, y se secuestraron sus libros y sus cuadros. Su hermana debió presentar ante la Junta Nacional de Recuperación Patrimonial los títulos que acreditaban la legitimidad de su posesión. Cuando venció su contrato con la empresa minera, Carrillo siguió viviendo en el nordeste de Brasil trabajando como médico rural hasta que sufrió un accidente cerebrovascular que lo llevó a la muerte, el 20 de diciembre de 1956.

Los sucesivos gobiernos no permitieron la repatriación de los restos de Carrillo, lo que recién ocurrió en 1972 bajo la presidencia de facto del general Agustín Lanusse. Los diarios de entonces apenas hicieron una breve referencia al hecho. En el Aeroparque de Buenos Aires, entre los presentes para rendirle homenaje, se encontraba su amigo y colega de FORJA, don Arturo Jauretche.

Hoy Carrillo yace en Santiago del Estero, como él lo había pedido. El presidente Néstor Kirchner, cuando se cumplieron en 2006 los cien años de su nacimiento, expresó: *“La reconstrucción de la tarea de la salud pública es un legado que nos dejó el Dr. Ramón Carrillo, quien tuvo que morir en el exilio. Son cosas que les han pasado a los grandes hombres y mujeres de este país habitualmente. Dios quiera que nunca más se vuelvan a repetir este tipo de cosas, porque los hombres que trascienden con sus ideas, que trascienden los sectores y que logran sintetizar a las sociedades con valores que son absolutamente importantes, deben tener el reconocimiento de todos los argentinos”*.



Néstor Kirchner durante el homenaje por los 100 años del nacimiento del Doctor Ramón Carrillo.

Néstor Kirchner during the ceremony commemorating the 100th anniversary of Dr. Ramón Carrillo's birth



LAS RESTRICCIONES A LOS SERVICIOS DE SALUD

THE RESTRICTIONS TO HEALTH SERVICES

La revolución sanitaria que se llevó adelante durante las presidencias de Perón comenzó a debilitarse el 16 de septiembre de 1955, cuando la Marina y el Ejército terminaron con el gobierno democrático. Las medidas que se tomaron para reformar la economía en general, achicando el gasto público, influyeron en las estructuras de salud de la Nación. La ordenanza primordial fue transferir la responsabilidad de los establecimientos nacionales a las respectivas provincias. Esta disposición no garantizaba el financiamiento, lo que produjo un rápido deterioro de los servicios por la falta de capacidad de las provincias para mantenerlos.

Por los Decretos-Leyes N° 1.371 del 8 de febrero de 1957, y N° 1.156 del 25 de septiembre del mismo año se transfirieron 272 establecimientos nacionales a provincias y municipios. No duró mucho el cambio de titularidad: una vez que Arturo Frondizi asumió la presidencia dispuso reintegrar los servicios a la instancia nacional.

The sanitary revolution that took place during the presidencies of Perón began to lose momentum as of September 16, 1955, when the Navy and the Army put an end to the democratic government. The measures taken to reform the economy in general by reducing public expenditure had an influence on the Nation's health structures. The fundamental ordinance was to transfer the responsibility for national establishments to the respective provinces. This regulation did not guarantee the funding, a state of affairs that brought about a rapid deterioration of the services caused by the provinces' inability to face the expenditure.

272 national establishments were transferred to the provinces and municipalities in accordance with the executive order N° 1371, dated February 8, 1957 and N° 1156, dated September 25 of the same year. However, the change in responsibilities did not last long. Once Arturo Frondizi took office as president, he gave orders that the services return to the national authority.

En la página anterior: Perón observando los destrozos del bombardeo a la Plaza de Mayo y la Casa de Gobierno del 16 de junio de 1955. Murieron 364 personas y más de 800 resultaron heridas.

Derecha: Estado en que quedaron los automóviles, en las calles Paseo Colón e Hipólito Yrigoyen. Archivo General de la Nación.

On the previous page: Perón watching the debris after the Plaza de Mayo and Government House bombing on June 16, 1955, during which 364 people died and over 800 were wounded

Right: The condition of blasted cars on Paseo Colón and Hipólito Irigoyen Streets. National Archives





THE GREAT POLIO EPIDEMIC IN 1956

At the same time as General Pedro Aramburu's government began to dismantle the sanitary infrastructure, thus affecting the work of hospitals and institutes, a poliomyelitis epidemic broke out in the country. The disease, known at the time as Heine-Medin – the surnames of the scientists that discovered it – wreaked havoc among the shaken population that watched the spread of the disease helplessly.

The disease is transmitted by a virus; it is contagious, infects and destroys motor neurons, thus causing a weakening of the muscles and acute flaccid paralysis. In the worst possible cases, permanent paralysis appears or death caused by the diaphragm ceasing to function ensues. Because the main victims of the disease were children, it was called infantile paralysis.

This was not the first time an outbreak of this type affected Argentina; the 1943 epidemic had very serious consequences. However, the after-effects of the later outbreak were terrible in terms of disability and deaths.

Words such as polio, iron lung, wheel chair, rapidly became part of popular language as the epidemic progressed; with the exception of some of the provinces – Santa Cruz and Tierra del Fuego – it affected the whole country: approximately six thousand children. Newspaper headlines dramatically reflected the urgent need to fight the disease and to assist the victims.

Terrified parents resorted to preventive actions such as trying to clean out stagnant water, painting curbstones and hanging little bags containing camphor on their children's bodies, because they believed camphor had disinfectant properties. These were desperate measures in the absence of other methods of prevention.

The State, in turn, suspended classes and banned all sports. To avoid the spread of the virus, it ordered quarantines, disinfection of trains and motor vehicles, *cordons sanitaires* in parks and schools, insect extermination and the cleaning of public spaces.

Durante la epidemia se organizaron colectas para recaudar fondos. Arriba, detalle de la gráfica de las alcancías.

En la página siguiente: la imagen muestra a las autoridades sanitarias y a la población trabajando en tareas de fumigación. Archivo General de la Nación.

Collections were organized to raise funds during the epidemic.

Top: details of the inscription on the collection box

On the next page: the picture shows sanitary authorities and the population doing fumigating tasks.

National Archives

LA GRAN EPIDEMIA DE POLIO DE 1956

En tanto el gobierno del general Pedro Aramburu había comenzado a dismantlar la infraestructura sanitaria, afectando el funcionamiento de los hospitales y los institutos, una epidemia de poliomielitis se desencadenó en el país. La enfermedad, denominada en la época Heine-Medin —por el apellido de los científicos que la habían descubierto—, hizo estragos y conmovió a la población, que asistió casi impotente a su propagación.

La enfermedad la transmite un virus, es contagiosa e infecta y destruye las neuronas motoras, causando debilidad muscular y parálisis aguda flácida. En el peor de los casos puede causar parálisis permanente o la muerte al detenerse el diafragma. Por ser los niños sus principales víctimas se la llamó parálisis infantil.

No era la primera vez que un brote de ese tipo afectaba a la Argentina: ya lo había hecho en 1943 con graves consecuencias. Pero esta vez provocó terribles secuelas en términos de discapacidad y mortalidad.

Palabras como polio, pulmotor, silla de ruedas, se incorporaron rápidamente al lenguaje popular a medida que avanzaba la epidemia: a excepción de algunas provincias como Santa Cruz y Tierra del Fuego, afectó a todo el país: alrededor de seis mil niños. Los titulares de los periódicos reflejaban, de modo dramático, la urgencia por combatirla y asistir a los afectados.

Los padres, aterrados, recurrieron a acciones preventivas como limpiar aguas estancadas, pintar los cordones de las veredas y colgar en el cuerpo de los chicos una bolsita con alcanfor por sus propiedades desinfectantes. Eran medidas desesperadas ante la ausencia de otros medios de prevención. El Estado, por su parte, suspendió las clases y prohibió toda práctica deportiva. Y para evitar la propagación del virus ordenó cuarentenas, desinfección de ferrocarriles y automóviles, cordones sanitarios en plazas y escuelas, exterminio de insectos y limpieza de espacios públicos.

Argentina sufrió reiterados brotes de parálisis infantil desde 1906. Entre 1906 y 1932 se produjeron 2.680 casos. Entre 1932 y 1942 hubo 2.425 enfermos, cifra que se incrementó durante 1942 y 1943, y llegó a 2.280 casos.

Argentina underwent repeated outbreaks of infantile paralysis as of 1906. 2,680 cases were reported between 1906 and 1932. Between 1932 and 1942, there were 2,425 victims; this number increased during 1942 and 1943 and reached 2,280 cases.



LA VACUNA

El 12 de abril de 1955 se hizo pública la efectividad de la vacuna contra la polio, descubierta por el científico estadounidense Jonas Salk. La primera inmunización efectiva en niños había ocurrido el año anterior en Pittsburgh, pero debió pasar un tiempo más para que sucesivos exámenes y comprobaciones (sumados a la elaboración a gran escala y a la exportación) permitieran poner la vacuna a disposición del mundo.

La vacuna Salk salvó millones de vidas en el planeta. A la Argentina llegó durante ese aciago 1956, y se comenzó a aplicar con desesperación en medio del brote, que había disminuido su expansión durante el invierno. Todos los niños fueron vacunados a partir de entonces en forma gratuita y obligatoria. Poco después, en 1957, otro gran científico, el doctor Albert Sabin desarrolló una vacuna más fácil de producir, a administrar en forma oral y que tiene un mayor período de inmunidad. Empezó a suministrarse en 1962.

En la Argentina se produjo, a partir de la epidemia de poliomielitis, una gran valorización de las vacunas. La especialidad que con mayor vigor incorporó este valor fue la Pediatría, posiblemente por la influencia de la corriente liderada por el doctor Florencio Escardó. Esto coincidió con una modificación de la modalidad de uso de las vacunas, que pasó a ser programada y con evaluación de coberturas alcanzadas.

THE VACCINE

On April 12, 1955, the effectiveness of the polio vaccine, discovered by the US scientist Jonas Salk, was announced publicly. The first effective immunization in children had taken place the previous year in Pittsburgh, but some time elapsed before the successive exams and tests, in addition to large-scale production and exporting, made it possible for the vaccine to be available worldwide.

The Salk vaccine saved millions of lives in the entire planet. It arrived in Argentina during that ill-fated 1956 and vaccination was administered in a desperate rush in the midst of the outbreak, which had decreased its spread during the winter. Since then, vaccination for every child has been free and compulsory. Soon after, in 1957, another great scientist, Dr. Albert Sabin, developed a vaccine that was easier to produce and could be administered by mouth, with a longer immunity period. Its administration started in 1962. In Argentina, as of the poliomyelitis epidemic, there was a great appreciation of the vaccines. The medical specialty that most vigorously incorporated this value was pediatrics, possibly under the influence of the school of thought led by Dr. Florencio Escardó. This coincided with a change in the method for administering the vaccine, which became part of a program that also evaluated the actual coverage.



Arriba: La llegada de la vacuna Salk al país.

Abajo: Niños afectados por la poliomielitis reciben la atención y cuidados necesarios para su recuperación.

[Archivo General de la Nación.](#)

Top: The Salk vaccine arrives in the country

Bottom: Children suffering from polio receive attention and care in their recovery process

National Archives

FLORENCIO ESCARDÓ

Durante la epidemia de polio se encontraba en la Casa Cuna, donde impulsó la internación conjunta de los niños con sus madres, para paliar en los pequeños el dolor producido por la enfermedad. Esta práctica la continuó luego en el Hospital de Niños, Dr. Ricardo Gutiérrez.

Nació en Mendoza en 1904 y se graduó en 1929, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA), donde ejerció la docencia como Titular de la Cátedra de Pediatría; más tarde fue Decano y Vicerrector de la UBA (1958-1960). Accedió a la jefatura del Servicio de Pediatría del Hospital de Niños en 1957, en el que permaneció durante cuarenta y cinco años. Su cátedra creó el primer laboratorio de bacteriología pediátrica, un pabellón de Psicología con ocho consultorios y una sala de terapia para grupo, un laboratorio de isótopos controlado por la Comisión Nacional de Energía Atómica. Instituyó la residencia de Psicología Clínica. Fundó la Escuela para Padres del Hospital de Niños. Sus alumnos, tanto de Medicina como de Psicología, realizaron trabajo asistencial y comunitario en la Isla Maciel.

Entre sus obras sanitarias más destacadas figuran: *Neurología infantil*, *La pediatría*, *Carta abierta a los pacientes*, *Anatomía de la familia*, *Abandonismo y hospitalismo*, y *Los derechos del niño*.

Escribió numerosas crónicas cotidianas con los seudónimos Juan de Garay y Piolín de Macramé. En 1976 fue dejado cesante por razones políticas en todos sus cargos. Falleció en 1992, a los 88 años. En el círculo pediátrico se dice que en Argentina hubo una pediatría antes y después de Florencio Escardó.

During the polio epidemic, Dr. Escardó worked at the Infants' Home Hospital, where he promoted the hospitalization of children with their mothers, to bring relief to the little ones in their suffering. Later on, the Children's Hospital Dr. Ricardo Gutiérrez continued this practice.

He was born in Mendoza in 1904 and graduated in 1929 at the School of Medicine of the Buenos Aires University, where he was full professor of Pediatrics.

He was later to become Dean and Deputy-rector of the Buenos Aires University (1958-1960). He became chief of the Pediatrics Service of the Children's Hospital in 1957, where he was to remain for forty-five years. His Chair created the first pediatrics bacteriological laboratory, a Psychology wing with eight consulting rooms and one group therapy room and an isotope laboratory controlled by the National Atomic Energy Commission. He instituted the residency in Clinical Psychology and founded the School for Parents at the Children's Hospital. His students, both in Medicine and in Psychology did health and community work on the Isla Maciel.

Among his most outstanding health-related writing, we find *Child Neurology*, *Pediatrics*, *Open Letter to Patients*, *Anatomy of the Family*, *Abandonismo y Hospitalismo* (about abandoned children) and *Children's Rights*.

He wrote numerous accounts of daily life under the pen-names Juan de Garay and Piolín de Macramé. In 1976, for political reasons, he was made redundant in all his positions. He died in 1992, at the age of 88. In pediatrics circles, the word goes round that, in Argentina, pediatrics was one discipline before and quite a different one after Florencio Escardó.



Sellos postales alusivos a la epidemia de poliomielitis.

Postage stamps referring to the polio epidemic



UNA NUEVA RECONSTRUCCIÓN POLÍTICA *A NEW POLITICAL RECONSTRUCTION*

El doctor Arturo Illia asumió como presidente el 12 de octubre de 1963. Había ganado la elección, con el peronismo proscripto, y se impuso con apenas el 25,15% de los votos. La segunda fuerza fue el voto en blanco ordenado por Perón desde Madrid, que cosechó el 19,72%.

Doctor Arturo Illia assumed the presidency on October 12, 1963. He had won the election while Peron's party was banned, by only 25.15% of the votes. The second force was the blank vote ordered by Perón himself from Madrid, which harvested 19.72%.



*A*sumió —como dice el licenciado en Historia Jorge A. Requejo— con una marcada debilidad. Y casi desde el primer día de su gestión se vio jaqueado por distintas fuerzas. Parecía alguien que estaba en el momento y el lugar equivocados. Aunque vista desde hoy su gestión destaca logros innegables, en su tiempo fue criticado y ridiculizado hasta la exasperación. Hay pocos casos en la historia argentina en los que un presidente lograra un consenso tan rotundo para ser echado del poder. Y hay pocos casos, en los que la mayoría de los que abogaron por su despido se hayan arrepentido, asumiendo como un error su conducta de entonces.

*H*e took office —in the words of Jorge A. Requejo, B.A. in History— under the shadow of a marked weakness. Almost from the first day, different forces checked the progress of his administration. He seemed to be someone who was in the wrong place at the wrong time. Although his administration, as seen today, shows undeniable achievements, he was criticized and ridiculed to intolerably exasperating limits. There are very few cases in the history of Argentina in which the consensus for the President's dismissal from power was so categorical. And, there are only a few cases in which most of those who promoted his dismissal have actually regretted their behavior at the time and acknowledged their error.

El Dr. Arturo Illia asume la
presidencia, año 1963.
[Archivo General de la Nación.](#)

Dr. Arturo Illia assumes the
presidency in 1963.
National Archives

ARTURO FRONDIZI'S DEVELOPMENTALISM



President Arturo Frondizi's government (1958-1962) proposed a program of economic development through industrialization and opening up to foreign investment. Frondizi appointed Dr. Héctor Noblía as Minister of Social Assistance and Public Health. Dr. Noblía believed in having a modern Sanitary Code and strove to achieve this aim during his management. He regarded physicians as true social workers because in his opinion, health – due to its social character – did not exclusively concern the medical sphere. He felt it was necessary to update hospital management to improve the efficient running of health services.



Arriba: Arturo Frondizi en el momento de ser destituido. **Abajo:** Arturo Frondizi junto a su esposa Elena Faggionato y el Doctor Héctor Noblía

Top: Arturo Frondizi, as he is removed from office

Bottom: Arturo Frondizi with his wife, Elena Faggionato, and Mr. Héctor Noblía

El primer acto de gobierno del doctor Illia consistió en levantar las restricciones electorales, habilitando la participación del peronismo en los comicios legislativos del año 1965.

Dr. Illia's first act of government consisted in lifting electoral restrictions by authorizing the participation of Perón's party in the legislative elections of 1965.



THE HEALTH POLICY

In 1963, Illía appointed Arturo Oñativia to the post of Minister of Social Assistance and Public health.

The extensive work carried out by this Salta-born physician in the national health system took shape through an all-encompassing plan that included measures to respond to Chagas, tuberculosis, infant mortality, malaria as well as smallpox, diphtheria, tetanus, whooping cough and typhoid fever through immunization. Because he came from the interior of the country, Oñativia had a thorough knowledge of the after-effects of poverty on the communities of vast regions in the country and he maintained that sanitary policies should be genuinely coordinated with the national plans of social and economic development. Oñativia opposed the transfer of sanitary services to the jurisdictions without the adequate funding, and he therefore questioned the manner in which this transfer had been carried out as of 1957. He felt it had done nothing but deteriorate the medical attention offered in many hospitals in the interior even further.

“Until an effective decentralizing policy is undertaken to make development, evolution and progress of the interior of the country possible thus promoting the boom of provincial autonomous economies, the provinces will be unable to absorb the budgets demanded by assistential medical services, among other things. In the meantime, the National Public Health system must accept the responsibility of maintaining the efficiency of its hospitals.”

LA POLÍTICA SANITARIA

En 1963 Illia nombró como ministro de Asistencia Social y Salud Pública a Arturo Oñativia.

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

Por ser un hombre del interior, Oñativia conocía profundamente las secuelas que la pobreza generaba en la salud de las comunidades de vastas zonas del país; por ello, sostenía que las políticas sanitarias debían asumir una genuina coordinación con los planes nacionales de desarrollo social y económico.

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

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



El presidente Illia toma juramento al Dr. Arturo Oñativia como ministro de Asistencia Social y Salud Pública. Archivo General de la Nación.

President Illia swears in Dr. Arturo Oñativia as Minister of Social Assistance and Public Health. National Archives



El gobierno del presidente Arturo Frondizi (1958-1962) propuso un programa de desarrollo económico a través de la industrialización y la apertura a la inversión extranjera.

Como ministro de Asistencia Social y Salud Pública nombró al doctor Héctor Noblía, quien creía en la necesidad de contar con un moderno y avanzado Código Sanitario y aspiraba a lograrlo en los años de su gestión; concebía al médico como un auténtico trabajador social, ya que para él la salud no concernía exclusivamente al ámbito médico, dado su carácter social. Consideraba necesaria la modernización de la gestión hospitalaria para mejorar la eficiencia de los servicios de salud.



Arriba: Asunción de Frondizi.

Abajo: El doctor Noblía en una reunión con los ministros de Salud Pública provinciales.

Top: Frondizi takes office as President.

Bottom: Dr. Noblía at a meeting with the provincial Public Health ministers

THE NOBLÍA ADMINISTRATION

His objective was to stimulate physicians to practice their profession in the interior of the country by offering incentives and good working conditions. In addition, physicians who wished to do so could work full time.

Noblía maintained that it was impossible to carry out the transfer of hospitals – begun during the previous dictatorship (1955-1958) – because many of the provinces were impoverished. Consequently, he achieved the approval by law of the reintegration of the above-mentioned services to the Nation.

The developmentalism health policy started up sanitary institutions that were oriented to training students for a diploma in sanitary administration and in technical administration through the National School of Public Health, the Health Training School and the Social Workers Institute. A resolution, which created the hospital internship system as the venue for occupational training and scientific development training, was a remarkable fact that changed the formation of health workers. Although these courses already existed, they became formal at that point.

During Noblía's administration, there was an ongoing fight against malaria, leprosy and tuberculosis and hard work was done to reduce infant mortality. Campaigns were organized to provide sanitary education to mothers.

Dr. Noblía resigned in March 1962. Dr. Tiburcio Padilla succeeded him for a short period and dissolved the Ministry's School of Public Health, while the Public Health Training Course became part of the School of Public Health of the Buenos Aires University. The Pedro Elizalde Children's Hospital was transferred to the Buenos Aires Municipality.

During his administration, he promoted a project for reforming the national hospital system, which proposed the administrative and financial autarchy of these service providers, the extension of hospital working hours and of the services offered to members of social health insurance systems and paying patients.

The creation of the National Service of Drinking Water, which guaranteed its supply to rural communities and the passing of Law 17,259 to eradicate goiter-related cretinism through the compulsory use of iodine-enriched salt were also important measures in terms of public health.

On the other hand, the Public Health School of the Buenos Aires University received a major boost during Dr. Noblía's administration, which made it possible to form a generation of prestigious Argentinean and foreign physicians devoted to communal and preventive medicine.



El Dr. Illia y el ministro Oñativia reunidos con los delegados federales de Salud Pública en el año 1964. Archivo General de la Nación.

Dr. Illia and Minister Oñativia meet with the federal delegates of Public Health, in 1964.
National Archives



Illia y el ministro Oñativia en la inauguración del pabellón de Radiología y Electrofisiología del Centro Nacional del Lisiado, año 1966. Archivo General de la Nación.

Illia and Minister Oñativia at the inauguration of the Radiology and Electrophysiology wing of the National Center for the Disabled, in 1966
National Archives

Durante su gestión se impulsó el proyecto de reforma del sistema hospitalario nacional, que proponía la autarquía administrativo-financiera de estos efectores, la extensión de su horario de atención y de la oferta de servicios a afiliados de obras sociales y particulares pudientes.

La creación del Servicio Nacional de Agua Potable, que garantizaba su provisión a las comunidades rurales y la promulgación de la Ley 17.259 para erradicar el cretinismo bocioso a través de la obligatoriedad del uso de la sal enriquecida con yodo, también constituyeron medidas relevantes en términos de salud pública. Por otra parte, la escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires recibió un fuerte impulso durante su gestión, lo que posibilitó la formación de toda una generación de prestigiosos sanitaristas argentinos y extranjeros.

LA GESTIÓN DEL MINISTRO NOBLÍA

Su objetivo era estimular a los médicos para ejercer la profesión en el interior de la República, por medio de incentivos y buenas condiciones laborales. Además, los médicos que lo desearan podrían trabajar tiempo completo.

Noblía sostenía que era imposible que se llevara a cabo la transferencia de hospitales –que se había iniciado durante la anterior dictadura (1955-1958)– porque había muchas provincias empobrecidas. En consecuencia, consiguió que por ley se reintegraran a la Nación los servicios transferidos.

La política de salud del desarrollismo puso en marcha instituciones sanitarias que tendieron a formar administradores sanitarios y técnicos en administración a través de la Escuela Nacional de Salud Pública, el Bachillerato en Sanidad y el Instituto del Trabajador Social. Un hecho destacado, que modificó la formación médica, fue una resolución por la cual se creó el sistema de algunas residencias médicas hospitalarias (como instancia de formación laboral y perfeccionamiento científico). Si bien ya existían, quedaron formalizadas a partir de ese momento.

Durante su gestión se luchó contra el paludismo, la lepra y la tuberculosis, y se trabajó para reducir la mortalidad infantil.

Se organizaron campañas orientadas a la educación sanitaria de las madres.

Noblía renunció en marzo de 1962 y lo sucedió por un corto período el Dr. Tiburcio Padilla, quien disolvió la Escuela de Salud Pública del Ministerio y el curso de Formación en Salud Pública se integró a la Escuela de Salud Pública de la UBA. El Hospital de Niños Pedro de Elizalde se transfirió a la Municipalidad de Buenos Aires.



El presidente Illia recibe en su despacho al ministro Oñativia y al rector de la Universidad Nacional de Tucumán, Eugenio Virla, año 1964. Archivo General de la Nación.

President Illia receives Minister Oñativia in his office, together with the rector of the National University of Tucumán, Eugenio Virla, in 1964.
National Archives

LA LEY DE MEDICAMENTOS

La Ley (16.462 y 16.463) de medicamentos, promovida por Oñativia, otorgó a los fármacos el carácter de bien social, al servicio de la salud pública y de la sociedad. Promulgada en 1966, estableció políticas de precios, de control de medicamentos y de prescripción según nombre genérico. También fijaba límites para los gastos de publicidad y los pagos al exterior en concepto de regalías y compra de insumos. La presión de los laboratorios extranjeros para impedir que esta normativa se sancionara y luego reglamentara fue permanente, a tal punto que organismos financieros advirtieron al mismo presidente que su vigencia ponía en peligro la renegociación de la deuda y el otorgamiento de nuevos créditos para el país. Con la irrupción del golpe militar de 1966 fue derogada. Así, durante muchos años, la accesibilidad universal a los fármacos constituyó una importante deuda en Argentina, que comenzó a saldarse recién en 2003, cuando a instancias del ministro Ginés González García se formuló una integral política de medicamentos.

PRESCRIPTION DRUGS LAW

The prescription drugs Laws (16,462 and 16,463) promoted by Oñativia granted pharmaceutical products the quality of social goods, at the service of public health and society. The law was passed in 1966 and established policies for price and for control of medication and prescriptions according to generic name. It also set limits to advertising expenditure and to payments made to foreign companies for royalties and for the purchase of supplies. The pressure exercised by the foreign pharmaceutical companies to prevent these regulations from becoming effective was constant, so much so, that financial organizations warned the president himself that their enforcement endangered the renegotiation of the debt and the granting of new credit for the country. With the sudden appearance of the military coup of 1966, the law was revoked. Thus, for many years, universal access to medication became an important debt to Argentine society and it was only settled in 2003, when Minister Ginés González García formulated a comprehensive policy for prescription drugs.

EL PRESTIGIO CIENTÍFICO DE ARTURO OÑATIVIA

DOCTOR ARTURO OÑATIVIA'S SCIENTIFIC PRESTIGE

Arturo Oñativia nació en Salta el 16 de abril de 1914. Fue médico, docente e investigador. Realizó sus estudios de grado en la Universidad de Buenos Aires y tiempo después un postgrado en Endocrinología.

Comenzó su actividad profesional como médico clínico en el Hospital Torcuato de Alvear de la Ciudad de Buenos Aires y en 1942 obtuvo un puesto como médico endocrinólogo en el Hospital Rivadavia de la misma ciudad, donde además se desempeñó como docente.

Durante 15 años trabajó en distintos centros de salud de Buenos Aires, hasta que en 1955 regresó a Salta, donde fundó el Instituto del Bocio y el de Endocrinología. El Instituto del Bocio fue precursor en la erradicación de esta enfermedad y un modelo hospitalario por la calidad de la atención, por su alto nivel científico y por constituir una escuela de formación de profesionales.

En 1963 fue nombrado Ministro de Salud Pública, y en 1966 volvió a su provincia sin dinero —sus amigos hicieron una colecta para conseguirle una casa y un auto—, donde fue perseguido políticamente, calumniado y dejado cesante en la institución que él había creado.

A pesar de esto siguió trabajando y creó —preocupado por los graves problemas de desnutrición que padecía la población del Noroeste argentino— el Instituto de Investigación en Enfermedades Nutricionales, y las carreras de Licenciatura en Nutrición y de Enfermería Universitaria. Fue profesor titular de la Cátedra Problemas socioeconómicos de la Región del NOA. Fue, además, miembro de la Academia Nacional de Medicina y de la Academia de Medicina de Córdoba.

El 3 de abril de 1983, a los 69 años de edad, cuando se aprestaba a competir en las elecciones de octubre como candidato a gobernador de Salta, cayó enfermo. Falleció el 1° de abril de 1985.

Arturo Oñativia was born in Salta on April 16, 1914. He was a physician, a teacher and a researcher. He studied at the University of Buenos Aires and some time later obtained his postgraduate degree in Endocrinology.

His professional activity as physician began at the Torcuato de Alvear Hospital in Buenos Aires. In 1942, he obtained a post as endocrinologist at the Rivadavia Hospital, in Buenos Aires, where he also taught. He worked in various health centers in the city for 15 years and in 1955, he returned to Salta, where he founded the Goiter Institute and the Endocrinology Institute. The Goiter Institute was a pioneer in the eradication of goiter and a model hospital because of its quality assistance and high scientific level and because it constituted a school for training health professionals.

He was appointed Public Health Minister in 1963 and returned penniless to his province in 1966. His friends started a collection to get him a house and a car. It was here that he was subjected to political persecution, slander and then laid off at the institution he had created.

Despite all this, he went ahead with his work and created, as a result of his concern for the serious malnutrition problems of the population in the Northwest, the Institute for the Research of Nutritional Diseases and the careers of B.A. in Nutrition and University Level Nursing.

He was full professor of the Chair of Socio-economic Problems of the Argentine Northwest. Additionally, he was a member of both the National Academy of Medicine and the Córdoba Academy of Medicine.

He became ill on April 3, 1983, at the age of 69, as he was getting ready to participate in the October elections as candidate for governor of Salta. He died on April 1, 1985.



WHO WAS ALVARADO?

Carlos Alberto Alvarado was born in San Salvador de Jujuy on November 4, 1904.

He was accepted at the Buenos Aires University in 1923 and graduated with the highest honors of his year as doctor in Medicine. His first professional activities took place in Tilcara, where he was the founding director of the Plácida Cari Charity Hospital.

In 1929, the Buenos Aires University and the Government of Jujuy sent him on a scholarship to attend a course on malaria in Italy, where he obtained the highest distinction. A year later, he moved to London, where he succeeded in getting the Diploma in Tropical Medicine and Hygiene. In 1931, he was appointed physician of the Anti-malarial Defense of the National Department of Hygiene. He then returned to Jujuy, where he was made head of the Regional Association of Malaria in the area. In 1965, The Pan American Sanitary Office appointed him as advisor of the different countries in the continent and he took office in Mexico. In March 1957, he moved to the Washington headquarters. In 1959, he was appointed Chief of the Section for the Eradication of Malaria of the WHO, in Geneva, Switzerland, where he worked until 1964. In 1980, dispirited and physically run down because of a stroke, he said farewell to medicine. He died in 1986, at the age of 82.



EL PROGRAMA DE SALUD RURAL DE CARLOS ALVARADO

CARLOS ALVARADO'S RURAL HEALTH PROGRAM

Este programa se desarrolló en Jujuy a mediados de la década del 60 por impulso de Carlos Alvarado, el médico que había erradicado el paludismo en el Noroeste del país en los 40 y regresaba a su provincia natal después de jubilarse como director del Programa de Lucha contra el Paludismo de la Organización Mundial de la Salud.

En ese entonces la tuberculosis, las enfermedades infecciosas y la desnutrición afectaban a gran parte del pueblo jujeño. La mortalidad infantil era una de las más altas del país. A pedido del gobierno provincial, Alvarado diseñó un plan basado en la Atención Primaria de la Salud, la misma estrategia que una década después sería reivindicada por la Conferencia de Alma Ata (1978) como eje principal de los sistemas sanitarios. Este médico sostenía que los problemas de salud de la gente había que resolverlos casa por casa. Por eso, su plan estaba centrado en la planificación y desarrollo de rondas sanitarias, que consistían en la visita periódica de agentes sanitarios a cada una de las familias de las comunidades rurales para efectuar controles de salud esenciales. Para ejercer su rol, los paisanos debían saber leer y escribir y en lo posible ser jóvenes, ya que tenían que recorrer a pie o en bicicleta más de 200 kilómetros en dos o tres meses. También tenían que ser capaces de generar confianza y legitimidad en sus comunidades para promover los cuidados y controles sanitarios propiciados por el programa.

Los paisanos eran entrenados por el mismo Alvarado para identificar a personas enfermas de tuberculosis; controlar el desarrollo de los niños y de las mujeres embarazadas, aplicar vacunas y desarrollar medidas de saneamiento ambiental. Las rondas sanitarias duraban tres meses, al término de las cuales se evaluaba lo realizado y se programaban nuevas acciones.

El considerable descenso de las enfermedades infecciosas; el aumento de las consultas al sistema de atención y de los partos institucionalizados, así como la significativa disminución de la mortalidad infantil luego de una década de desarrollo del plan, fueron algunos de los contundentes indicadores de la eficacia de la estrategia de Alvarado para atender la salud de las comunidades rurales de su provincia.

This program was developed in Jujuy in the mid-sixties, at the urge of Carlos Alvarado, the physician who had eradicated malaria in the northwest of the country in the forties and was returning to his native province to retire from his post as Head of the 'Fighting Against Malaria Program' of the World Health Organization.

In those days, tuberculosis, infectious diseases and malnutrition affected a large part of the population in Jujuy. Infant mortality was one of the highest in the country. By request of the provincial government, Alvarado designed a plan based on Primary Health Care, the same strategy that the Alma Ata Conference (1978) would vindicate as the main axis of sanitary systems.

This physician maintained that people's health problems had to be solved from house to house. His plan focused on planning and developing sanitary rounds consisting in periodic visits of local health agents to each of the families in the rural communities with the purpose of carrying out essential health controls. To be part of the program, the peasants had to be literate and preferably young, since they had to cover over 200 km on foot or on their bicycles in two or three months. They also needed to generate trust and legitimacy in their communities in order to promote the health care and controls sponsored by the program.

The peasants were trained by Alvarado himself to identify people suffering from tuberculosis, to control the development of children and pregnant women, to administer vaccines and to develop measures of environmental sanitation. The sanitary rounds lasted three months and at the end of that period, evaluations were held and new actions planned.

The considerable decrease in infectious diseases, the increase of consultations to the system and of in-hospital childbirths, as well as the significant reduction of infant mortality after a decade of developing the plan, were some of the forceful indicators of the effectiveness of Alvarado's strategy for providing health care to the rural communities of his province.

¿QUIÉN ERA ALVARADO?

Carlos Alberto Alvarado nació en San Salvador de Jujuy el 4 de noviembre de 1904.

En 1923 ingresó a la Universidad de Buenos Aires, de la que egresó en 1928 con el título de doctor en Medicina, obteniendo el Diploma de Honor de su promoción. Las primeras actuaciones profesionales las realizó en Tilcara, donde fue director fundador del Hospital de Beneficencia Plácida Cari.

En 1929, la Universidad de Buenos Aires y el Gobierno de Jujuy lo becaban para un curso de Paludismo en Italia, donde obtuvo la máxima distinción que se otorgaba. Un año más tarde se trasladó a Londres, donde logró el diploma de Doctor en Medicina Tropical e Higiene. En 1931 fue designado médico de la Defensa Antipalúdica del Departamento Nacional de Higiene. Luego regresó a San Salvador de Jujuy, y se le confió la Dirección Regional de Paludismo de la zona. En 1955, la Oficina Sanitaria Panamericana lo designó como asesor de los distintos países del continente y asumió ese cargo en México. En marzo de 1957 pasó a la oficina central en Washington. En 1959 fue designado Jefe de la Sección Erradicación de la Malaria de la Organización Mundial de la Salud, con sede en Ginebra (Suiza) donde trabajó hasta 1964. En 1980, abatido físicamente por una hemiplejía, se alejó de la medicina. Murió en 1986, a los 82 años.



LAS OBRAS SOCIALES ***SOCIAL SECURITY ORGANIZATIONS***

Sus antecedentes más lejanos se remontan al siglo XIX, con las primeras mutuales. Luego, el fortalecimiento del sindicalismo a mediados del siglo pasado y la legislación de los '60 y los '70 las consolidaron. Padecieron después cientos de avatares y hasta corrieron el riesgo de desaparecer.

Their oldest recorded history goes back to the 19th century, with the first mutual aid organizations. Later on, the strengthening of trade unions in mid 20th century and the legislation in the sixties and seventies further consolidated them. They suffered hundreds of vicissitudes and even ran the risk of disappearing altogether.



En 1854 se constituyó la Sociedad Francesa de Socorros Mutuos, en 1856 la Sociedad de los Zapateros, en 1857 la Sociedad Tipográfica Bonaerense y en 1858 Unione e Benevolenza. Estas cofradías, entre otras tareas, se ocupaban de recaudar fondos para cubrir las necesidades de los trabajadores que sufrieran la pérdida del empleo o fueran encarcelados por su actividad sindical. O tuvieran que operarse y no quisieran hacerlo en los hospitales de entonces, donde padecían todo tipo de humillaciones. El dinero salía de rifas, bailes, colectas o pequeñas aventuras empresarias, como la fabricación de cigarrillos.

The French Society of Mutual Aid was constituted in 1854, The Cobblers' Society in 1856, the Buenos Aires Typographers' Society in 1857 and Unione e Benevolenza in 1858. These guilds, among other tasks, dealt with raising funds to cover their workers' needs if they suffered the loss of their employment or were imprisoned because of their trade-union activities, or had to undergo surgery and did not wish to have it performed at the hospitals of that period, which subjected them to all sorts of humiliations. The money came from raffles, dances, collections or small enterprising ventures, such as the manufacture of cigarettes.

Obreros del sindicato de la
construcción, c. 1940.
Agencia fotográfica ¡Alerta!
Archivo General de la Nación.

Building-union workers, c. 1940.
Agencia fotográfica ¡Alerta!
National Archives

Other associations that provided social assistance were religious, particularly Catholic. The Church competed with the mutual aid societies set up by foreign anarchists by starting tens of Catholic Workers' Circles, many of which still exist, although they have been turned into neighborhood clubs.

The beginning of the new century would bring along surprising numbers: by 1910, there were 560 associations and the communities in Buenos Aires had 1,100 beds in the hospitals, which represented 16% of the total in the district (6,825 beds). By 1927, the number had climbed to 1,141 associations with 552,986 members.

The associations were voluntary and their main activity was to subsidize social services, particularly medical assistance, based on funds contributed monthly. In 1919, the main trade-union of the period – the Railway Union – established the compulsory deduction of the contributions from the salaries by the railway companies, which were British, for their subsequent transfer to the trade-union. This is the way they managed to start their own pensions fund and build the Railway Home later on.

The guiding role of the railway workers in matters concerning health care became even more remarkable in the thirties when, through an alliance with the engine drivers' union (La Fraternidad), they agreed to build the first trade-union hospital, which was ready for service in 1940.

Ambulancia del Hospital Español.
Archivo General de la Nación.

Spanish Hospital Ambulance
National Archives





Sedes de la Asociación Española de Socorros Mutuos (1922) y de la Sociedad Unione e Benevolenza en la ciudad de Buenos Aires (1933). Archivo General de la Nación.

Headquarters of the Spanish Mutual Aid Association (1922) and the Unione e Benevolenza Society (1933) in the City of Buenos Aires. National Archives

Otras asociaciones que brindaban asistencia social fueron las religiosas, especialmente las católicas. La Iglesia, para competir con las mutuales formadas por anarquistas extranjeros, puso en marcha decenas de Círculos de Obreros Católicos, muchos de los cuales todavía persisten, aunque transformados en clubes barriales.

El comienzo del nuevo siglo traerá cifras sorprendentes: para 1910 había 560 asociaciones, y las comunidades disponían en Buenos Aires de unas 1.100 camas de hospitales, las que representaban el 16% de total del distrito (6.825 camas). En 1927 el número llegaba a 1.141 mutuales, con 552.986 afiliados.

Las asociaciones eran voluntarias, y su actividad principal era la subvención de servicios sociales, en particular de la asistencia médica, sobre la base de los fondos aportados mensualmente. En 1919 la Unión Ferroviaria –el principal gremio de entonces– estableció la retención obligatoria de los aportes por parte de las patronales ferroviarias (inglesas), para su derivación posterior al sindicato. Así fue como pudieron formar primero una caja de jubilaciones propia y luego el Hogar Ferroviario.

El papel rector de los trabajadores del riel en materia de protección de la salud se hizo más notable aún en la década del '30, cuando en alianza con el gremio de los maquinistas (La Fraternidad), acordó la construcción del primer hospital de origen sindical, que se terminó de habilitar en 1940.



Festejos por el 7º aniversario del
Ministerio de Trabajo y Previsión
Social, año 1950.
Archivo General de la Nación.

Celebrations on the 7th Anniversary
of the Ministry of Labor and Social
Security, 1950
National Archives

THE BIRTH

Social security organizations took on a new impulse in the forties, when they succeeded in incorporating the monetary contributions of direct beneficiaries and employers. This implied the beginning of another phase of their development, which featured a favorable political context from the government in power after the 1943 revolution. With respect to this, physician and public health specialist Hugo Arce pointed out in his book “The health system”,

“At the beginning, the Secretariat of Labor and Social Services promoted the creation of workers’ mutual aid entities that would be independent from the State. These would be managed by the trade-unions (...). The old employers’ funds dating from the beginning of the century, built on the contributions of companies based on a percentage of salaries, extended their model – particularly in State entities – emulating the experience of the Railway Fund. The mutual aid organizations assembling civil servants had already become sufficiently important in the thirties to justify the Ministers’ Agreement of September 26, 1932, which enabled the respective Administration Boards or Treasuries to make payroll deductions in favor of the mutual aid organizations they authorized (...). This is the way the bodies that were to become known as Social Security Organizations began. (...) They first appeared in the late thirties and early forties and their implementation was consolidated during Perón’s presidency, through Law N° 14,250, in 1953.”

NACIMIENTO

Las obras sociales tomaron un nuevo impulso en los '40, cuando lograron incorporar el aporte de los beneficiarios directos y de los empleadores. Comenzó entonces otra fase de su evolución, caracterizada por un contexto político favorable a partir del gobierno instalado con la revolución de 1943. Al respecto, el médico y sanitarista Hugo Arce señala en su libro “El sistema de salud”:

“Al comienzo, desde la Secretaría de Trabajo y Previsión, se impulsó la formación de entidades mutuales —no estatales— de trabajadores. Éstas eran administradas por los sindicatos (...). Las antiguas cajas patronales de principios de siglo, constituidas por contribuciones de las empresas en base a un porcentaje del salario, se extendían como modelo —especialmente en los organismos estatales—, emulando la experiencia de la Caja Ferroviaria. Las mutuales de empleados públicos ya habían alcanzado suficiente importancia en la década del '30 como para justificar el Acuerdo de Ministros del 26 de septiembre de 1932, por el que se facultaba a las respectivas Direcciones de Administración o a las Tesorerías, a efectuar deducciones de los sueldos a favor de las entidades mutuales que éstos autorizaran (...). Así se fueron conformando las entidades que posteriormente tuvieron la denominación de Obras Sociales (...). Surgieron entre fines de los '30 y comienzos de los '40, y se consolidó su instrumentación durante la gestión de Perón, con la Ley 14.250 de 1953”.

Edificio del Cine Teatro de la Unión Ferroviaria.
Archivo General de la Nación.

Movie theatre of the Railway Union
National Archives



EL HOSPITAL FERROVIARIO

Ubicado originalmente en Ramón Freyre 2182, a lo largo del tiempo se llamó Instituto Ferroviario del Tórax, Hospital Ferroviario de Geronto-Psiquiatría, y finalmente Clínica Ferroviaria Buenos Aires. Durante la presidencia de Juan Domingo Perón el Estado donó varios lotes de la zona de Puerto Nuevo con destino a la construcción del Policlínico Ferroviario Central, que se inauguró en 1954.

THE RAILWAY HOSPITAL

Located on Ramón Freyre 2182, its names changed from Instituto Ferroviario del Tórax, (Thorax Railway Institute, Hospital Ferroviario de Geronto-Psiquiatría, (Railway Hospital of Geronto-Psychiatry) and finally Clínica Ferroviaria Buenos Aires (Buenos Aires Railway Clinic). During Juan Domingo Perón's presidency, the State donated several plots of land in the Puerto Nuevo area, intended for the construction of the Policlínico Ferroviario Central, (Central Railway Polyclinic), inaugurated in 1954.



José Freire, Ministro de Trabajo y Previsión Social en el año 1946. Archivo General de la Nación.

José Freire, Minister of Labor and Social Security in 1946
National Archives

Statistics prove that, already in the forties, one could talk about the different labor groups that succeeded in getting State support for the organization of medical attention systems via the social security. The membership at that time exceeded one million people (out of a population of 14 million). There is evidence of this growth in the attendance to the Mutual Aid Organizations Congress in 1933, which Colonel Perón also attended. The following associations were present: Ministry of Navy personnel; Municipal Slaughterhouse and Meat-processing Plant, Telegraph, Police, De las Mercedes Hospice, Customs Administration, Treasury, National Hygiene Department and Income Tax Division.

Other mutual aid societies existed besides those connected to the State, and their workers were also present (Palermo Brewery, La Negra Meat-processing Plant, San Martín Metallurgical Plant, Tamet, Anglo Meat-processing Plant, National Board of Grain and Grain Elevators, Piazza Bros. and Unión Textile Factory.

To finance those ventures, the Government established by Decree N° 30,655 of November 14, 1944 the creation of the Social Service Commission, in charge of “*driving forward the introduction of social services in establishments of every branch of human activity where work is done in exchange for pay*”, in order to provide, among other benefits, medical and pharmaceutical attention at cost price, cold and hot baths at the end of the working day, supplies of articles for meeting basic necessities at cost price, kitchen and dining area for the personnel and campaigns to avoid work-related accidents. It is not surprising this is considered the date of birth of Social Security Organizations.

Aligned with that progress, the State made it compulsory for all the members of the National Institute of Social Welfare to have an annual medical health check-up, while the national administration began to organize social services for its personnel: the Ministry of the Interior (1947), the National Congress (1947), the Buenos Aires Municipality (1948), the Ministry of Agriculture and Livestock (1948), the National Board of Education (1948) and the Secretariat of Labor and Social Services (1948).



Los primeros frigoríficos abrieron a fines del siglo XIX y su apogeo se produjo a principios del siglo XX. Archivo General de la Nación.

The first meat-processing plants were opened at the end of the 19th century and they came into their heyday in the early 20th century.
National Archives

El Decreto de Asociaciones Profesionales N° 23.852 de octubre de 1945 y el Decreto N° 33.302 (Instituto Nacional de Remuneraciones, Aguinaldo) de diciembre de ese año fortalecieron definitivamente la economía sindical. Estos decretos fueron la base de la ley 12921 de 1947.

The Decree of Professional Associations N° 23,852, October 1945, and the Decree N° 33,302 (National Institute of Wages and Yearly Bonus) dated December 1945, definitely strengthened trade-union economy. These decrees laid the basis for the 1947 law N° 12,921.

Las estadísticas prueban que ya en los cuarenta se puede hablar de diferentes grupos laborales que logran el apoyo estatal para la organización de regímenes de atención médica a través de la forma del seguro social. Y que el número de afiliados directos para esa época superaba el millón de personas (sobre un total de 14 millones de habitantes). Tal crecimiento lo prueba la concurrencia que tuvo el Congreso de Mutualidades de 1944, al que asistió el coronel Perón. Contó con la participación de las siguientes mutuales: del personal del Ministerio de Marina; Matadero y Frigorífico Municipal; Mercado de Hacienda; Telégrafos; Policía; Hospicio de las Mercedes; Dirección Nacional de Aduanas; Ministerio de Hacienda; Departamento Nacional de Higiene y División de Impuestos a los Réditos.

No sólo hubo mutuales estatales, sino que también estuvieron presentes trabajadores de empresas privadas (Cervecería Palermo, Frigorífico La Negra, Talleres Metalúrgicos San Martín, Tamet, Frigorífico Anglo, Corporación Nacional de Granos y Elevadores, Piazza Hnos. y Fábrica de Tejidos Unión).

Para financiar aquellos emprendimientos el gobierno establece el Decreto N° 30.655 del 14 de noviembre de 1944, por el que se creó la Comisión de Servicio Social, que fue la encargada de “propulsar la implantación de servicios sociales en los establecimientos de cualquier ramo de la actividad humana donde se presten tareas retribuidas”, a los efectos de proveer —entre otros beneficios— atención médica y farmacéutica a precio de costo, baños fríos y calientes al término de la jornada, suministro de artículos de primera necesidad a precio de costo, cocina y comedor para uso del personal y campañas para evitar accidentes de trabajo. No en vano se considera esta fecha la de nacimiento de las Obras Sociales.

En línea con aquel avance, el Estado hizo obligatorio el examen de salud anual de toda la población afiliada al Instituto Nacional de Previsión Social. Y la administración nacional comenzó a organizar servicios sociales para el personal de su dependencia: del Ministerio del Interior (1947); del Congreso Nacional (1947); de la Municipalidad de Buenos Aires (1948); del Ministerio de Agricultura y Ganadería (1948); del Consejo Nacional de Educación (1948) y de la Secretaría de Trabajo y Previsión (1948).



El sector industrial mostró un importante crecimiento a principios del siglo XX. Para 1909 ya había 31.000 fábricas. [Archivo General de la Nación.](#)

Industry showed important growth at the beginning of the 20th century and by 1909 there were 31,000 factories. [National Archives](#)



Clausura de la Conferencia
Internacional de Seguridad Social
en la Universidad de Buenos Aires,
año 1951.
Archivo General de la Nación.

Closing ceremony of the
International Conference of Social
Security at the Buenos Aires
University, 1951
National Archives

Durante la Conferencia Interamericana de Seguridad Social de 1951, la postura argentina la definía como “un mecanismo protector de los individuos frente a los distintos estados de necesidad, asegurándoles condiciones dignas y justas de subsistencia. La Seguridad Social es la conjunción de tres políticas: la social, la económica y la sanitaria”.

During the Inter American Social Security Conference in 1951, Argentina's presentation defined Social Security as a “mechanism that protects individuals faced by different states of necessity, thereby assuring them decent and just subsisting conditions. Social Security is the conjunction of three policies: social, economic and sanitary”.

Personnel from the Air Force, the Army, the Presidency, the Ministry of Economy, the Communications and Foreign Trade Secretariat joined the social services in the fifties. The Bureau of Social Services for bank and insurance, reinsurance, capitalization and savings workers and for the personnel of the glass industry and meat-processing plants, both private and State-run, was organized. Other mutual aid organizations invested in their own assistance services: metallurgical, electrical and textile workers.

Despite State support and the workers' contributions, the initiative of some of the trade-unions to build their own polyclinics and even supply free medication to their members encountered some drawbacks. Ángel Borlenghi, Minister of the Interior and Secretary of the Commerce Trade-union, became aware of this in 1954. “We feel that an organization such as ours cannot afford this benefit in a sustained manner, because this would imply an economic draining of social funds, which in turn would force the suppression of assistance of such magnitude. We have gone into this matter thoroughly and we know many are facing insoluble problems because they have implemented this social service...”

Consistently with Borlenghi's warning, the Trade Union of Automotive Transport was unable to complete the building of its Central Polyclinic in Puerto Nuevo, although it had obtained a land grant. In 1954, the Union decided to sell the property.

En la década del '50 se incorporaron el personal de la Aeronáutica, Ejército, Presidencia de la Nación, Ministerio de Asuntos Económicos, Secretaría de Comunicaciones y Comercio Exterior. Y se organizó la Dirección de Servicios Sociales para trabajadores bancarios y del Seguro, Reaseguros, Capitalización y Ahorro, de la Industria del Vidrio y de los frigoríficos estatales y privados. También otras mutualidades invirtieron en servicios asistenciales propios: metalúrgicos, electricistas (Luz y Fuerza) y textiles.

Pese al apoyo estatal y a los aportes de los trabajadores, la iniciativa de algunos sindicatos de construir sus propios policlínicos y hasta de suministrar medicamentos en forma gratuita a sus afiliados tuvo sus inconvenientes. Fue el propio Ángel Borlenghi, ministro del Interior y secretario del Sindicato de Comercio, quien lo advirtió en 1954: *“Consideramos que una organización de nuestro carácter no puede costear este beneficio en forma continuada, porque ello implicaría un drenaje económico de los fondos sociales, que obligaría en un momento dado a suprimir una asistencia de esa magnitud. Esta materia la hemos estudiado bien y sabemos que son muchos los que se encuentran frente a problemas económicos insolubles por haber implantado este servicio social...”*.

En consonancia con la advertencia de Borlenghi, la Unión Tranviarios Automotor no pudo terminar de construir su Policlínico Central en Puerto Nuevo, pese a que había obtenido los terrenos gratuitamente. Y a fines de 1954 decidió proceder a su venta.



El Policlínico Bancario: sala de espera y atención a enfermos, año 1950.
[Archivo General de la Nación.](#)

The Banking Industry Polyclinic:
 waiting room and assistance to
 patients, 1950
 National Archives

UN CAMBIO DE POLÍTICAS

A partir del golpe de 1955, el Estado trató de limitar su injerencia en materia de salud. Las asociaciones de médicos, a su vez, adoptaron nuevas posiciones y en un congreso reunido en San Luis en 1957 señalaron que *“las obras sociales y mutualidades no están en condiciones, por razones financieras y técnicas, para atender en forma eficiente la prestación de una medicina integral, asistencial y preventiva, de acuerdo con el progreso técnico y científico de la época”*. Y propusieron como solución articular un seguro de salud organizado por los médicos.

Bajo el gobierno de Arturo Frondizi (1958-1962) se creó el Consejo Federal de Seguridad Social (COFESES), que consideró la unificación de las instituciones de previsión y asistencia bajo la conducción de un Instituto Nacional de Seguridad Social. El nuevo organismo fue crítico con las Obras Sociales: *“Observan prestaciones de pobre calidad, parciales o limitadas, remuneración inadecuada al personal médico, maquinaria burocrática asfixiante, gran quebranto económico-financiero...”*.

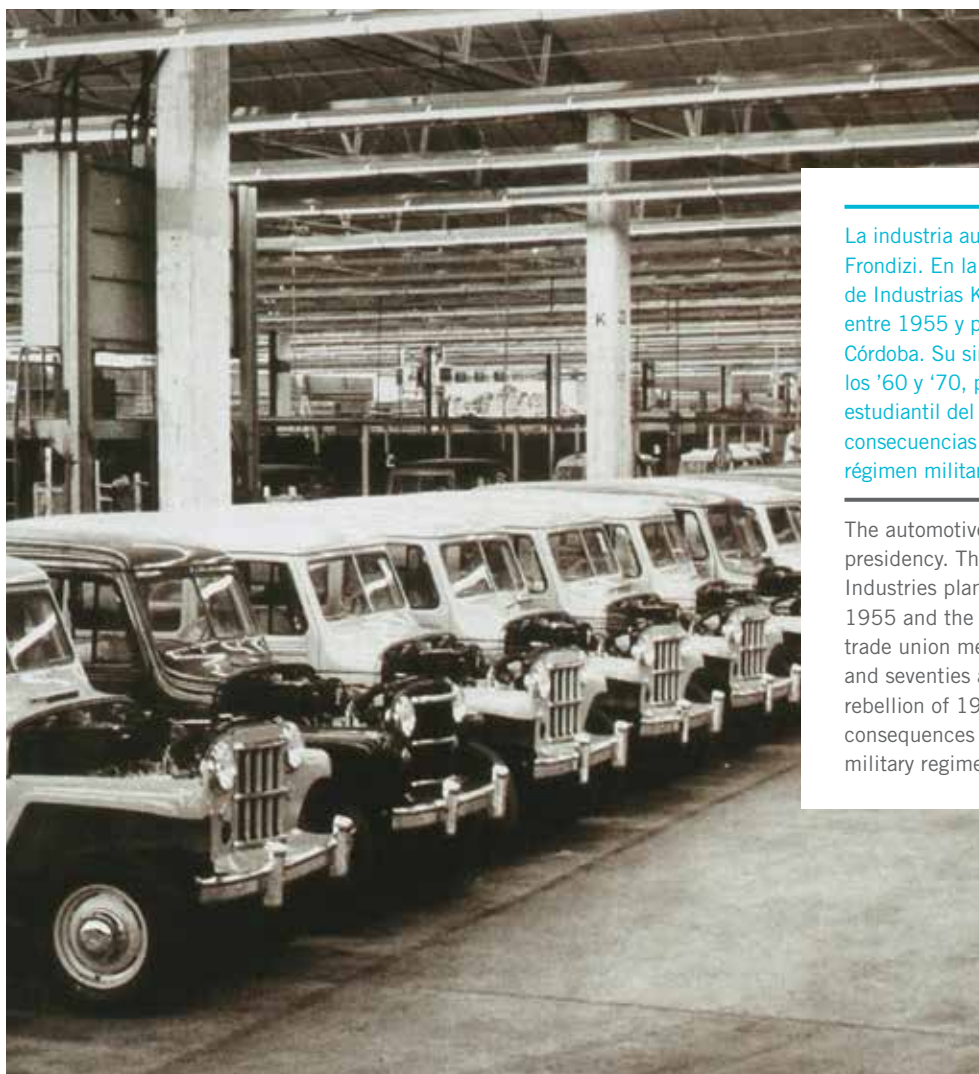
Otra institución, el Consejo Nacional de Desarrollo, realizó una evaluación más exhaustiva en 1965, revelando la gran disparidad que existía entre las Obras Sociales: el 7% agrupaba al 91,2% de los beneficiarios. Y el 5% cubría el 93,1% del gasto en asistencia médica.

Un informe de la Comisión Coordinadora de los Servicios Sociales Sindicales designada en 1967, explicaba: *“Existe una gran atomización de obras y servicios sociales sindicales (...). Cada gremio ha ido montando sus propios servicios sociales y, a su vez, en aquellos con menor grado de centralización, cada seccional organizó su propia asistencia local (...). Dichas circunstancias no han sido modificadas mayormente, por lo que hoy presentan las Obras Sociales una deficiente estructuración y coordinación lo cual debe tener, evidentemente, su incidencia en cuanto al aprovechamiento de los recursos y esfuerzos”*.

A CHANGE IN POLICIES

As of the 1955 coup, the State tried to limit its meddling in health matters. The medical associations, in turn, adopted new positions and pointed out, during a congress in San Luis in 1957, that *“social security organizations and mutual aid associations are in no condition, for financial and technical reasons, to supply efficiently integrated, assistential and preventive medical services in accordance with the technical and scientific advances of the present time”*. Instead, they proposed, as a solution, the creation of a health insurance organized by physicians.

Under Arturo Frondizi's government (1958-1962), the Federal Council of Social Security (COFESES) was created to unify the social security institutions under the leadership of the National Institute of Social Security. The new entity was critical of the Social Security organizations. *“We observe that the services provided are poor in quality or of limited reach, that the medical staff is inadequately paid, that there is a*



La industria automotriz fue un sector clave de la presidencia de Frondizi. En la foto se ven los modelos de Estanciera en la planta de Industrias Kaiser (IKA), empresa que operó en la Argentina entre 1955 y principios de la década del '80 en la provincia de Córdoba. Su sindicato fue uno de los más combativos durante los '60 y '70, participando activamente de la rebelión obrero-estudiantil del año 1969, conocida como Cordobazo. Una de las consecuencias directas del Cordobazo fue el debilitamiento del régimen militar encabezado por Onganía.

The automotive industry was a key sector in Frondizi's presidency. The photo shows Estanciera models at the Kaiser Industries plant. This company operated in Argentina between 1955 and the early eighties, in the province of Córdoba. Their trade union members displayed great fighting spirit in the sixties and seventies and actively participated in the workers-students' rebellion of 1969, known as the Cordobazo. One of the direct consequences of this movement was the weakening of the military regime headed by Onganía.

choking bureaucratic machinery as well as serious economic and financial loss..."

Another institution, the National Development Council, carried out a more exhaustive evaluation in 1965, which revealed the great inequalities among the Social Security organizations. 7% of them grouped 91.2% of the beneficiaries while 5% covered 93.1% of the expenditure on medical assistance.

The Coordinating Commission of Trade-union Social Services appointed in 1967 explained in a report that *"Trade-union work and social services are severely atomized (...) Each trade-union has mounted its own social services and, in turn, in those with a lesser degree of centralization, each sector has organized its own local assistance (...)* These circumstances have not been to a large extent modified, and therefore, the Social Security organizations today display deficient structures and coordination, a situation that obviously has an impact on the best use of resources and effort".



Nombramiento del Presidente del Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), Dr. Andrés Julián Fescina, el 22 de mayo de 1970.

Dr. Andrés Julián Fescina was appointed president of INOS on May 22, 1970

LAW N° 18,610

The military government (1966-1973) established the compulsory contribution of workers and those of employers for workers on the payroll, a situation that was made effective in 1970 by Law N° 18,610. Likewise, the National Institute of Social Services Organizations (INOS) was created to be the regulating body under the Ministry of Social Welfare. INOS administered a redistribution fund intended to provide financial assistance to those Social Service organizations that had difficulties in meeting their expenses.

The law established minimum benefits: medical assistance in consulting rooms and homes, hospital in-patient confinement, emergencies, complementary diagnosis and treatment, and dental care. Another law, N° 19,710, set the rules for contracts with medical trade-unions and other services providers.

These regulations established a financing system for the Social Security organizations based on contributions on the payroll of 1% for the workers and 2% for the employers. The entities had to allocate 70% of their revenues to providing medical services to their members.

The obligatory nature of the contribution for all wage-earners strengthened the role of the trade-unions. With respect to this, the press secretary of the Light and Energy Union (Luz y Fuerza), Luis Angeleri expressed in his book, “Argentine Trade Unions are Power”:

“The monthly fees the members paid into their trade-unions, together with their extraordinary economic contributions began to give the trade-union organization an economic wealth that allowed the workers to think the trade unions could put together integrated social actions to give the worker and his family all the protection that would allow them the full dimension of their natural rights as human beings (...) Social Security organizations were started by the trade-unions, thus covering what the State had left vacant for a long time. The community had had hospitals or private clinics as their choice for health care until then. (...) Private institutions were forbidden territory to the greater part of the population. The trade-unions began to fill this void and enforced integrated medical assistance that contemplated coverage for the member’s family group, in both preventive medicine and sophisticated surgery. The trade-union polyclinics are real health centers that display the social conception of the Argentinean workers’ organizations.”

LA LEY 18610

El gobierno militar de 1966-1973 estableció la obligatoriedad de los aportes de los empleados y de las contribuciones patronales para todos los trabajadores en relación de dependencia. Esto se efectivizó con la Ley 18610 sancionada en 1970. Asimismo, se creó el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), como un ente regulador dependiente del Ministerio de Bienestar Social. El INOS administraba un fondo de redistribución, destinado a la asistencia financiera de las obras sociales que presentaban dificultades para cubrir el monto de sus egresos.

La ley estableció prestaciones mínimas: atención médica en consultorio y domicilio, internación, servicios de urgencia, prestaciones complementarias de diagnóstico y tratamiento y atención odontológica. Otra ley, la 19710, fijó el régimen de contratos con las asociaciones gremiales médicas y otras instituciones prestadoras de servicios.

Esta normativa estableció un sistema de financiación para las obras sociales basado en aportes del trabajador del 1% y contribuciones del empleador del 2% sobre la nómina salarial. Las entidades debían destinar el 70% de sus ingresos a proveer servicios de atención médica a sus afiliados.

La obligatoriedad del aporte para todos los asalariados fortaleció el papel de los sindicatos. Al respecto, el secretario de prensa del gremio de Luz y Fuerza, Luis Angeleri, autor del libro “Los Sindicatos Argentinos son Poder” expresó:

“Las cuotas que pagaban al sindicato mensualmente sus afiliados, los aportes extraordinarios de carácter económico con que ellos contribuían, comenzaron a dar a la organización gremial un caudal económico que dieron la pauta a los trabajadores que podían hilvanar una acción social de carácter integral, por parte de los sindicatos, para dispensar al trabajador y su familia de toda una protección y disfrute que le permitiese alcanzar en plenitud, toda la concepción y dimensión que le acreditaba el derecho natural a su existencia como ser humano (...). Surgen las obras sociales emprendidas por los sindicatos, cubriendo una vacancia dejada por el Estado desde hacía largo rato. La comunidad hasta ese entonces tenía dos alternativas para curarse o preservar su salud, los hospitales o los sanatorios (...). Los sanatorios por su elevado costo están vedados a la mayoría de la población. Los sindicatos comenzaron a llenar ese vacío e impusieron la asistencia médica integral, que contempla la cobertura al grupo familiar del afiliado tanto en medicina preventiva como en complicadas intervenciones. Los policlínicos de los sindicatos son verdaderos centros de salud donde se manifiesta la concepción social de las organizaciones obreras argentinas”.



Andrés Fescina. Director del Instituto Nacional de Obras Sociales entre 1970 y 1973.

Andrés Fescina, Head of the National Institute of Social Security Organizations between 1970 and 1973

THE CREATION OF PAMI

Law N° 19,023, passed at the end of 1971, created the National Institute of Social Services for Pensioners (INSSJP). The Integrated Program of Medical Attention (PAMI) was organized and began to cover all the pensioners in the National Social Security System (approximately 11% of the total population). As of the implementation of PAMI and of Law N° 18,610 in the mid-seventies, three-quarters of the population were covered by some type of social security. This represented the largest social security coverage among Latin American countries.

With General Perón's return to the presidency in 1973, health care in the country became part of the Triennial Plan announced by the president himself at the CGT. Perón criticized the *"tendency to delegate responsibilities on the part of the State, culminating with the INOS, thus crystallizing a stratification of the population into three groups: well-off people, wage-earners covered by Social Security and paupers, each one of which receives medical assistance of very different quality"*.

Se constituyen asociaciones de obras sociales provinciales, en particular a partir de la creación de Policlínicos destinados a la atención de sus beneficiarios. Se organizan la Asociación Neuquina de Obras Sociales (ANDOS); la Asociación Tucumana de Obras Sociales (ATOS) y organizaciones similares en San Juan y Mendoza. Un relevamiento publicado por el INOS en 1974 registra la existencia de 16 asociaciones de obras sociales en todo el país.

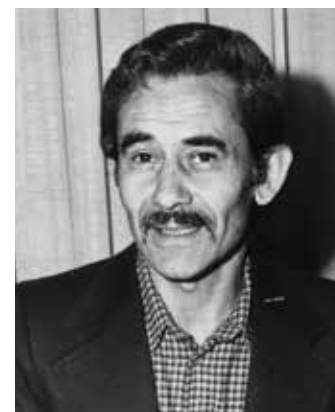
In the provinces, social security associations are formed, particularly as of the creation of Polyclinics intended to provide attention to their beneficiaries. Among them are the Neuquén Association of Social Security (ANDOS), the Tucumán Association of Social Security (ATOS) and similar organizations in San Juan and Mendoza. A survey published by INOS in 1974 recorded the existence of 16 such associations in the country.

LA CREACIÓN DEL PAMI

A fines de 1971, por Ley 19023, se creó el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) y se organizó el Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI), que pasó a cubrir a la totalidad de los jubilados y pensionados del Sistema Nacional de Previsión (un 11% de la población total).

A partir de la implementación del PAMI y de la Ley 18610, hacia mediados de la década del '70, las tres cuartas partes de la población estaban cubiertas por alguna obra social, lo que representaba la mayor proporción de cobertura de la seguridad social entre los países latinoamericanos.

Con el regreso a la presidencia del general Perón en 1973, la atención sanitaria del país fue incluida en el Plan Trienal que el propio mandatario anunció en la Confederación General del Trabajo (CGT). Criticó entonces Perón la *“tendencia a delegar responsabilidades por parte del Estado que halla su culminación con el INOS, cristalizándose de este modo una estratificación de la población en tres grupos: pudientes, asalariados —cubiertos por las Obras Sociales—, e indigentes, cada uno de los cuales recibe una asistencia médica de calidad muy diferenciada”*.



José Ignacio Rucci, Secretario General de la CGT.
Archivo General de la Nación.

José Ignacio Rucci, Secretary General of the General Confederation of Labor
National Archives

ATRIBUCIONES DEL INOS

THE INOS HAS THE FOLLOWING POWERS

- Definir las prestaciones médico asistenciales básicas que serán brindadas. Esa tarea le correspondía antes a la Secretaría de Seguridad Social.
- Decidir sobre el fondo de redistribución y sobre la inversión de los recursos provenientes del mismo.
- De su voluntad dependía buena parte de las facultades, volumen, estructura, número y competencia de los Entes de Obras Sociales (EOS) que se creaban conforme a su decisión.
- Se constituyó como autoridad de aplicación de la ley con jurisdicción sobre los EOS y las Obras Sociales adheridas. Era un ente con personalidad jurídica y autarquía en la jurisdicción del Ministerio de Bienestar Social y en la órbita de competencia de la Secretaría de Estado de Salud Pública.
- To define the basic medical services to be rendered, a task that was previously performed by the Secretariat of Social Security
- To make decisions concerning the redistribution fund and the investment of resources issuing from the fund
- To make decisions about the powers, volume, structure, number and responsibilities of the EOSs (Ruling Bodies of Social Security Organizations) that were created in accordance with its will.
- The INOS was constituted as authority for the application of the law with jurisdiction over the EOSs and the adhering Social Security Organizations. It was a body with legal status and autarchy within the jurisdiction of the Ministry of Social Welfare and in the orbit of responsibility of the State Secretariat of Public Health.

El Presidente Perón en su tercer mandato acompañado de su esposa Isabel Martínez, vicepresidente de la Nación.
Archivo General de la Nación.

President Perón, in his third term of office, accompanied by his wife, Isabel Martínez, Vice-president of Argentina
National Archives



LA INTERVENCIÓN DE LAS OBRAS SOCIALES

En 1976, a partir del golpe militar, las obras sociales fueron intervenidas. Con el nuevo gobierno se eliminó la obligatoriedad de afiliación, y se les prohibió montar nueva infraestructura propia, con una explícita recomendación de reducir la existente.

Esta disposición constituyó un poderoso incentivo para establecer contratos con el sector privado.

THE INTERVENTION OF THE SOCIAL SECURITY ORGANIZATIONS

In 1976, as of the military coup, the Social Security organizations were intervened. The new government eliminated compulsory membership, and the organizations were forbidden to set up their own new infrastructure and explicitly recommended to reduce the existing one.

This regulation was a powerful incentive to establishing contracts with the private sector.

RETORNO DE LA DEMOCRACIA

A partir del gobierno de Raúl Alfonsín se quiso ordenar el sistema de salud por el camino de la unificación financiera, es decir, hacer confluir a las obras sociales en una gran organización nacional. En tanto, la CGT a través de su secretario general Saúl Ubaldini, presentó el proyecto “Azul y Blanco”, que buscaba el retorno al orden impuesto por la Ley 18610.

El gobierno no aceptó el plan sindical, pero sí llevó adelante algunas reivindicaciones, como la subrogación en el Estado de las deudas acumuladas en las obras sociales durante la intervención militar, el reconocimiento de su titularidad patrimonial usurpada por el proceso militar, y su consecuente derecho a la gestión administrativa y financiera. Además mantuvo el aporte de los trabajadores y aumentó a 6% el de los empleadores.

El 30 de diciembre de 1988 se aprobaron las leyes 23660 de Obras Sociales, y la 23661 de creación del Sistema Nacional del Seguro de Salud, que todavía están vigentes. Se fusionaron la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) y la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS), para constituir la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

La hiperinflación de finales de los ochenta hizo naufragar muchos de esos planes y desquició el sistema por completo.

THE RETURN OF DEMOCRACY

When Raúl Alfonsín assumed the presidency, there was an attempt to organize the health system by way of financial unification, that is to say, by making the Social Security organizations converge into a great national organization. In the meantime, the CGT, through its secretary general, Saúl Ubaldini, submitted the “Blue and White” project, which sought the return to the order imposed by Law N° 18,610.

The government rejected the trade-union plan, but did carry out some of the demands, such as subrogation by the State of the debts accumulated by the Social Security organizations during the military intervention, the acknowledgement of their patrimonial ownership usurped by the military process and the resulting right to administrative and financial management. In addition, the government maintained the workers’ contributions and increased that of the employers to 6%.

Law N° 23,660 of Social Security Organizations and Law N° 23,661, creating the National Health Insurance System were passed on December 30, 1988 and they are still in force. ANSSAL (National Administration of Health Insurance), INOS (National Institute of Social Security Organizations) and DINOS (National Bureau of Social Security Organizations) merged and constituted the Superintendence of Health Services (SSS). Hyperinflation in the late eighties wrecked many of those plans and completely disrupted the system.



El Presidente Alfonsín habla ante los obreros de la fábrica de cerámica Lozadur sobre la etapa de transición del autoritarismo a la democracia.

Archivo General de la Nación.

President Alfonsín speaks to an audience of Lozadur ceramics factory workers on the subject of the transition stage from authoritarianism to democracy.
National Archives



LA DESREGULACIÓN

En los noventa, la Superintendencia de Servicios de Salud autorizó a las Obras Sociales a ofrecer planes complementarios de salud. Para ello pasaron a estar habilitadas a recibir aportes y contribuciones adicionales, siempre y cuando fueran aprobados por ese organismo. Y a suscribir un convenio entre obras sociales y empresas de medicina prepaga.

El Decreto N° 9 de 1993, decidió liberar la afiliación a la obra social correspondiente y evitar condiciones de “cautividad” de las contrataciones, impuestas por las asociaciones de prestadores. Esta norma se amplió en 1996 con el Decreto N° 1141 que estableció la opción de cambio entre las obras sociales sindicales, que en 1997 fue limitada a una vez por año.

La crisis económica y financiera de 2001 se convirtió en un verdadero tsunami que arrasó con toda la estructura productiva del país. Ante esa nueva realidad, el gobierno emitió el Decreto 486/02, por el cual se estableció la emergencia sanitaria nacional.

DEREGULATION

The Superintendence of Health Services authorized the Social Security organizations to offer complementary health plans in the nineties. To that end, they were allowed to receive ordinary and additional contributions, as long as they were approved by the above-mentioned entity. In addition, they were allowed to sign an agreement between Social Security organizations and prepaid-medicine companies.

Decree N° 9, dated 1993, released the affiliation to the corresponding organization in order to avoid the condition of “captivity” of the contracts, as imposed by the service-providing associations. This regulation was extended in 1996 through Decree N° 1,141, which established the option to change from one trade-union social security organization to another. In 1997, the option to change was limited to once a year.

The economic and financial crisis of 2001 became a real tsunami that devastated the entire production structure of the country. In the face of this new reality, the government issued Decree N° 486/02, which established national health emergency.

LA ACTUALIDAD

A partir de 2003 comenzó a aumentar la recaudación de las obras sociales, las que volcaron esos aportes en prestaciones médico asistenciales, y así empezaron a recuperar los servicios plenos.

El aporte a las obras sociales es hoy del 9% (3% de los trabajadores y 6% de los empleadores). A pesar de estos mayores ingresos y de la ayuda financiera que aporta la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) a cada obra social, las más pequeñas tienen dificultades para cumplir con los servicios médicos básicos. Esto incentivó a que muchos afiliados de mayores ingresos prefirieran acceder a servicios de obras sociales de mayor envergadura, sobre todo aquellas que tienen convenios con las empresas de medicina prepaga.

Al 30 de diciembre de 2006, el sistema contaba con 15.501.655 beneficiarios, entre afiliados titulares (9.547.235) y su grupo familiar primario (5.954.420), distribuidos en casi trescientas obras sociales. Sobre un total de obras sociales, excluyendo el PAMI, las primeras 20 del ranking nuclean el 65,7% de los beneficiarios totales, y entre ellas las 10 primeras absorben aproximadamente el 51% de la población total.

By December 30, 2006, the system had 15.501.655 beneficiaries, including full members (9.547.235) and their primary family groups (5.954.420), distributed among almost three hundred Social Security organizations. Out of the total number of these organizations - excluding PAMI, the first 20 in the ranking absorb 65.7% of the beneficiaries and among those, the first 10 capture 51% of the total population.

THE PRESENT

As of 2003, the Social Security organizations increased their takings, which were poured into medical assistance services, thus recovering their full services.

The contribution to Social Security is today 9% (3% from the workers and 6% from the employers). Despite the increased revenues and the financial aid granted by the National Administration of Social Security (ANSES) to each organization, the smaller ones find it difficult to provide the basic medical services. This stimulated many members in a higher income bracket to join more important Social Security organizations, particularly those that have agreements with pre-paid medical services firms.



Cristina Fernández y Néstor Kirchner en el traspaso del mando el 10 de diciembre de 2007. Museo del Bicentenario.

Cristina Fernández and Néstor Kirchner at the swearing-in ceremony of the new president on December 10, 2007
Bicentennial Museum

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD IMPULSADO EN 1973

THE NATIONAL HEALTH SYSTEM PROMOTED IN 1973



On May 25, 1973, Héctor Cámpora assumed the presidency of the nation; the end of dictatorship and the return of 'peronismo' to power, after having been banned for 18 years, were celebrated joyfully. That night, an enormous multitude made its way to the Villa Devoto jail, demanding the immediate release of all political prisoners, mainly trade-union leaders and activists of revolutionary organizations.

During Cámpora's entire government, the Youth Movement of Perón's party occupied several important institutional posts, such as seats in Congress, provincial governments of Buenos Aires, Córdoba and Mendoza, ministries and the universities, which were its main base for mobilization.

Projects were promoted in the Health and Education areas with the popular sectors as main beneficiaries. An economic policy was outlined, displaying more concern for the wage earners' demands and establishing a greater State regulation.

Héctor Cámpora resigned on July 13, 1973 and Juan Domingo Perón took office as President for his third term on October 12 of the same year.

The economic policy followed up the aims outlined in the Triennial Plan and the social pact it had maintained since 1955: to improve distribution and investment, increase the level of demand and reduce the inflationary process.

Doctor Domingo Liotta, a pioneer of cardiovascular surgery and creator of the first total artificial heart to be implanted in a human being, was appointed to head the Public Health portfolio. The famous surgeon recalls that period as follows, *"Regarding my work as Secretary of State, Perón wanted to study the creation of a National Health System such as the one Dr. Ramón Carrillo had begun to organize during Perón's previous term of office, and so he allowed me the freedom to form a working group. I chose Canitrot (Radical Party), Dr. Aldo Neri, who was later to become Raúl Alfonsín's Minister, Abraham Sonis, Dean of Maimónides University, who was working for the WHO and Dr. Prieto, as public health physician. This was a heterogeneous group, from both the political and the religious point of view. Together, we drafted Law N° 20,748 concerning the National Health System and the Careers of Medicine and Nursing. However, before sending it to Congress for sanctioning, Perón, fully aware of the drain that debating the law in Congress would produce, told me to take it to Ricardo Balbín for advice and thus coordinate the sanctioning of the law with the Radical Bloc, next in size to that of the 'justicialistas'. That is just what I did. Balbín said, "Tell the General that the Unión Cívica Radical will sanction this bill in Congress."*



Héctor Cámpora asume la presidencia el 25 de mayo de 1973. En la página anterior, la Juventud Peronista, factor fundamental para el regreso del peronismo al poder. Archivo General de la Nación.

Héctor Cámpora assumes the presidency on May 25, 1973- On the previous page, the Youth Movement of Perón's party that played a fundamental role in the party's return to power National Archives

El 25 mayo de 1973, Héctor Cámpora asumió la Presidencia de la Nación; en un clima alegre se festejaba el fin de la dictadura y el regreso del peronismo al poder después de 18 años de proscripción. Esa noche, una enorme multitud se dirigió a la cárcel de Villa Devoto imponiendo la liberación inmediata de todos los presos políticos, en su mayoría dirigentes sindicales y militantes de organizaciones revolucionarias.

Durante todo el gobierno de Cámpora, la Juventud Peronista (JP) ocupó varios espacios institucionales de importancia: bancas en el Congreso, gobernaciones como Buenos Aires, Córdoba y Mendoza, ministerios y ocupó las universidades, que fueron su gran base de movilización.

En áreas como Salud y Educación se impulsaron proyectos que tenían a los sectores populares como principales beneficiarios. Se esbozó una política económica más atenta a las demandas de los asalariados, caracterizada por una mayor regulación estatal.

Héctor Cámpora renunció el 13 de julio de 1973, y el 12 de octubre del mismo año asumió por tercera vez la Presidencia de la Nación, Juan Domingo Perón.

La política económica continuó los objetivos trazados en el plan trienal y el pacto social que sostenía hasta 1955: mejorar la distribución y la inversión, aumentar el nivel de demanda y disminuir el proceso inflacionario.

En materia de salud, nombró al Doctor Domingo Liotta, pionero de la cirugía cardiovascular y creador del primer corazón artificial total implantado en un ser humano, al frente de la cartera sanitaria. El famoso cirujano lo recuerda de esta manera: *"En cuanto a mi tarea como Secretario de Estado, Perón quería estudiar la creación de un Sistema Nacional de Salud que el Dr. Ramón Carrillo había comenzado a organizar durante su anterior presidencia. Para hacerlo, me dio amplia libertad para formar un grupo de tareas. Elegí a Canitrot del radicalismo, al Dr. Aldo Neri, quien después fuera Ministro del Dr. Alfonsín, a Abraham Sonis, Decano de la Universidad Maimónides, quien trabajaba para la Organización Mundial de la Salud y como sanitarista al Dr. Prieto. Un grupo heterogéneo tanto desde el punto de vista político como religioso. Entre todos redactamos la Ley N° 20.748 del Sistema Nacional de Salud y de la Carrera Médica y de Enfermería. Pero antes de mandarla al Congreso para que la aprobaran, Perón, conocedor de la sangría que podía ser el debate de esta ley dentro del Parlamento, me dijo que se la llevara al Dr. Ricardo Balbín para consultarlo y así coordinar con el bloque radical, el más grande después del justicialista, la aprobación de la ley. Así lo hice. Balbín me dijo: "Dígale al general que la Unión Cívica Radical va a aprobar este Proyecto en el Parlamento".*

Tuvo el proyecto un enemigo implacable, y el doctor Liotta lo rememora así:

“En el círculo íntimo de cualquier maquinaria gubernamental, donde se necesita cumplir con los deberes de la política, se encuentra bastante a menudo gente nefasta que naturalmente se opone a toda idea noble. En mis tiempos de Ministro, existía un hombre muy influyente, estrechamente relacionado con el Presidente, el Sr. José López Rega, llamado el brujo, afecto a los signos astrológicos. José López Rega no creía en la ciencia, y aún menos en el diagnóstico y en los procedimientos médicos; naturalmente se oponía al Sistema Nacional de Salud y en mayor medida al tratamiento médico que le prescribí al Presidente. Sólo estaba convencido y de acuerdo con los poderes astrológicos y demostraba una solemnidad panegírica.

No obstante, el simple hecho de que, debido a las peculiares virtudes del Presidente y a mi cercanía con él, nuestro trabajo avanzó con rapidez, sin mucha dificultad y, afortunadamente, todo posible intento de destrucción por parte de este hombre extraño, pudo ser desalentado uno tras otro. Nos abocamos con tal avidez al estudio del Sistema Nacional de Salud que lo terminamos en tiempo récord”.

El proyecto, tras sufrir numerosas modificaciones, se plasmó a través de la sanción de la Ley 20748 de 1974. Sin embargo, esta ley no llegó a implementarse y fue derogada en 1978. El general Perón murió el 1° de julio de 1974. Su esposa, María Estela Martínez, lo sucedió en el cargo de Presidente de la Nación.

The project had an unsparing enemy and Dr. Liotta recalls the situation as follows:

“In the close circles of any governmental machinery, where it is necessary to comply with political duties, one often finds harmful people who naturally oppose every noble idea. When I was Minister, there was a man of great influence, Mr. José López Rega, who was known as the ‘witch doctor’. He was very attached to astrological signs and was intimately related to the President. López Rega did not believe in science, let alone in diagnosis and medical procedure; he naturally opposed the National Health System and, even more so, the medical treatment I prescribed for the President. All he believed in was astrological powers and he displayed a panegyric solemnity.

Despite this, our work went ahead rapidly and without too many obstacles because of the simple fact that the President had peculiar virtues and I was very close to him. Fortunately, all the possible destructive attempts on the part of this strange man were repeatedly discouraged. We addressed ourselves to the study of the National Health System so avidly that we finished it in record time.”

The project, after undergoing numerous changes, took its final shape with the passing of Law N° 20,748 in 1974. However, the law was never implemented and was revoked in 1978. General Perón died on July 1, 1974. His wife, María Estela Martínez, succeeded him as the Nation's President.



LOS OPOSITORES AL PROYECTO DE LIOTTA

THE OPPONENTS TO LIOTTA'S PROJECT

Desde un primer momento, el proyecto contó con la oposición de algunos gremios médicos, entre ellos la Asociación de Médicos Municipales, que fijó su postura en el Consejo Federal de la Federación Médica de la Capital Federal (FEMECA). Esta entidad sostenía que los profesionales no se oponían a establecer una política de salud nacional que asegure una medicina única e igualitaria para todos los habitantes del país pero sí a algunos aspectos, ya que establecía que los médicos que ingresaban al sistema por concurso no tenían estabilidad durante un año, e intentaba imponer la dedicación exclusiva con cuarenta y cinco horas semanales.

La asociación señalaba que no estaban dadas las condiciones para aplicar la dedicación exclusiva, argumentando que si la gran mayoría de los médicos se desempeñaba cuarenta y cinco horas en los hospitales, se produciría una marcada disminución de la atención privada. Eso traería como consecuencia un incremento de la concurrencia a los hospitales públicos que no estaban en condiciones de enfrentar. Otros argumentos eran que no se había establecido el monto de la remuneración para los trabajadores de la salud; que no fijaba el destino de los profesionales que no optaran por el sistema; que desconocía otras carreras médicas existentes y no permitía al profesional que ingresara al sistema ningún otro tipo de actividad, remunerada o no.

Finalmente, señalaban que la participación obligatoria de los hospitales nacionales y los municipales de la Ciudad de Buenos Aires, en contraposición con la participación voluntaria de los del resto del país —como planteaba el proyecto— era una decisión arbitraria y discriminatoria.

Right from the beginning, the project met opposition from some of the medical trade-unions, among them, the Municipal Physicians Association, which stated their position at the Federal Council of the Medical Federation of the Federal Capital (FEMECA). This entity maintained that the professionals did not oppose the establishment of a national health policy that would ensure single and egalitarian medical care for all the inhabitants of the country, but did object to certain aspects that established that physicians joining the system through public examinations would not achieve labor stability during one year. At the same time, an attempt was made to impose full-time duties in a forty-five hour week.

The Association pointed out that conditions for applying a full-time regime were not adequate, and they argued that if the great majority of physicians worked forty-five hours in the hospitals, there would be a marked decrease in private practice. This would result in increasing demands on public hospitals, which would not be able to cope with the situation. The Association argued that remuneration for health workers had not been fixed yet and that no provision had been made for professionals who did not opt for the system. Additionally, they maintained that the other existing medical careers were ignored and that the health care professional was not allowed the freedom to enter into any other private activity within the system, with or without compensation.

Finally, they indicated that compulsory participation in national and municipal hospitals in the City of Buenos Aires, in contrast with the voluntary participation in the rest of the country proposed by the project, was an arbitrary and discriminatory decision.

El General Perón ejerció la presidencia hasta su muerte, el 1° de julio de 1974. En la foto se ve al cortejo fúnebre que transportaba sus restos avanzar por la Av. de Mayo entre la multitud que se acercó a despedir a su líder.

Archivo General de la Nación

General Perón was in office until his death, on July 1, 1974. The photo shows the funeral procession carrying his remains along Avenida de Mayo, surrounded by the crowds that came to bid their final farewell to their leader.

National Archives.





1.



2.



3.



4.

EL RECORTE EN EL SISTEMA DE SALUD

THE CUTBACK IN THE HEALTH SYSTEM

El 24 de marzo de 1976 un nuevo golpe militar derrocó a la Presidenta María Estela Martínez de Perón, instalando una dictadura autodenominada “Proceso de Reorganización Nacional”. El Proceso, gobernado por cuatro juntas militares sucesivas, llevó adelante una guerra sucia e impuso el terrorismo de Estado, que violó masivamente los derechos humanos y causó la desaparición de decenas de miles de personas.

El más cruel de los golpes de Estado fue también el más demoledor en materia de salud. De acuerdo con el modelo neoliberal implantado, la inversión en programas de salud pasó a ser considerada un gasto y, en consecuencia, debía reducirse. Pero el recorte no fue la única medida implementada: en forma paralela se intervinieron las obras sociales.

En 1978 el Ministerio de Salud reanudó la transferencia de casi todos los hospitales que quedaban en su órbita, excepto los de algunas jurisdicciones. El discurso de las autoridades sanitarias de la dictadura ponía énfasis en aparentes principios modernizadores, como “la jerarquización de la red sanitaria” o el “desarrollo de redes y de sistemas locales”, lo que no pasó de las palabras y quedó desmentido por los hechos. Pero la dura realidad fue que se golpeó a los hospitales públicos afectando cada vez más sus prestaciones. Queda, como terrible recuerdo, un slogan difundido por la dictadura por aquel entonces: “El silencio es salud”. Si bien se dijo que este mensaje estaba dirigido a combatir el excesivo ruido de las motocicletas, fue ampliamente interpretado como una orden para frenar la expresión política de los argentinos.

On March 24, 1976, a new military coup overthrew President María Estela Martínez de Perón, establishing a dictatorship that called itself “National Reorganization Process”. The Process, ruled by four consecutive military juntas, went ahead with a dirty war and imposed State terrorism, massively violating human rights and causing the forced disappearance of tens of thousands of people.

The most cruel of coups d'état was also the most demolishing in terms of health. In accordance with the current neo-liberal model of that time, investment in health programs came to be considered expenditure, and consequently, had to be reduced. The cutbacks were not the only implemented measure; the juntas took control of the social benefits programs.

The Ministry of Health resumed the transfer of most of the hospitals remaining under its control in 1978, with the exception of those in some jurisdictions.

The discourse of the dictatorship's sanitary authorities placed emphasis on apparently modernizing principles, such as the “raising the hierarchy of the sanitary network” of the “development of local networks and systems”, which did not go beyond the words and were refuted by facts. The harsh reality was that public hospitals took a bad knock that affected the services they provided more and more.

What remains as a bad memory is a slogan broadcast by the dictatorship in those days, “Silence is health”. While it was said that the message was intended to fight the excessive noise produced by motorcycles, it was widely understood to be an order to curb the political expression of the Argentines.

Durante la última dictadura surgieron grupos, en su mayoría formados por familiares de las víctimas, que pedían por la aparición con vida de los desaparecidos. Ya en democracia, los organismos de Derechos Humanos siguieron con sus reclamos de Memoria, Verdad y Justicia, constituyéndose como uno de los pilares éticos de nuestra sociedad.

Archivo General de la Nación

Fotos de Daniel García (2 y 3) y Adriana Lestido (4).

During the last dictatorship, groups consisting of family members of the victims appeared, demanding the reappearance alive of their missing ones. After the return to democracy, Human Rights organizations continued to claim for Memory, Truth and Justice and constituted themselves into one of the ethical pillars of our society.

National Archives

Photographs by Daniel García (2 y 3) and Adriana Lestido (4).

ALMA ATA

ALMA ATA

The Alma Ata meeting summoned by WHO and UNICEF and held in 1978 in the city of the same name in Kazakhstan (former Soviet Union) constitutes an inescapable milestone in global public health.

The participants – representatives of 134 countries and 67 international NGOs – signed the Alma Ata Declaration on this occasion under the motto “Health for all”, which vindicated health as fundamental human right and established the possibility of reaching that goal through the Primary Health Care strategy.

According to the declaration, Primary Health Care is *“essential sanitary assistance based on practical methods and technologies, scientifically founded and socially acceptable, within reach of all the individuals and families in the community, through their full participation and at a cost that both the community and the country can bear, in all and every one of the stages of development, with a spirit of self-responsibility and self-determination”*.

Essentially, this strategy has a comprehensive conception of health problems in people and in the community, through the integration of health care, disease prevention, promotion of health and rehabilitation. Such a perspective also proposes the organization of health services into different levels of care, which must count on the participation of the community to solve problems via affordable health services provided in a continuous and all-encompassing manner.

Primary Health Care originated as a policy for extending coverage to solve what in those days was called the crisis of affordability of health systems.

The expression of this crisis in developed countries was the dizzying increase in the costs of medical assistance and the mounting demand of services on the part of the population that faced an uneven and incomplete coverage.

In turn, the population in the Latin American region was becoming mostly urban, in the midst of a demographic transition. The inequities in the possibility of access to health services became more and more obvious, since the latter were organized on a centralizing basis and hence, coverage of the entire population was not achieved.



En esta página y las siguientes, imágenes de la Conferencia de Alma Ata de 1978.

On this and the following pages, photographs of the Conference of Alma Ata in 1978

La reunión de Alma Ata realizada en 1978 en la ciudad que lleva ese nombre en la República de Kazajistán (ex Unión Soviética), a partir de la convocatoria de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), constituye un hito insoslayable en la salud pública mundial.

Los participantes —representantes de 134 países y 67 organizaciones internacionales y no gubernamentales—, firmaron en esa ocasión la Declaración de Alma Ata que, bajo el lema “Salud para todos”, reivindicaba la salud como derecho humano fundamental y establecía que esa meta podía alcanzarse mediante la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). Según esta declaración, la APS es *“asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa del desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”*.

En esencia, esta estrategia concibe integralmente los problemas de salud de

las personas y del conjunto social, a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación. Dicha perspectiva propone además una organización de los servicios de salud por distintos niveles de atención, que deben contar con la participación de la comunidad para resolver problemas mediante prestaciones accesibles, de alta calidad y en forma continua e integral.

La APS nació como una política de ampliación de la cobertura para resolver lo que en aquella época se llamó crisis de accesibilidad de los sistemas de salud.

Esta crisis en los países desarrollados se expresó a través del alza vertiginosa de los costos de la atención médica y por la demanda en ascenso de servicios por parte de la población, frente a una cobertura desigual e incompleta.

A su vez, en la región latinoamericana la población empezaba a ser mayormente urbana, en plena transición demográfica. Las inequidades en el acceso a los servicios de salud se hacían cada vez más visibles, ya que éstos estaban organizados con un enfoque centralista y no lograban cubrir a toda la población.





Alma Ata fue un acontecimiento sumamente significativo, pero la situación política de los países latinoamericanos constituyó un ambiente hostil para su implementación, ya que esta propuesta se inició y expandió en un lapso en el que en la región detentaban el poder gobiernos dictatoriales.

Argentina adhirió a la declaración de Alma Ata durante la dictadura militar de 1976-1983, cuya política sanitaria se orientó al desarrollo de un modelo prestacional de servicios tecnologizados, de alta especialización, que privilegió la atención de determinadas patologías en detrimento de los servicios de menor complejidad, como la medicina general y las acciones preventivas.

En ese marco, la implementación de la APS estuvo centrada más en el intento de disminuir el gasto sanitario público que en el logro de una mayor cobertura y equidad. Más aún, en un escenario de clara represión de las demandas sociales de la ciudadanía, la APS estuvo lejos de propiciar la participación comunitaria y la intersectorialidad en salud, pilares básicos de esta estrategia.

Recién con el retorno en los '80 de regímenes democráticos tanto en Argentina como en la región, se comenzó a avanzar en iniciativas de fortalecimiento de las capacidades para la implementación de esta estrategia, a través de la formación de equipos de salud, la mejora del acceso y calidad de la atención y la reorientación de los servicios hacia modelos preventivos y promocionales de la salud.

A más de treinta años de Alma Ata, una de las más importantes lecciones aprendidas respecto de la APS ha sido la verificación de su potencialidad en el mejoramiento de la salud de las poblaciones, su carácter ordenador de la arquitectura del sistema de salud, la apertura a la participación comunitaria y la movilización de recursos sociales como elementos clave de las políticas sanitarias.

Alma Ata was an extremely significant event, but the political situation of the Latin American countries was hostile to implementing primary health care, since the proposal started and expanded in a period in which power was in the hands of dictatorial governments.

Argentina adhered to the Alma Ata declaration during the military dictatorship of 1976-1983, whose sanitary policy was oriented to a model in which highly specialized technologized services were provided, privileging the medical assistance given to certain pathologies to the detriment of services of lesser complexity, such as general practice and prevention.

In this setting, the implementation of Primary Health Care was focused mostly on attempting to reduce public sanitary expenditure rather than on achieving more coverage and equity. Moreover, in a scene in which the social demands of the citizenry were repressed, Primary Health Care was far from creating favorable conditions for community participation and for intersectoriality in matters of health, basic pillars of this strategy. Only when democratic regimes returned to both Argentina and the region in the eighties, some progress was made in the initiatives to strengthen the skills for the implementation of this strategy through the creation of health care teams, improvement in the access to health services and in their quality and the reorientation toward health prevention and promotion models.

Over thirty years have passed since Alma Ata. One of its more important lessons regarding Primary Health Care has been the verification of its potential for improving health in populations, its capacity to set the architecture of the health system in order together with the opening up to community participation and the mobilization of social resources as the key factors of sanitary policies.

Conferencia de Alma-Ata en el año 1978.

Alma Ata Conference in 1978

LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD *THE WORLD HEALTH ORGANIZATION*



Este organismo de las Naciones Unidas, especializado en temas sanitarios se creó el 7 de abril de 1948 con el propósito de contribuir a la promoción del máximo grado de salud de todos los pueblos del mundo.

Esta institución —que posee representación en todos los continentes— constituye desde su creación un protagonista activo en el campo de la salud pública mundial. Los avances en la prevención y el control de muchas enfermedades, la promoción del saneamiento y cuidado ambiental, el desarrollo de recursos humanos, el estímulo a la producción de conocimiento y la asistencia técnica para el fortalecimiento de las capacidades sectoriales son algunos de sus aportes esenciales.

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”, definición que esta entidad incluyó en su Carta Magna fundacional, marcó en su época un hito al promover una concepción integral de la salud, abarcando sus dimensiones psicológicas y sociales.

Tres décadas más tarde, la Declaración de Alma Ata promovida por la OMS, constituyó un giro en la perspectiva de este organismo: de la implementación de grandes campañas verticales para combatir las enfermedades transmisibles —centro de la actividad desde su creación— pasó a dar prioridad al fortalecimiento de servicios integrales, particularmente en los países de menor desarrollo.

This United Nations organization, specializing in health issues, was created on April 7, 1948 with the purpose of contributing to the promotion of the highest degree of health for all the peoples in the world.

This institution, with representatives in every continent, has been an active protagonist in the field of world public health. Some of its essential contributions are the progress in prevention and control of many diseases, the promotion of sanitation and environmental care, the development of human resources and the incentive for the production of knowledge and technical assistance for strengthening sectorial skills.

“Health is the state of complete physical, mental and social well-being and not just the absence of disease,” the definition the World Health Organization incorporated into its foundation Carta Magna was a milestone at the time and promoted an all-encompassing conception of health, including its psychological and social dimensions.

Three decades later, the Alma Ata Declaration promoted by the World Health Organization, constituted a turning point in this organization's perspective. From the implementation of great vertical campaigns to fight communicable diseases —its core activity ever since the organization was created— it moved on to giving priority to strengthening comprehensive services, particularly in the less developed countries.

An aerial photograph of a city, likely Buenos Aires, showing a large crowd of people gathered in a public square. The image is overlaid with a semi-transparent blue rectangle. In the top left corner, a building with a 'HITACHI' sign is visible. The text 'LA VUELTA A LA DEMOCRACIA Y LA SALUD' is written in white, bold, sans-serif capital letters. Below it, 'THE RETURN TO DEMOCRACY AND HEALTH' is written in white, bold, italicized sans-serif capital letters.

LA VUELTA A LA DEMOCRACIA Y LA SALUD

THE RETURN TO DEMOCRACY AND HEALTH

En 1983, Raúl Alfonsín triunfa en las elecciones presidenciales y asume el cargo de Presidente de la Nación el 10 de diciembre. Durante su gestión se realiza el Juicio a las Juntas, el Tratado de Paz entre Argentina y Chile, y se crea el MERCOSUR. Fue el primer presidente de la Argentina tras la última dictadura. Su mayor logro fue consolidar la República y reconstruir el Estado de Derecho.

In 1983, Raúl Alfonsín wins the presidential elections and takes office as the Nation's President on December 10. During his administration, the Juntas are brought to trial, the Peace Treaty between Argentina and Chile is signed and MERCOSUR is created. He was the first president of Argentina after the dictatorship. His greatest achievement was the consolidation of the Republic and the reconstruction of the rule of law.



A pesar de la alegría pública que trajo el regreso de la democracia, el contexto económico y político de Argentina a lo largo de la década de los '80 era difícil: crisis de la deuda externa, pobre valor de las exportaciones, falta de crecimiento, enorme déficit fiscal heredado de la dictadura, pugna distributiva creciente, inflación, tensión en el ámbito militar por los juicios por violaciones a los derechos humanos y por los drásticos recortes presupuestarios, una oposición política cuyo tronco era el sindicalismo y un creciente malestar del empresariado. Factores que fueron erosionando la estabilidad de la institucionalidad recuperada.

Despite the public joy brought by the return of democracy, the economic and political context in Argentina throughout the eighties was difficult. Among the adverse situations were the external debt crisis, poor exports value, lack of growth, a huge fiscal deficit inherited from the dictatorship, an increasing struggle over distribution, inflation, tension among the armed forces because of the violation to human rights trials and the drastic cutbacks in the budget, political opposition led by the trade-unions and a growing unrest among the business people. All these factors gradually eroded the stability of the restored institutions.

Vuelta a la democracia: ciudadanos congregados en el acto de cierre de la campaña electoral del partido radical. 26 de octubre de 1983, Buenos Aires, Argentina. Marcelo Ranea. Fototeca ARGRA.

The return to democracy: citizens assembled at the closing ceremony of the Radical Party's elections campaign on October 26, 1983 in Buenos Aires, Argentina. Marcelo Ranea. Fototeca ARGRA.



Juicio a las Juntas Militares, año 1985.
En la foto el Brigadier General Ramón Agosti, al Almirante Jorge Anaya, al Brigadier Omar Graffigna, al Almirante Lambruschini y el General Jorge Rafael Videla.
Juan Carlos Piovano, Fototeca ARGRA.

The Military Juntas trial, 1985.
Seen in the photo are Brigadier General Ramón Agosti, Admiral Jorge Anaya, Brigadier Omar Graffigna, Admiral Lambruschini and General Jorge Rafael Videla
Juan Carlos Piovano, Fototeca ARGRA.

Harassed by sectors of the Armed Forces, the government fostered the sanctioning of the 'Full Stop Law', which blocked the trials against the authors of illegal detentions, tortures and murders that took place during the military dictatorship. The following year, after the Holy Week military uprising led by Aldo Rico, Alfonsín pushed the Law of Due Obedience, which exonerated the lesser-ranked officers from the crimes committed during the dictatorship. These two laws brought great discontent to most of society. However, Alfonsín's government would suffer destabilization once again from the financial sectors that began to throw the market off balance – a condition that soon led to a moratorium on payments of the external debt and to hyperinflation – to force the government to obey the guidelines of the IMF. On June 12, faced by a worsening of the economic and social crisis, Alfonsín announced his resignation that would take place as of June 30, 1989.

HEALTH POLICY

In that period, the situation of the country showed signs of great social deterioration (precarious employment, increasing illiteracy and children's malnutrition), a result of the policies the military dictatorship had implemented between 1976 and 1983.

In this scene, the main guidelines of the health policy focused on reorganizing the entire system, through the proposal for creating a National Health Insurance, in addition to specific responses to the problems of access to medication and nourishment of the population.

The project for a National Health Insurance was an initiative of Dr. Aldo Neri, Minister of Health and Social Welfare (1983-1986). Its purpose was to overcome the historical institutional fragmentation of the health sector and to organize the entire system in order to guarantee equal rights to health services for the entire population. This was to be considered a right for every citizen instead of linking access to health to a person's work status.

Neri had taken part in the implementation of the Integrated National Health System (SNIS), promoted by Dr. Domingo Liotta, Minister of Health of Juan Perón's third term of office (1973-1976). The insurance project, which reintroduced the SNIS spirit, proposed that the Social Security organizations, historically dependent on the trade-unions, become autonomous entities, with the provinces taking over the responsibility of their administration.

The insurance, strongly opposed by trade-union authorities because it implied a reduction of their power, was finally approved with many modifications with respect to the original project, at the end of the Radical Party government.

Jaqueado por sectores de las Fuerzas Armadas, el gobierno propició la sanción de la Ley de Punto Final, que paralizó los procesos judiciales contra los autores de las detenciones ilegales, torturas y asesinatos que tuvieron lugar en la dictadura militar. Al año siguiente, tras la revuelta militar de Semana Santa protagonizada por Aldo Rico, Alfonsín impulsó la Ley de Obediencia Debida, que exculpó a los oficiales de menor graduación acusados de crímenes cometidos durante la dictadura. Estas dos leyes trajeron gran descontento a la mayor parte de la sociedad. Sin embargo, la desestabilización de su gobierno llegaría una vez más desde los sectores financieros, que comenzaron a desequilibrar el mercado –que pronto llevó a la moratoria de pagos de la deuda externa y a la hiperinflación– para obligar al gobierno a obedecer las pautas del Fondo Monetario Internacional. El 12 de junio, ante el agravamiento de la crisis económica y social, Alfonsín anunció su renuncia a la presidencia a partir del 30 de junio de 1989.

LA POLÍTICA SANITARIA

Durante esos años, la situación del país mostraba signos del gran deterioro social (precarización del empleo, crecimiento del analfabetismo, aumento de la desnutrición infantil), derivado de las políticas implementadas por la dictadura militar de 1976-1983.

En ese escenario, los principales lineamientos de política sanitaria estuvieron centrados en la reorganización del sistema en su conjunto a través de la propuesta de conformación de un Seguro Nacional de Salud; como también en la generación de respuestas puntuales a las problemáticas de acceso a los medicamentos y a la alimentación de la población.

El proyecto de Seguro Nacional de Salud fue una iniciativa del Dr. Aldo Neri, Ministro de Salud y Acción Social entre los años 1983-1986, cuyo propósito era superar la histórica fragmentación institucional del sector salud y ordenar el sistema en su conjunto para garantizar la igualdad de las personas en el acceso a los servicios sanitarios, concibiendo este acceso como un derecho ciudadano en lugar de estar vinculado con la condición laboral.

Neri había participado de la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), impulsado por el Dr. Domingo Liotta, Ministro de Salud del tercer gobierno de Juan Perón (1973-1976). El proyecto de seguro –que retomaba el espíritu del SNIS–, proponía entre otras cuestiones que las obras sociales, históricamente dependientes de los gremios, se transformaran en entidades autónomas y que fueran las provincias las que asumieran la responsabilidad en el manejo de su administración.

El seguro, muy resistido por la dirigencia sindical dado que recortaba su poder, fue finalmente aprobado con muchas modificaciones respecto del proyecto original al final del gobierno radical.



El doctor Raúl Alfonsín, presidente constitucional 1983-1989.

Raúl Alfonsín, Constitutional President for the period 1983-1989



Aldo Neri comenzó su carrera como médico rural. Fue profesor de Salud Pública en la Universidad de Buenos Aires e integró el equipo ministerial del doctor Liotta.

Aldo Neri started his career as a rural physician. He was Public Health professor at the Buenos Aires University and was part of Dr. Liotta's ministerial team.



El presidente Alfonsín en su despacho presidencial.
Museo del Bicentenario.

President Alfonsín in his
presidential office
Bicentennial Museum

On the other hand, the question of nutrition was channeled via the National Nutrition Program, whose goal was to eradicate hunger in the most vulnerable social sectors: four million people in the whole country. This initiative not only aimed at resolving access to food but also at promoting social development through community participation in collective purchases of supplies or the implementation of projects for improving housing.

The challenge of guaranteeing access to medication for the unprotected sectors of society and of regulating and controlling prices of pharmaceutical products in a market that featured serious distortions caused by inflation as well as by corrupt practices in the sector constituted one of the most important axes of the health policy of that administration.

In the setting provided by these guidelines, a commission presided by Minister Neri was formed, consisting of areas responsible for controlling prices, such as Foreign and Domestic Trade, Industry, Science and Technology and Health and Education, with the aim of monitoring the decisions related to the matter and then legitimizing the most adequate ones. The creation of a Medication Fund to provide these essential goods to people with no health coverage was also very important.

Por otra parte, la cuestión alimentaria se canalizó básicamente a través del Programa Alimentario Nacional (PAN), cuyo objetivo fue erradicar el hambre en los sectores sociales más vulnerables: 4 millones de personas de todo el país. Esta iniciativa no sólo apuntaba a resolver el acceso a la alimentación sino también a promover el desarrollo social a través de la promoción de la participación comunitaria en la adquisición colectiva de insumos o en la implementación de proyectos de mejoramiento de las viviendas.

El desafío de garantizar el acceso a los medicamentos para los sectores desprotegidos y de regular y controlar los precios de los fármacos en un mercado –caracterizado por graves distorsiones vinculadas con el proceso inflacionario pero también con prácticas corruptas de las empresas del sector–, constituyó otro de los ejes más relevantes de la política sanitaria de esa gestión.

En el marco de ese lineamiento, se constituyó una comisión presidida por el Ministro Neri e integrada por áreas responsables del control de precios como Comercio Exterior e Interior y también Industria, Ciencia y Tecnología, Salud y Educación, con el objetivo de monitorear las decisiones adoptadas en la materia a fin de aprobar y legitimar las más adecuadas. También fue relevante la creación de un Fondo de Asistencia en Medicamentos para proveer estos bienes esenciales a las personas sin cobertura sanitaria.



El presidente Raúl Alfonsín reunido con su Ministro de Salud, Doctor Aldo Neri, el director general de la OMS, Haldan Mahler y el titular de la OPS, Carlyle Guerra de Macedo. Año 1985.

[Archivo General de la Nación.](#)

President Raúl Alfonsín at a meeting with his Minister of Health, Dr. Aldo Neri, the Director General of WHO, Haldan Mahler and the OPS Director, Carlyle Guerra de Macedo in 1985
National Archives

LA ATENCIÓN AMBULATORIA Y DOMICILIARIA

AMBULATORY AND HOME HEALTH CARE

Public health specialist Floreal Ferrara was Minister of Health of the Province of Buenos Aires for two terms, Governor Oscar Bidegain's in 1973 and Antonio Cafiero's in 1987.

Floreal Ferrara distinguished himself by his professional career and clear political profile. His medical specialty was cardiology but, as a disciple of Ramón Carrillo, he studied over many years the link between health and economic and social development – a subject he taught at the national universities of La Plata and Buenos Aires – and he was one of the pioneers of the preventive medicine developed by the State. In 1973, he was Oscar Bidegain's minister. The main health project was the consolidation of public hospitals. The proposals lasted just as long as Cámpora's government did. With the return to democracy, Ferrara was politically active in the group that sought the renewal of Perón's party together with Antonio Cafiero who appointed him minister when he assumed office as Governor of the province. The two of them, inspired by Minister Carrillo's administration, advocated a real change. During the health plan designed during the first and second terms of office of General Perón, the number of available hospital beds rose from 65 thousand to 130 thousand. In 1985, the decision was made to focus the sanitary project on Primary Health Care. Thus, Ambulatory and Home Health Care teams were created (ATAMDOS).

The ATAMDOS teams were made up of physicians, social workers, nurses, psychologists, dentists and administrative staff. They were responsible for one thousand families, assigned to them in accordance with geographic penetrability. Those families appointed an administration board, held meetings and were responsible for the money involved.

One hundred and fifty such teams were formed, providing health care to 150,000 people in Patagones, Coronel Rosales and Salto, among other

places. The intention was to attain the creation of one thousand teams. Some 600 people, including physicians, psychologists, nurses and social workers, were appointed and one hundred and fifty patients received medical care daily.

Ferrara also dealt with the question of medical supplies. He drew up a vademecum, a therapeutic form for the Buenos Aires hospitals and opened pharmacies in the hospitals to manufacture medicinal drugs from active pharmaceutical ingredients.

Dr. Ferrara died on April 11, 2010 in the city of Buenos Aires. It is well worth recalling some of his concepts regarding health: *"Our definition of health states that the man or woman that resolves conflicts is healthy. Health is the struggle to resolve an antagonistic conflict that prevents us from attaining the optimal condition for building our happiness. I am persuaded that whenever one talks about health there is no perspective of health other than that built by the State. We should reach this objective through the creation of a National Health System that integrates Social Security organizations and public health. We cannot believe in the perspective of private health services. Private health is a commercial affair for those wealthy enough to afford it."*

El sanitarista Floreal Ferrara fue ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires durante dos gestiones, la del gobernador Oscar Bidegain en 1973, y la de Antonio Cafiero en 1987.



Floreal Ferrara se destacó tanto por su trayectoria profesional como por su claro perfil político. Su especialidad médica fue la cardiología pero, discípulo de Ramón Carrillo, estudió durante muchos años la vinculación entre salud y desarrollo económico y social —un tema sobre el que dictó cátedra en las universidades nacionales de La Plata y Buenos Aires— y fue uno de los precursores del desarrollo de la medicina preventiva desde el Estado. En 1973 fue ministro de Oscar Bidegain. El principal proyecto sanitario fue el afianzamiento del hospital público. La propuesta duró lo que el gobierno de Cámpora. Con el retorno de la democracia, Ferrara milita en el grupo de la Renovación del Peronismo, con Antonio Cafiero, quien lo nombra ministro cuando asume como Gobernador de la provincia. Ambos, tomando como base la gestión del Ministro Carrillo, impulsaron un verdadero cambio. Durante el plan de salud de la primera y segunda presidencia del General Perón se había duplicado la capacidad instalada de 65 mil camas a 130 mil. En 1985 se decidió centrar el proyecto sanitario en la Atención Primaria de la Salud. Así se crearon los equipos de Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud (Atamdos).

Los “Atamdos” estaban constituidos por médicos, trabajadores sociales, enfermeras, psicólogos, odontólogos y administrativos. Estos equipos eran responsable de mil familias, que se asignaban acorde con la penetrabilidad geográfica. Esas familias nombraban el consejo de administración, se reunían en asambleas, y eran responsables del dinero.

Se lograron conformar 150 Atamdos, 150 mil personas que se distribuyeron en Patagones, Coronel Rosales y Salto, entre otros lugares. El plan era llegar a 1.000 Atamdos. Se designaron unas 600 personas entre médicos, psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales. Se realizaban ciento cincuenta consultas diarias.

Ferrara también se ocupó del tema de los medicamentos. Elaboró un vademécum, un formulario terapéutico para los hospitales bonaerenses y habilitó las farmacias de los hospitales para producir medicamentos a partir de principios activos básicos.

El doctor Ferrara murió el 11 de abril de 2010 en la ciudad de Buenos Aires. Vale recordar aquí algunos de sus conceptos sobre la salud: *“Nuestra definición de salud es que el hombre y la mujer que resuelven conflictos están sanos. La salud es la lucha por resolver un conflicto antagónico que quiere evitar que alcancemos el óptimo vital para vivir en la construcción de nuestra felicidad. Estoy convencido de que siempre que uno hable de salud, no hay perspectiva de otra salud que aquella que construye el Estado. Tendría que llegarse así a la conformación de un Sistema Nacional de Salud integrado por las obras sociales y la salud pública. No hay perspectiva de creer en la salud privada. La salud privada es un negocio mercantil para los ricos que la pueden pagar”.*

MENEM Y LA POLÍTICA NEOLIBERAL

MENEM AND NEO-LIBERAL POLICY

Carlos Saúl Menem took office as President of the Nation on July 18, 1989.

The seventies and eighties had brought structural changes to world economy and labor markets. The epidemic of neo-liberal fundamentalism that flooded a large part of Latin America arrived in Argentina with Menem's government and settled down in the country throughout the nineties.

A program of State restructuring, monetary stability and deregulated economy was started. In 1991, a Convertibility Plan was applied, establishing a fixed parity between the peso and the dollar, thus reducing inflation.

The Ministry of Economy, with Domingo Cavallo in charge, lifted the restrictions to imported goods, therefore forcing Argentine firms to compete with foreign products. The closing down of industries and shops deteriorated living conditions even further.

SANITARY POLICIES IN THE GOVERNMENT OF CARLOS MENEM

The transfer of national hospitals to provincial jurisdictions and the promotion of the HPAs (Self-managing Public Hospitals) constituted the main decentralizing strategies promoted by the National Government in the nineties to carry out the reform of the public sub-sector of healthcare.

The first of these measures, laid down in 1991, established the transfer of nineteen establishments still in the hands of the State to different jurisdictions, twelve of which belonged to the City of Buenos Aires, four to the province of Buenos Aires and the remaining three to the province of Entre Ríos.

This transfer – continuing the policies implemented in 1957, 1962, 1968 and 1978 – constituted a mere displacement of administrative

responsibilities from the national level to the jurisdictions, implying a great budgetary burden on the latter, without generating essential changes with respect to improvements in the quality of assistance.

The second measure was the launching of the “Self-managing Public Hospital”, (HPA), as of Decree N° 578, dated 1993. This initiative, which fell within the Project of Reform of the Health Sector (PRESSAL), had the purpose of turning hospitals into efficient institutions, with the capacity to obtain funding by charging a fee for the services to people able to pay and to health services providers.

For the hospitals to join this mode of operation, they had to meet the following requirements: extending coverage, providing top levels of quality, maintaining agile management that would allow a rational use of resources, including health promotion and prevention, training their staff, attaining minimum production indicators and approving the periodic efficiency and quality controls.

While the implementation of this model increased the likelihood of raising funds, this was only possible in some of the hospitals, as the payments due from the Trade-unions Social Security for health-care provided to their beneficiaries did not always materialize due to the budget problems affecting these organizations.

Furthermore, this operating method – according to some analysts – did not bring about important changes in the efficiency of the hospitals. The tradition of free health care in public hospitals and the increase in the demand for such services due to higher rates of unemployment and the loss of Social Security coverage were the factors that hindered the achievement of the project's purpose. Finally, and with the arrival of the Alliance Government, the decree that had originated the HPAs was revoked in 2000.



Eduardo Bauzá, primer Jefe de Gabinete del país luego de la reforma constitucional de 1994. Ocupó varios ministerios, entre ellos el de Salud y Acción Social. **En la página siguiente:** Carlos Saúl Menem en el año 1995, al momento de asumir el segundo período presidencial, junto al canciller Guido Di Tella.

[Archivo General de la Nación.](#)

Eduardo Bauzá, first Chief of Staff in the country after the constitutional reform of 1994, also held the position of Minister in various ministries, among them, the Ministry of Health and Social Action. **Next page:** Carlos Saúl Menem in 1995, about to take office during his second presidential term, together with Chancellor Guido Di Tella

National Archives

El 8 julio de 1989 asume la Presidencia de la Nación Carlos Saúl Menem. Los años '70 y '80 habían traído cambios estructurales en la economía mundial y en los mercados de trabajo.

La epidemia de fundamentalismo neoliberal, que inundaba buena parte de América Latina, llegó a la Argentina con el gobierno menemista y se instaló a lo largo de la década del '90.

Se inició un programa de reestructuración del Estado, de estabilidad monetaria y desregulación de la economía. En 1991 se aplicó el Plan de Convertibilidad que estableció una paridad fija entre el peso y el dólar y redujo la inflación.

El Ministerio de Economía, a cargo de Domingo Cavallo, levantó las restricciones a las importaciones, lo que obligó a las empresas argentinas a competir con los productos extranjeros. El cierre de industrias y comercios elevó el deterioro de las condiciones de vida.

LAS POLÍTICAS SANITARIAS DEL GOBIERNO DE CARLOS MENEM

La transferencia de establecimientos hospitalarios nacionales a las jurisdicciones provinciales y la promoción de los Hospitales Públicos de Autogestión (HPA) constituyeron las principales estrategias descentralizadoras impulsadas desde el Gobierno Nacional en la década del '90 para llevar a cabo la reforma del subsector público de atención.

La primera de esas medidas, dispuesta en 1991, estableció la transferencia de diecinueve establecimientos que el Estado Nacional conservaba, a diferentes jurisdicciones, de los cuales doce correspondían a la Ciudad de Buenos Aires, cuatro a la provincia de Buenos Aires, y los tres restantes a la provincia de Entre Ríos.

Este traspaso —continuidad de las políticas implementadas en 1957, 1962, 1968 y 1978—, constituyó un mero desplazamiento de las responsabilidades administrativas desde el nivel nacional a las jurisdicciones, implicando una mayor carga presupuestaria para éstas, sin generar cambios sustantivos respecto de la mejora en la calidad de atención.

La segunda medida fue la puesta en marcha del “Hospital Público de Autogestión” (HPA) a partir del Decreto N° 578 de 1993. Esta iniciativa —que se inscribió en el Proyecto de Reforma del Sector Salud (PRESSAL), ejecutado por el Gobierno Nacional con el apoyo del Banco Mundial—, tenía como propósito transformar a los hospitales en instituciones eficientes, capaces de obtener recursos a través del arancelamiento de los servicios a personas con capacidad de pago y prestadores de salud.

Para adherir a esta modalidad, los hospitales debían contribuir a la extensión de cobertura, brindar el mejor nivel de calidad, contar con gestiones ágiles que permitieran racionalidad en el uso de los recursos, incluir la promoción de la salud y la prevención, capacitar a su personal, alcanzar indicadores mínimos de producción, y aprobar la evaluación periódica de control de eficiencia y calidad.

Si bien la implementación de este modelo amplió las posibilidades de recaudar fondos, esto fue posible sólo en algunos hospitales, ya que los pagos de las obras sociales por la atención a sus beneficiarios no siempre se concretaron, debido a los problemas presupuestarios de estas entidades. Más aún, esta modalidad —según algunos analistas— no promovió mejoras sustantivas en la eficiencia de las instituciones hospitalarias. La tradición de gratuidad de los hospitales públicos y el aumento de la demanda hospitalaria como consecuencia de los mayores índices de desempleo y pérdida de cobertura de la Seguridad Social, fueron factores que bloquearon el logro de los propósitos del proyecto. Finalmente, con la llegada del Gobierno de la Alianza, el decreto que dio origen a los HPA fue derogado en el año 2000.



LA CRISIS SOCIAL DEL 2001

THE SOCIAL CRISIS IN 2001

El 2 de agosto de 1997 se creó la Alianza para la Producción, el Trabajo y la Educación, que reunía a la Unión Cívica Radical y al Frente para un País Solidario (FREPASO). Fernando de la Rúa asumió como presidente de Argentina por la Alianza el 10 de diciembre de 1999. Héctor Lombardo fue nombrado Ministro de Salud. Lo esencial de las políticas sanitarias del Gobierno de Menem no fue modificado por este gobierno.

En marzo de 2001 se nombró Ministro de Economía a Ricardo López Murphy, que asumió con los objetivos de achicar el gasto del Estado y aumentar la recaudación fiscal. Su proyecto para sanear la economía provocó una fuerte oposición popular.

El gobierno nombró entonces como Ministro de Economía a Domingo Cavallo, quien viró hacia una fuerte ortodoxia económica. Para ello presentó un plan con un nuevo recorte general de gastos en la administración pública, incluida la salud.

Las distorsiones acumuladas sobre el régimen de convertibilidad estallaron, generando en el 2001 la crisis más profunda vivida por la sociedad argentina en un siglo.

El Presidente perdió todo respaldo y presentó su renuncia el 20 de diciembre de 2001.

Debido a la previa renuncia del vicepresidente Carlos Álvarez en el 2000, y en virtud de la ley de acefalía del Poder Ejecutivo, la sucesión presidencial recayó en el presidente provisional del Senado, Ramón Puerta. De acuerdo con el artículo de acefalía, éste cumplió el mandato de convocar dentro de las 48 horas a la Asamblea Legislativa para elegir al funcionario público que habría de desempeñar la Presidencia hasta que un nuevo presidente fuese electo.

Reunida el 23 de diciembre de 2001, la Asamblea Legislativa eligió a Adolfo Rodríguez Saá como Presidente de la Nación, quien ejerció durante siete días, hasta su renuncia el 30 de diciembre del mismo año. Fue remplazado por Eduardo Camaño, que estuvo a cargo del Poder Ejecutivo Nacional entre el 30 de diciembre de 2001 y el 1° de enero de 2002.

August 2, 1997 was the date of the creation of the Alliance for Production, Work and Education that merged the Unión Cívica Radical party and the FREPASO (Front for a Supportive Country). Fernando de la Rúa took office as president of Argentina for the Alliance on December 10, 1999.

Héctor Lombardo was appointed Minister of Health. The essential elements of the sanitary policies of Menem's government suffered no changes under this government.

In March 2001, Ricardo López Murphy was appointed Minister of Economy. When he took office, his objective was to reduce State expenditure and increase tax collection. His project to get the economy on a sound footing met with strong popular opposition.

The government then appointed Domingo Cavallo as new Minister of Economy. Cavallo turned his sights toward a strong economic orthodoxy. He submitted a plan that included health for a new general reduction of the expenditure in the public administration.

The distortions accumulated over the convertibility system exploded, generating the most abysmal crisis suffered by Argentine society in the course of the century.

The President lost all backing and submitted his resignation on December 20, 2001.

Vice-president Carlos Álvarez had already resigned in 2000. Therefore, and under the Executive Power Law of Succession in force when the State becomes acephalous, the acting president of the Senate, Ramón Puerta, became the presidential successor. In accordance with the law, Puerta complied with the mandate to summon the Legislative Assembly within 48 hours to choose the public official that would occupy the post of President until a new president was elected.

The Legislative Assembly met on December 23, 2001 and elected Adolfo Rodríguez Saa as President, an office he held during seven days, until his resignation on December 30 of the same year. Eduardo Camaño succeeded Rodríguez Saa and was in charge of the National Executive Power between December 30, 2001 and January 1, 2002.

EL PROGRAMA JEFES/AS DE HOGAR DESOCUPADOS/AS

El 2 de enero de 2002 el Dr. Eduardo Duhalde fue elegido por la Asamblea Legislativa en medio del caos en las calles de Buenos Aires.

Entre las medidas de su gobierno de transición, se incluyeron la devaluación de la moneda, que dio fin a la Ley de Convertibilidad con la pesificación forzada de los depósitos bancarios en moneda extranjera. Buscó paliar los peores efectos sociales a través de medidas como el Programa de Jefes/as de Hogar Desocupados/as, que llegó a 2 millones de familias carenciadas. Fue una iniciativa coyunturalmente adecuada, más allá de sus distorsiones, ante el derrumbe de los niveles de empleo y el crecimiento imparable de la pobreza.

El 26 de junio de 2002 las fuerzas del orden intentaron desalojar una protesta de la Coordinadora de Trabajadores Desocupados “Aníbal Verón” en el Puente Pueyrredón que une la Capital con la provincia de Buenos Aires. Dos manifestantes piqueteros, Maximiliano Kosteki y Darío Santillán, fueron asesinados por efectivos de la policía bonaerense durante la represión.

Ante el impacto generado por el hecho, Duhalde anticipó seis meses el llamado a elecciones presidenciales. Para las mismas, dio su apoyo a Néstor Kirchner, quien resultó electo presidente el 27 de abril de 2003.



Eduardo Duhalde

THE PROGRAM FOR MALE AND FEMALE UNEMPLOYED HEADS OF HOUSEHOLDS

On January 2, 2002, Dr. Eduardo Duhalde was elected by the Legislative Assembly in the midst of chaos in the streets of Buenos Aires.

Among the measures of his transition government was the currency devaluation, which ended the Convertibility Law through the enforced change of all foreign currency bank deposits into pesos. Dr. Duhalde sought relief for the worst social effects through measures such as the Program for Unemployed Heads of Households, both men and women. The Program reached 2 million needy families. The initiative, beyond its distortions, was adequate under the circumstances, which included the collapse of employment levels and the unstoppable growth of poverty.

On June 26, 2002, police forces attempted to disband a rally organized by the Unemployed Workers' Coordinating Body “Aníbal Verón” on the Pueyrredón Bridge in the province of Buenos Aires. Two demonstrators, Maximiliano Kosteki and Darío Santillán were assassinated by members of the Buenos Aires police during the repressive actions.

Confronted by the impact generated by the event, Duhalde advanced the summons to presidential elections by six months and gave his support to Néstor Kirchner, who was elected president on April 27, 2003.



LOS PREMIOS NOBEL *THE NOBEL PRIZES*

En 1947, la Academia Sueca le otorgó el Premio Nobel de Fisiología y Medicina, compartido con los esposos Carlos Cori y Gerty Radnitz, a Bernardo Houssay, por su descubrimiento del papel de la hormona liberada por la hipófisis en el metabolismo de los azúcares.

In 1947, the Swedish Academy awarded the Nobel Prize for Physiology and Medicine, which he shared with Carl Cori and his wife Gerty Radnitz, to Bernardo Houssay, for his discovery of the role of the hormone liberated by the hypophysis in metabolizing sugars.



Bernardo Houssay nació en Buenos Aires el 10 de abril de 1887. Fue uno de los ocho hijos del matrimonio de Albert Houssay, un abogado francés, y de Clara Laffont. En 1900 se graduó de bachiller cuando apenas contaba 13 años; a los 17 de Farmacéutico y a los 24, de Doctor en Medicina. Ingresó a la Cátedra de Fisiología de Medicina y encaminó su trabajo a la investigación sobre la hipófisis con la que presentó su tesis de doctorado, premiada por la Universidad de Buenos Aires en 1911.

Bernardo Houssay was born in Buenos Aires on April 10, 1887. He was one of the eight children born to Albert Houssay, a French lawyer, and Clara Laffont. In 1900, when he was just 13, he graduated from high school, at 17 he obtained his degree in Pharmacy and at 24, he became a Doctor of Medicine. He joined the Chair of Medical Physiology and set his course on the investigation of the hypophysis. This became the subject of this thesis for the doctorate, which received a prize from the Buenos Aires University in 1911.

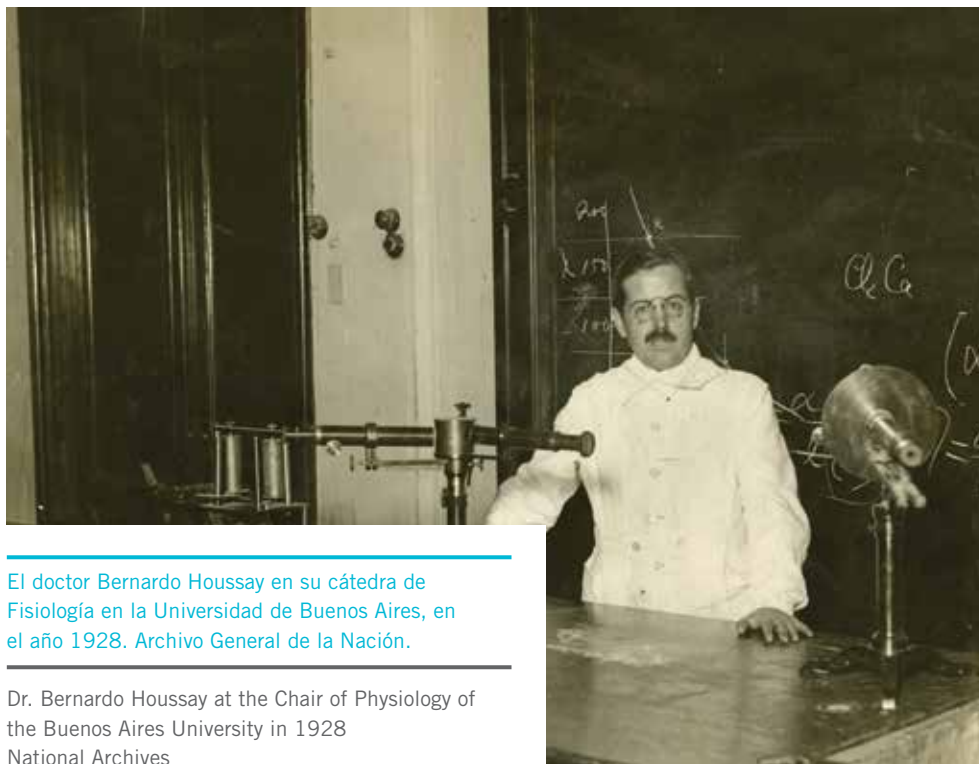
Ceremonia de entrega del Premio Nobel.

Nobel Prize prize-giving ceremony



A CAREER OF EXCELLENCE

- At the School of Veterinary of the Buenos Aires University, he taught the course on Physiology from 1910 to 1915.
- He was in charge of the Experimental Physiology and Pathology Laboratory of the National Department of Hygiene, from 1915 to 1919.
- During those years, he was also Chief of Pathology and Physiology at the Serpentarium of the Bacteriologic Institute.
- He was appointed as Professor of Physiology at the School of Medicine of the Buenos Aires University.
- He organized the Physiology Institute of the School, which achieved international renown. He maintained his position as Professor and Director of the Institute until 1943.
- He was director of the Institute of Biology and Medicine.
- He was president of the Argentinean National Academy of Medicine, the Academy of Letters, the National Academy of Sciences of Buenos Aires, the Academy of Political and Moral Sciences of Buenos Aires and the Pontifical Academy of Sciences.
- He was made Doctor Honoris Causa by the universities of Paris and Harvard.



El doctor Bernardo Houssay en su cátedra de Fisiología en la Universidad de Buenos Aires, en el año 1928. Archivo General de la Nación.

Dr. Bernardo Houssay at the Chair of Physiology of the Buenos Aires University in 1928
National Archives

He carried out his hospital practice at the Torcuato de Alvear Hospital, where he was appointed Chief of General Practice in 1913. He married María Angélica Catán, a Doctor of Chemistry, and they had three children: Alberto, Héctor and Raúl.

Among his works, the studies of the role of ductless glands in the formation and use of proteins, carbohydrates and fats, as well as research on the circulation of blood, are especially considered of great importance.

In 1945 he wrote *Human Physiology*, a text-book that soon came to be known as “*Houssay’s Physiology*” and greatly contributed to the formation of several generations of physicians in Argentina and in the world. Several editions were published and translated into the most important languages.

Houssay fervently defined the role of the sciences in society: “*Cultivating the sciences in their most elevated expression is even more necessary for the moral progress of a nation than for its material prosperity.*”

Houssay was the author of over 500 scientific works and, in 1972, the Organization of American States created the Bernardo Houssay prize, to be awarded to the most important researchers in the American continent.

He died in Buenos Aires, on September 21, 1971. His greatest legacy is his reliance on the scientific development of Argentina, a goal for which he trained his disciples and worked indefatigably with whatever means were within his reach. In 1970, he received the news that his disciple Luis Leloir had been awarded the Nobel Prize.

Realizó su práctica hospitalaria en el hospital Torcuato de Alvear, donde fue nombrado Jefe de Clínica en 1913. Estuvo casado con la química María Angélica Catán, con la que tuvo tres hijos: Alberto, Héctor y Raúl.

Entre los trabajos de mayor trascendencia se señalan los estudios sobre el rol de las glándulas de secreción interna en la formación y utilización de las proteínas, de los hidratos de carbono y de las grasas, así como investigaciones sobre la circulación de la sangre.

En 1945 escribió *Fisiología Humana*, un texto que no tardó en conocerse como “la fisiología de Houssay”, que contribuyó notablemente a la formación de varias generaciones de médicos argentinos y del mundo. Las varias ediciones de esta obra se tradujeron a los más importantes idiomas.

Houssay definió con fervor el papel de las ciencias en la sociedad: “*El cultivo de las ciencias en su expresión más elevada es aún más necesario para el adelanto moral de una nación que para su prosperidad material*”.

Fue autor de más de 500 trabajos científicos y en 1972, la Organización de Estados Americanos (OEA) instituyó el premio Bernardo Houssay para galardonar a los más importantes investigadores del continente americano.

Falleció en Buenos Aires el 21 de septiembre de 1971. La herencia más grande que dejó es la confianza en el desarrollo científico de Argentina, para lo cual formó a sus discípulos y trabajó incansablemente con los medios que tuvo a su alcance. En 1970 recibió la noticia del Premio Nobel que se le concedió a su discípulo Luis Leloir.



Houssay en el momento de recibir el Premio Nobel de Fisiología y Medicina.
Casa Museo Bernardo Houssay, FECIC.

Houssay, as he receives the Nobel Prize for Physiology and Medicine
Bernardo Houssay Museum, FECIC



UNA TRAYECTORIA DE EXCELENCIA

- En la Facultad de Veterinaria de la UBA dictó la cátedra de Fisiología de 1910 a 1915.
- Estuvo a cargo del Laboratorio de Fisiología Experimental y Patología del Departamento Nacional de Higiene, desde 1915 a 1919.
- Durante esos años también ocupó la jefatura de patología y fisiología del Serpentario del Instituto Bacteriológico.
- Fue nombrado Profesor de Fisiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.
- Organizó el Instituto de Fisiología de la Facultad, logrando que adquiriera fama internacional. Permaneció como Profesor y Director del Instituto hasta 1943.
- Fue Director del Instituto de Biología y Medicina.
- Fue presidente de la Academia Nacional de Medicina de la Argentina, de la Academia de Letras, de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires, de la Academia de Ciencias Políticas y Morales de Buenos Aires y de la Academia Pontificia de Ciencias.
- Fue nombrado Doctor Honoris Causa de las Universidades de París y Harvard.

El doctor Leloir en la ceremonia de entrega del Premio Nobel, año 1970.
Gentileza Fundación Instituto Leloir.

Dr. Leloir at the prize-giving ceremony of the Nobel Prize, 1970
By kindness of the Instituto Leloir Foundation



LELOIR'S PATHWAY

Luis Federico Leloir received the Nobel Prize for Chemistry in 1970. His most important investigation, for which he received the prize that gave him international renown, focuses on the sugar nucleotides and the role they play in manufacturing carbohydrates.

Leloir was born in Paris on September 6, 1906. He lived in France the first two years of his life, although he was to adopt Argentine citizenship later on. Once his secondary studies were over, he enrolled in the Buenos Aires University and became a Doctor of Medicine in 1932. In his early beginnings, he was a resident at the José María Ramos Mejía Hospital and then became part of the team at the Chair of Semiology and Clinical Propaedeutics at the Hospital de Clínicas university hospital, devoting himself to gastroenterology for two years. Next, he left the practice of medicine and joined the Institute of Physiology, whose director was Bernardo Houssay and which was located in the old School of Medicine building, to work on his thesis for the doctorate. His thesis on the suprarenal glands in the metabolism of carbohydrates, proposed by Houssay, won the Buenos Aires School of Medicine prize in 1934. Leloir left for England, and joined the Biochemical laboratory at the University of Cambridge, directed by Frederick Gowland Hopkins, 1929 Nobel Prize winner. In this way, he moved from Medicine to Biochemistry. When he returned, in 1937, he went back to the Institute of Physiology and held the position of assistant investigator until 1943.

EL CAMINO DE LELOIR

Luis Federico Leloir recibió el Premio Nobel de Química en 1970. Su investigación más relevante, y por la cual obtuvo la distinción que le otorgó fama internacional, se centra en los nucleótidos de azúcar y el rol que cumplen en la fabricación de los hidratos de carbono.

Leloir nació en París el 6 de septiembre de 1906. Vivió en Francia los dos primeros años de su vida, aunque después adoptó la ciudadanía argentina.

Terminados los estudios secundarios se inscribió en la Universidad de Buenos Aires, graduándose en Medicina en 1932. En sus inicios trabajó como residente en el Hospital José María Ramos Mejía y después formó parte del equipo de la Cátedra de Semiología y Clínica Propedéutica que funcionaba en el Hospital Nacional de Clínicas, dedicándose a la gastroenterología durante dos años. Luego abandonó la práctica médica y se incorporó al Instituto de Fisiología que dirigía Bernardo Houssay y que funcionaba en el viejo edificio de la Facultad de Medicina, para realizar su tesis de doctorado. A propuesta de Houssay, su tesis sobre las glándulas suprarrenales en el metabolismo de los hidratos de carbono resultó ganadora del Premio de la Facultad de Medicina de Buenos Aires en 1934. Luego Leloir partió a Inglaterra, al Biochemical Laboratory de la Universidad de Cambridge, que dirigía el profesor Frederick Gowland Hopkins, ganador del Premio Nobel en 1929. Así fue como pasó de la Medicina a la Bioquímica. Cuando regresó, en 1937, se reincorporó al Instituto de Fisiología, desempeñándose como ayudante de investigaciones hasta 1943.



El doctor Luis F. Leloir en conferencia de prensa poco después de conocida la noticia de su consagración como Premio Nobel de Química.
[Archivo General de la Nación.](#)

Dr. Luis F. Leloir at a press conference shortly after the news of his Nobel Prize for Chemistry became known
 National Archives



OTHER IMPORTANT AWARDS

- Argentinean Scientific Society Award
- Acknowledgement of the Helen Whytue Foundation in New York (1958)
- Bunge y Born Foundation Award, 1965
- Gardiner Foundation Award, Canada, 1966
- Louisa Gross Horowitz Award, New York, 1966
- Director of the Institute of Biochemical Investigations
- Chief of the Biological Chemistry Department of the School of Mathematical and Natural Sciences of the Buenos Aires University (1962-1965).
- Member of the Board of the National Council of Scientific and Technical Investigations
- Member of the National Academy of Sciences of Buenos Aires (1985-1987)
- Benito Juárez Award, Mexico, 1967

Fue autor de más de 200 trabajos sobre su especialidad, titular de la Academia Nacional de Ciencias Exactas y la Asociación Argentina para el Progreso de la Ciencia y Doctor Honoris Causa de la Universidad de París.

He was the author of over 200 works on his specialty, a full member of the National Academy of Mathematical Sciences and of the Argentine Association for the Advancement of Science, as well as Doctor Honoris Causa of the University of Paris.

Once there, he joined the team whose members were Drs. Juan Carlos Fasciolo, Eduardo Braun Menéndez, Juan María Muñoz and Alberto Taquini, to devote himself to the study of the peculiarities of arterial hypertension. The book “Nephrogenous Arterial Hypertension”, published in 1943, was the result of those studies and won the third National Prize of Science. It was published in the United States in 1946.

In 1943, he decided to continue his work abroad and before leaving, he married Amelia Zuberbühler, with whom he had a daughter. He chose the laboratory of Carl and Gerty Cori – Nobel Prize for Medicine winners – in St. Louis, USA and worked there for six months while studying the formation of citric acid. He then went to the Columbia University College of Physicians and Surgeons in New York. On his return to Argentina, he went back to his work with Houssay at the Institute of Experimental Biology and Medicine, an institution created thanks to the sponsorship of Sauberán Foundation and the collaboration of a group of his faithful disciples.

In 1947, Jaime Campomar, a textile industry owner, founded the Institute for Biochemical Investigations that Leloir was to head for 40 years. The investigations he carried out at the institute ended with a flourish when he was awarded the Nobel Prize for Chemistry in 1970, for his discovery about the components of nucleic acids, fundamental elements in the metabolic processes of carbohydrates and, particularly, of sugars.

When he received the prize, he said, “It is my collaborators who deserve the award. I am just their representative...It is not easy to feel I am among the giants of chemistry: Van’t Hoff, Fischer, Arrhenius, von Baeyer. I have truly never received so much in exchange for so little...”

Numerous scientific institutions invited him to become a member: the National Academy of Sciences of the United States, the Academy of Sciences of Chile, the Pontifical Academy of Sciences, the Biochemical Society and the Royal Society of London, the Société de Biologie de Paris, the Academy of Sciences of France and the Academy of Sciences of Buenos Aires.

Luis Federico Leloir died on December 2, 1987. He was 81 years old and had been working in his laboratory until a few hours before his death.

Allí se sumó al equipo formado por los doctores Juan Carlos Fasciolo, Eduardo Braun Menéndez, Juan María Muñoz y Alberto Taquini, para dedicarse al estudio de las distintas particularidades de hipertensión arterial. De estas investigaciones surgió el libro *Hipertensión Arterial Nefrónica*, publicado en 1943, que obtuvo el tercer premio Nacional de Ciencias y que fue publicado en los Estados Unidos en 1946.

En 1943 decidió seguir su labor en el exterior. Antes de partir se casó con Amelia Zuberbühler, con quien tuvo una hija. El laboratorio de Carl Gerty Cori —Premio Nobel de Medicina— en St. Louis, Estados Unidos, fue el sitio elegido. Allí trabajó durante seis meses en el estudio de la formación del ácido cítrico. Luego fue al Colegio de Médicos y Cirujanos de la Universidad de Columbia, en Nueva York.

Cuando regresó a la Argentina volvió a trabajar con Houssay en el Instituto de Biología y Medicina Experimental, una institución creada gracias al patrocinio de la fundación Sauberán y la colaboración de un grupo de sus fieles discípulos.

En 1947, Jaime Campomar, dueño de una industria textil, fundó el Instituto de Investigación especializado en Bioquímica que Leloir dirigiría por 40 años. Allí dio comienzo a sus investigaciones, cuyo broche final fue la obtención del Premio Nobel de Química en 1970. El premio le fue otorgado por su descubrimiento sobre los componentes de los ácidos nucleicos, elementos fundamentales en los procesos metabólicos de los hidratos de carbono y los azúcares en particular.

Cuando recibió el premio dijo: “*Adjudico todo el mérito a mis colaboradores. Yo soy sólo un representante de ellos... No me resulta fácil considerar que estoy entre los gigantes de la química: Van’t Hoff, Fischer, Arrhenius, von Baeyer. En realidad, nunca he recibido tanto por tan poco...*”.

Numerosas instituciones científicas lo incorporaron como miembro: la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos, la Academia de Ciencias de Chile, la Academia Pontificia de Ciencias, la Biochemical Society y la Royal Society de Londres, la Société de Biologie de París, la Academia de Ciencias de Francia y la Academia de Ciencias de Buenos Aires.

Luis Federico Leloir murió el 2 de diciembre de 1987. Tenía 81 años y había trabajado en su laboratorio hasta apenas unas horas antes de su muerte.

En el mundo científico internacional se denomina “el camino de Leloir” al conjunto de descubrimientos que llevó al gran científico argentino a determinar cómo los alimentos se transforman en azúcares y sirven de combustible a la vida humana.

The international scientific world gives the name of “Leloir’s pathway” to the set of discoveries that led the great Argentinean scientist to determine how food turns into sugars and is used as fuel for human life.



OTRAS IMPORTANTES DISTINCIONES

- Premio de la Sociedad Científica Argentina.
- Reconocimiento Helen Whyte Foundation de Nueva York (1958).
- Premio de la Fundación Bunge y Born, en 1965.
- Premio de la Gardiner Foundation de Canadá, en 1966.
- Premio Louisa Gross Horowitz, de Nueva York, en 1966.
- Director del Instituto de Investigaciones Bioquímicas.
- Jefe del Departamento de Química Biológica de la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales de la Universidad de Buenos Aires (1962-1965).
- Formó parte del directorio del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).
- Miembro de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires (1985-1987)
- Premio Benito Juárez de México (1967).

En la foto, Luis Federico Leloir con Jorge Luis Borges.

The photo shows Luis Federico Leloir with Jorge Luis Borges.



Doctor César Milstein

CÉSAR MILSTEIN, INTELLECTUAL PROPERTY OF MANKIND

In 1984, César Milstein shared the Nobel Prize for Physiology and Medicine with British Niels Jerne and German Georg Köhler, for their work to perfect the immune system with which human beings are naturally endowed. In 1993, he also received the following awards: Diamond Konex for Science and Technology, Platinum Konex and Merit Diploma for Basic Biomedical Sciences.

César Milstein was born in Bahía Blanca, in the province of Buenos Aires, on October 8, 1927. He moved to the Federal Capital in 1945 to study at the Buenos Aires University and graduated as a Doctor in Chemistry in 1956, when he also received a special prize awarded by the Argentine Biochemical Society.

His life, in his own words:

"My father was a Jewish immigrant who settled in Argentina and was left to his own devices at the age of 15. My mother was a teacher, a child of poor immigrant parents. For them, no sacrifice was too big as long as they could send their three children – I was the middle one – to university. I was not a particularly brilliant student, though I participated actively in Student Council affairs and in politics. That is the way I met my wife, Celia. After graduating, we got married and took a sabbatical year in the most unusual and romantic of honeymoons by making our way through many European countries, including a couple of months in Israeli kibbutzim. When we returned to Argentina, I began some serious work towards my doctorate, under the guidance of professor Stoppani, Biochemistry professor at the Medical School. I worked on my thesis with absolutely no economic support. Both Celia and I had part-time jobs while we studied clinical biochemistry; between us, we earned just enough to support ourselves. My thesis was based on kinetic studies with the aldehyde dehydrogenase enzyme."

Milstein no registró ninguna patente por sus descubrimientos. De acuerdo con sus convicciones, su trabajo carecía de interés económico y sólo poseía valor científico. Los consideraba propiedad intelectual de la humanidad, y como tales los legó.

Milstein did not register any patents for his discoveries. According to his convictions his work lacked economic interest and only had scientific value. He considered them intellectual property of humanity, and as such they were left behind.

In 1957, he applied for the position of investigator at the Carlos Malbrán National Institute of Microbiology, directed by Ignacio Pierosky. He was elected through the process of public examination. Shortly after joining the previously mentioned institute, Milstein returned to Cambridge, where he

had been appointed investigator, on a scholarship at the Medical Research Council, one of the most renowned scientific centers in the world, which also had Frederick Sanger – Nobel Prize winner fourteen years later – as one of the staff. When the term of the scholarship expired, the research center requested the Malbrán Institute to extend Milstein's leave for another two years.

CÉSAR MILSTEIN, PROPIEDAD INTELECTUAL DE LA HUMANIDAD

En 1984, César Milstein compartió el premio Nobel de Fisiología y Medicina con el británico Niels Jerne y el alemán Georg Köhler, por sus trabajos para perfeccionar el sistema inmunológico con el que naturalmente cuentan los seres humanos. En 1993, recibió además los premios Konex de Brillante en Ciencia y Tecnología, y Konex de Platino y Diploma al Mérito en Ciencias Biomédicas Básicas.

César Milstein nació en Bahía Blanca, provincia de Buenos Aires, el 8 de octubre de 1927. En 1945 se mudó a la Capital Federal para estudiar en la Universidad de Buenos Aires y más tarde, en 1956 recibir su doctorado en Química y un premio especial por parte de la Sociedad Bioquímica Argentina.

Así, contó él su vida:

“Mi padre fue un inmigrante judío que se afincó en la Argentina y quedó a su propia suerte cuando tenía 15 años. Mi madre era maestra e hija de una familia de inmigrantes pobres. Para ellos, no había sacrificio imposible con tal de asegurar que sus tres hijos (yo era el del medio) fueran a la universidad. Yo no era particularmente un alumno brillante, aunque tenía una activa participación en los asuntos del Consejo Estudiantil y la política. De esta manera conocí a mi esposa, Celia. Luego de la graduación, nos casamos y nos tomamos un año completo libre en la más inusual y romántica luna de miel, abriéndonos el camino a través de muchos países europeos, incluyendo un par de meses en kibbutz israelíes.

Al regresar a la Argentina, comencé a trabajar seriamente en busca de un doctorado bajo la dirección del profesor Stoppani, el profesor de Bioquímica en la Escuela Médica. Mi tesis de doctorado se realizó sin ningún tipo de apoyo económico. Tanto Celia como yo trabajamos part-time mientras estudiábamos bioquímica clínica, ganando entre ambos lo justo para mantenernos. Mi tesis se basó en estudios cinéticos con la enzima aldehído deshidrogenasa”.

En 1957 se presentó y fue seleccionado por concurso para desempeñarse como investigador en el Instituto Nacional de Microbiología Carlos Malbrán, que dirigía Ignacio Pirotsky. Al poco tiempo de haber ingresado a dicho instituto, Milstein partió rumbo a Cambridge, Inglaterra, donde el Medical Center Research, uno de los centros científicos mundialmente reconocidos por su excelencia, y donde trabajaba Frederick Sanger —Premio Nobel de Física catorce años más tarde—, le había concedido una beca. Una vez concluida la misma, el centro de investigaciones solicitó al Malbrán una prórroga por dos años más.



Su investigación sobre el desarrollo de los anticuerpos le valió el Premio Nobel de Medicina en 1984.

His investigation on the development of antibodies earned him the Nobel Prize for Medicine in 1984.

“I received a grant from the British Council Fellowship to work under Malcolm Dixon’s supervision. I started a project at the Department of Biochemistry of Cambridge University on the mechanism of the metallic activation of the phosphoglucomutase enzyme. I started to collaborate with Fred Sanger through this particular enzyme. When I completed my doctorate thesis, I participated briefly in the Medical Investigation Council with Sanger’s group, and then returned to Argentina for two years.”

When he returned to the country in 1961, Milstein was appointed Chief of the Molecular Biology Department at Instituto Malbrán. The story goes that, because of insufficient funding, he himself made part of the furniture required for the different practices by recycling useless pieces of old furniture.

“During that period, I developed my studies on the mechanisms of the enzyme’s action inside the phosphoglyceromutase and the alkaline phosphatase enzymes. Soon after, I had my first experience in directing other people’s work, including my first investigation as a student .”

After the military coup in 1962, the intervention at the Malbrán Institute was seriously damaging to Milstein’s work. Many people were laid off due to the intervention and Milstein’s team was hit during the crucial stage of an advanced study program. While Milstein was not directly affected, he felt the process was draining the energy he needed for his scientific work.

“The political persecution of liberal intellectuals and scientists took the character of a “vendetta” against the Director of the Institute in which I worked. This compelled me to resign and to return to Cambridge to join Sanger, who was then the Director of the Protein Chemistry Division in the recently created Molecular Biology Laboratory of the Medical Research Council. On his recommendation, I changed from enzymology to immunology. The development of my investigation in this area was described in the publication ‘Lynen y la Nobel’.”

By 1964, he was once again in Cambridge, and during that year he obtained the first results that would – two decades later – make him worthy of the Nobel Prize for Medicine.

The findings of Milstein and his group of investigators had the initial purpose of solving problems of basic immunology, but other applications were immediately found for them. They have served to prepare monoclonal antibodies against a wide range of substances and they are also used in diagnosing disease and in the classification of blood types and histocompatibility antigens, as well as in purifying processes of various products in the pharmaceutical chemicals industry. Cesar Milstein died at the age of 74, due to heart disease, on March 24, 2002, in Cambridge, England.

“Fui becado en el British Council Fellowship para trabajar bajo la supervisión de Malcolm Dixon. Allí, en el Departamento de Bioquímica en la Universidad de Cambridge, inicié un proyecto sobre el mecanismo de la activación metálica de la enzima fosfoglucomutasa. Fue a través de esa enzima que comencé a colaborar con Fred Sanger. Luego de completar mi tesis de doctorado, participé por un espacio breve en el Consejo de Investigación Médica en el grupo de Sanger, para luego retornar a la Argentina por un período de dos años”.

Al volver al país en 1961, Milstein fue nombrado jefe del Departamento de Biología Molecular del Instituto Malbrán. Se cuenta que, debido a la falta de presupuesto, fabricó él mismo parte del mobiliario que se necesitaba para las distintas prácticas, reciclando muebles viejos inservibles.

“Durante ese tiempo, desarrollé mis estudios en los mecanismos de acción de la enzima dentro de las enzimas fosfogliceromutasa y la fosfatasa alcalina. Poco tiempo después tuve mi primera experiencia en la dirección del trabajo de otras personas, incluyendo mi primera investigación estudiantil”.

Tras el golpe militar de 1962, el Instituto Malbrán fue intervenido y el trabajo de Milstein fue seriamente perjudicado. La intervención significó numerosas cesantías que golpearon a su equipo en la etapa crucial de un programa de estudios muy avanzado. Si bien Milstein no había sido directamente afectado, sintió que ese proceso le quitaba energías para su trabajo científico:

“La persecución política de los intelectuales y científicos liberales se manifestó como una “vendetta” contra el director del instituto en el que trabajaba. Esto forzó mi renuncia y posterior regreso a Cambridge para unirme a Sanger, quien para esa época era el Director de la División de Química Proteica en el recientemente formado Laboratorio de Biología Molecular del Consejo de Investigación Médica. Siguiendo su recomendación, cambié de la enzimología a la inmunología. La evolución de mi investigación en esta área fue descrita en la publicación ‘Lynen y la Nobel’”.

Así fue que en 1964 estaba nuevamente en Cambridge, y fue durante ese mismo año que consiguió los primeros resultados que dos décadas más tarde lo harían merecedor del Premio Nobel de Medicina.

Los hallazgos de Milstein y su grupo de investigadores tuvieron el propósito inicial de resolver problemas de inmunología básica, pero inmediatamente encontraron otras aplicaciones. Han servido para preparar anticuerpos monoclonales contra una gran variedad de sustancias, y se los utiliza además en el diagnóstico de enfermedades y en la tipificación de grupos sanguíneos y de antígenos de histocompatibilidad, así como en procesos de purificación de diversos productos de la industria fármaco química.

Cesar Milstein murió a los 74 años de edad a causa de una enfermedad cardíaca, el 24 de marzo de 2002, en Cambridge, Inglaterra.





UNA LARGA TRADICIÓN DE EXCELENCIA *A LONG TRADITION OF EXCELLENCE*

Más allá del honor de que tres de nuestros científicos fueran condecorados con el Premio Nobel, en la Argentina existieron –y existen– equipos profesionales de la salud que traspasaron nuestras fronteras y obtuvieron un reconocimiento mundial en el campo de la ciencia.

Beyond the honor of the Nobel Prize awarded to three of our scientists, Argentina had – and still has – teams of health care professionals whose work has transcended our borders and has obtained global recognition in the world of science.



Si bien no se puede hablar de investigación científica socialmente organizada hasta el siglo XX en nuestro país, es imposible no reconocer que, antes de entonces, florecieron científicos ilustres.

Ya en los comienzos de la organización sanitaria y la educación médica, todavía en la época colonial, tuvieron un gran protagonismo Miguel O'Gorman, Cosme Argerich y Agustín Fabre. Así como años después, Francisco Javier Muñiz, quien con sus aportes a la etnografía y zoología mereció la consulta de Charles Darwin.

While it is not appropriate to talk about socially organized scientific research in our country until the 20th century, it would be hard not to admit that, before that time, illustrious scientists flourished in Argentina.

In the early beginnings of sanitary organization and medical education in colonial times, Miguel O'Gorman, Cosme Argerich and Agustín Fabre had a prominent role as did, some years later, Francisco Javier Muñiz, who made contributions to ethnography and zoology and was even consulted by Charles Darwin.

El Doctor José Arce y sus colaboradores en la sala de operaciones del Hospital Nacional de Clínicas, año 1934.
[Archivo General de la Nación.](#)

Dr. Arce and his collaborators in the operating theater of the National Clínicas Hospital in 1934
National Archives



Abel Ayerza

We will now give a summary, not in chronological order, of the careers of some of the most outstanding men in research and health care, knowing full well that there are many more among those professionals who deserve our pride.

Juan Madera (1782-1829)

Juan Madera was the Surgeon of the Second Battalion of the Patricios Regiment and of the Army of the North. He was the Head of the Military Hospital and a member of the Protomedicato (Tribunal of Physicians). He managed the Vaccination Institute. Once, in the Barracas neighborhood, he found a cow infected with small-pox, and was able to prepare a vaccine from this animal during many years, without having to import vaccine strains from Europe.

Juan Antonio Fernández (1786-1855)

As a military physician, Fernández was part of the national armies. He was Vice-president of the Physician's Tribunal and directed the Military Medical Institute. Under his management there were avant-garde changes in medical care and teaching. He was appointed director and first Dean of the School of Medicine.

Luis Güemes (1856-1927)

A grandson of General Martín Miguel de Güemes, military leader and strongman of the independence, Luis Güemes enrolled in the School of Medicine of the Buenos Aires University in 1873.

He was elected Academician of the Academy of Medicine in 1895 and was appointed Councilor of the School of Medicine in 1912. From this post he created new Institutes that contributed to the School's progress. He was a pioneer in psychosomatic medicine.

Juan José Montes De Oca (1806-1876)

Montes de Oca was active during the yellow fever and cholera epidemics. He founded the Library of the School of Medicine and was a pioneer of modern teaching of surgery in the operating theater, by the patient's bedside and by performing autopsies. He was the first great surgeon in the country. He was also a National Deputy and the president of the Senate in the Province of Buenos Aires.

Abel Ayerza (1861-1918)

Abel Ayerza was a Gold Medal graduate in 1886 and became Full Professor of the first General Practice Chair at the School of Medicine of the Buenos Aires University in 1897. He was the author of over 200 scientific publications. His investigation of the heart is known today as Ayerza's Disease in cardiology treatises all over the world.

Domingo Cabred (1859-1929)

Cabred was a pioneer of modern psychiatry. He founded, in the Buenos Aires town of Open Door, the first open doors establishment for the treatment of the insane. This colony was the first of its kind in Latin America. In 1903, he founded the Argentinean League for Fighting Alcoholism. As of 1887, he was a university professor.

Rescatamos a continuación —sin orden cronológico— las trayectorias de algunos de los hombres más destacados tanto en investigación como en asistencia, a sabiendas de que son muchos más los profesionales que nos enorgullecen.

Juan Madera (1782-1829)

Fue Cirujano del 2º Batallón del Cuerpo de Patricios y del Ejército del Norte. Dirigió el Hospital Militar y fue miembro del Protomedicato. Fue el administrador del Instituto de la Vacuna. Encontró una vaca infectada de viruela en Barracas, y con ella preparó la vacuna durante años, sin tener que importar cepas desde Europa.

Juan Antonio Fernández (1786-1855)

Médico militar de los ejércitos patrios. Fue Vicepresidente del Tribunal del Protomedicato y dirigió el Instituto Médico Militar. Durante su gestión se introdujeron cambios asistenciales y docentes de avanzada para la época. En 1852 se lo nombró director y primer Decano de la Facultad de Medicina.

Luis Güemes (1856-1927)

Nieto del general Martín Miguel de Güemes, caudillo de la independencia, ingresó en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en 1873.

En 1895 fue designado Académico de Medicina, y en 1912 Consejero de la Facultad, desde donde creó nuevos Institutos que contribuyeron al progreso de la Escuela. Fue un precursor de la medicina psicosomática.

Juan José Montes de Oca (1806-1876)

Actuó en las epidemias de la fiebre amarilla y del cólera. Fundador de la Biblioteca de la Facultad de Medicina e iniciador de la enseñanza moderna de la cirugía en el quirófano, junto al enfermo y mediante autopsias. Fue el primer gran cirujano del país.

Fue Diputado Nacional y presidió el Senado de la Provincia de Buenos Aires.

Abel Ayerza (1861-1918)

Se doctoró con Medalla de Oro en 1886. Fue Profesor Titular de la primera Cátedra de Clínica Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en 1897.

Autor de más de 200 publicaciones científicas, sus observaciones sobre el corazón son designadas hoy como Enfermedad de Ayerza en los tratados de cardiología mundial.

Domingo Cabred (1859-1929)

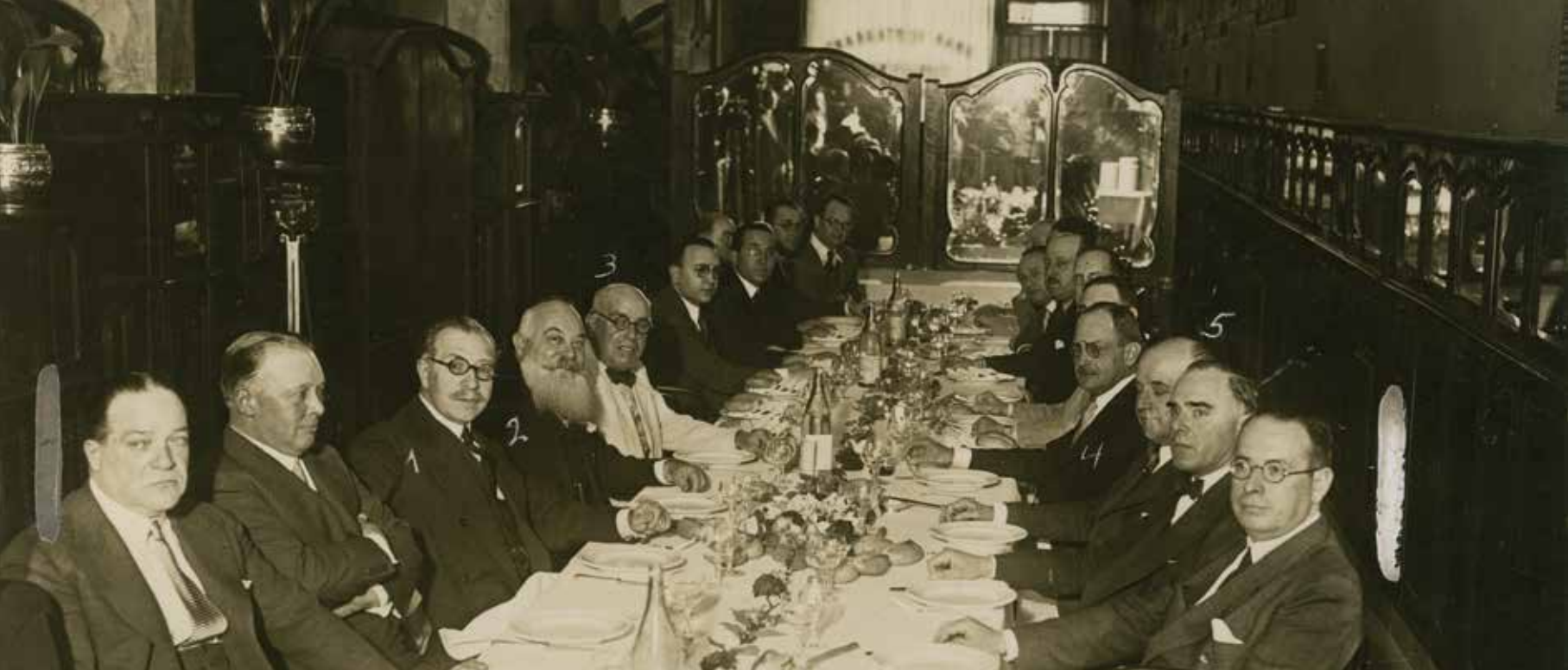
Fue un precursor de la psiquiatría moderna. Fundó, en la localidad bonaerense de Open Door, el primer establecimiento de tratamiento de alienados a puertas abiertas. Esta colonia fue la primera en su tipo en América latina. En 1903 fundó la Liga Argentina de Lucha contra el Alcoholismo. Trabajó como profesor universitario a partir de 1887.



Juan Madera



Domingo Cabred



Doctores Mariano Castex (4), Gregorio Aráoz Alfaro (1), Daniel Cranwell (3) y Carlos Bonorino Udaondo (5), año 1934.

Drs. Mariano Castex (4), Gregorio Aráoz Alfaro (1), Daniel Cranwell (3) and Carlos Bonorino Udaondo (5), in 1934



Emilio Coni

Gregorio Aráoz Alfaro (1870-1955)

Alfaro was a very important promoter of preventive medicine. His active fight against tuberculosis was outstanding. He was president of the National Department of Hygiene. As medical hygienist, he organized the fight against malaria, the use of tuberculin for diagnosing and the spinal tap for studying bone marrow and meningeal disorders.

José Arce (1881-1968)

José Arce was part of a group of surgeons in the Clínicas Hospital. He created the Chair of Thoracic Surgery and was Dean of the School of Medicine, Rector of the Buenos Aires University, National Deputy and President of the Chamber. Arce also held various diplomatic posts, two of which were Argentine Ambassador to China and representative of Argentina to the United Nations.

Ignacio Pirovano (1844-1895)

Pirovano is considered the Father of Argentinean Surgery. His technique was grounded on his thorough knowledge of anatomy and his serenity in the operating theater. He perfected the use of asepsis in surgery in Argentina. He was full professor of the Chair of Histology and Pathological Anatomy at the Buenos Aires University where he trained outstanding surgeons.

Emilio Coni (1855-1928)

Coni was the creator of the Public Assistance Department and was responsible for including Legal Medicine in the Study Plan of the School of Medicine and for developing hygiene and medical inspections in schools as well as compulsory vaccination. He was the first president of the Argentine Medical Society and promoted the foundation of the National Children's Trust.

Gregorio Aráoz Alfaro (1870-1955)

Fue un importante impulsor de la medicina preventiva. Tuvo destacada actuación en la lucha contra la tuberculosis. Fue presidente del Departamento Nacional de Higiene. Como higienista organizó la lucha contra el paludismo, el uso de la tuberculina como diagnóstico y la punción lumbar para el estudio de las afecciones medulares y meníngeas.

José Arce (1881-1968)

Formó un grupo de cirujanos en el Hospital de Clínicas. Creó la cátedra de Cirugía Torácica, fue Decano de Medicina, Rector de la Universidad de Buenos Aires, Diputado Nacional y Presidente de la Cámara. Desempeñó, además, distintos cargos diplomáticos, entre los que se incluyen el de Embajador Argentino en China, y representante en las Naciones Unidas.

Ignacio Pirovano (1844-1895)

Es considerado el Padre de la Cirugía Argentina. Su técnica se basaba en sus profundos conocimientos de anatomía y su serenidad en el quirófano. Perfeccionó la utilización de la asepsia en la cirugía argentina. Fue titular de la cátedra Histología y Anatomía Patológica, en la Universidad de Buenos Aires y formó a destacados cirujanos.

Emilio Coni (1855-1928)

Fue el creador de la Asistencia Pública, de la inclusión de la Medicina Legal en el Plan de Estudios de la Facultad de Medicina, de la inspección higiénica y médica escolar, además de la vacunación obligatoria. Fue el primer presidente de la Sociedad Médica Argentina y promovió la fundación del Patronato de la Infancia.



Homenaje del Correo Argentino a los doctores Francisco Muñiz, Ricardo Gutiérrez, Ignacio Pirovano y Esteban Maradona.

Tribute of the Argentinean Post Office to Drs. Francisco Muñiz, Ricardo Gutiérrez, Ignacio Pirovano and Esteban Maradona



Los doctores Mariano Castex, Gregorio Aráoz Alfaro, Carlos Bonorino Udaondo y Domingo Cabred en la Academia Nacional de Medicina. Archivo General de la Nación.

Drs. Mariano Castex, Gregorio Aráoz Alfaro, Carlos Bonorino Udaondo and Domingo Cabred at the National Academy of Medicine National Archives



Cecilia Grierson (1859-1934)

Cecilia Grierson was the first woman in Argentina to graduate as a physician in 1889. She founded the first Nursing School in the country as well as the National Obstetrics Association. Dr. Grierson was the symbol of the social change brought about by women's access to medicine, which had been limited until then to the charitable work performed by ladies who provided assistance with no previous medical training.



Ángel H. Roffo (1882-1947)

Roffo was a distinguished pathologist. He created special stain methods and obtained microscopic preparations that were even requested from the United States. He was one of the pioneers in the study of chemotherapy and carcinogenic substances and carried out outstanding activity in the oncological terrain.

Enrique (1881-1948) and Ricardo Finochietto (1882-1962)

They both contributed toward the advancement of surgery with significant techniques and changes in procedure and by regulating the surgical maneuvers in surgery. They also designed a wide range of surgical instruments, among which are the frontolight, the Lilliput forceps, the surgical vacuum, the rib spreader and the orthopedic table. They founded the Finochietto School at the Rawson Hospital.

Pedro Chutro (1880-1937)

Pedro Chutro was a specialist in bone grafting for the treatment of pseudarthrosis and osteomyelitis. He described the Acute Edema of the Hand in sudden obstructions of the axillary vein and focused on surgical techniques for peripheral nerves and the clinical study of trepanned patients.

Enrique Finochietto



Ricardo Finochietto

Alejandro Posadas (1870-1902)

Posadas studied pathological anatomy and microbiology. His concepts revolutionized surgery. His three most important creations were the evacuation and suturing without drainage of hydatid cysts, temporary thoracoplasty through harpooning to avoid operative pneumothorax and subperiosteal amputations. At the request of Dr. Posadas, surgery on a lung hydatid cyst was filmed. The Film libraries in Paris and Belgium acknowledged it as the first documentary film of a surgery ever made in the world. The French cameraman's name was Eugenio Py.

Pedro Lagleyze (1855-1916)

Lagleyze described the aneurysmatic degeneration of retinal blood vessels (1884). Later on, in Europe, von Hippel and Lindau did further work on the previously mentioned disease, which is justly called Lagleyze-von Hippel or von Hippel-Lagleyze disease. He was also the author of original surgical techniques that received wide international acceptance.

Cecilia Grierson (1859-1934)

Fue la primera mujer que se graduó como médica en 1889. Fundó la primera Escuela de Enfermeras del país y la Asociación Obstétrica Nacional. La doctora Grierson representó un cambio social, por el ingreso de la mujer en la medicina, antes limitada a la labor de las damas de beneficencia, que realizaban una acción de auxilio, sin ninguna formación.

Ángel H. Roffo (1882-1947)

Fue un anatómo-patólogo distinguido. Creó métodos especiales de tinción y obtenía preparaciones microscópicas que le valieron ser solicitadas desde los Estados Unidos. De sobresaliente actuación en el terreno oncológico, fue uno de los precursores en el estudio de la quimioterapia y de las sustancias cancerígenas.

Enrique (1881-1948) **y Ricardo Finochietto** (1882-1962)

Aportaron progresos quirúrgicos, con técnicas y modificaciones sustanciales de procedimiento, reglando las maniobras operatorias de las intervenciones. Idearon un amplio instrumental. Entre estos: el frontoluz de tulipa de cartulina, la pinza liliput, el aspirador, el separador costal, la mesa ortopédica. Fundaron la Escuela Finochietto del Hospital Rawson.

Pedro Chutro (1880-1937)

Especialista de los injertos óseos para el tratamiento de la pseudoartrosis y las osteomielitis. Describió el síndrome del Edema Agudo de la Mano en las obstrucciones repentinas de la vena axilar, y se ocupó de las técnicas de cirugía de los nervios periféricos y del estudio clínico de los trepanados.

Alejandro Posadas (1870-1902)

Estudió anatomía patológica y microbiología. Sus conceptos revolucionaron la cirugía. Sus tres creaciones más importantes fueron la evacuación y sutura sin drenaje de los quistes hidatídicos, la toracoplastia temporaria mediante arponaje para evitar el neumotórax operatorio y las amputaciones subperiósticas. Posadas hizo filmar una operación de quiste hidatídico de pulmón. Las Cinematecas de París y Bélgica lo reconocen como el primer documento fílmico de una cirugía en el mundo. El camarógrafo fue el francés Eugenio Py.

Pedro Lagleyze (1855-1916)

Describió la degeneración aneurismática de los vasos retinianos (1884). Después, en Europa, von Hippel y Lindau se ocuparon de ésta, la que con justicia es llamada de Lagleyze-von Hippel o de von Hippel-Lagleyze. Es autor, además, de técnicas quirúrgicas originales que tuvieron buena aceptación internacional.



Cecilia Grierson



Libro de operaciones de Alejandro Posadas del año 1901.

Book of surgeries belonging to Alejandro Posadas, 1901



Pedro Lagleyze

La doctora María Teresa de Gaudino en el 1º Congreso Médico Latinoamericano, año 1930.
 Archivo General de la Nación.

Dr. María Teresa de Gaudino
 at the First Latin American
 Medical Congress, 1930
 National Archives



María T. de Gaudino (1887-1956)

An obstetrician who graduated in 1912, María T. de Gaudino was the first medical teacher in Latin America. She alternated between general practice, surgery and teaching on one side and lectures and publications on the other. She founded the Argentine Federation of University Women in 1936 and was appointed an Extraordinary Professor in 1939, a position she held until her retirement in 1952.

Luis Agote (1868-1954)

On October 9, 1914 Luis Agote carried out the first blood transfusion with added sodium citrate, at the Rawson Hospital. This procedure prevents the coagulation of blood and enables blood extraction from a donor and storage of the blood until it is transfused to a receiver. At the request of Agote, who did not apply for a patent, the Ministry of Foreign affairs informed the world of his find.

Elvira Rawson de Dellepiane (1864-1954)

In 1892, Elvira Rawson de Dellepiane was the second woman to become a physician in Argentina. She was also a remarkable feminist fighter for the equal rights of men and women.

Her medical practice was oriented to women's diseases. She held the position of professor of hygiene and puericulture and founded the first Feminist Centre in the country in 1906, together with Alicia Moreau de Justo.

Pedro Escudero (1877-1963)

Escudero founded the Municipal Institute of Nutrition, which would eventually become a national institute. He was President of the National Academy of Medicine and Member of the Permanent Commission for the Study of Nourishment of the Sick Person, a branch of the International Hospital Association, with headquarters in Brussels.

María T. de Gaudino (1887-1956)

Obstetra graduada en 1912, fue la primera docente médica en América Latina. Su labor alternó la clínica con la cirugía y la docencia con las conferencias y publicaciones. En 1936 fundó la Federación Argentina de Mujeres Universitarias, y en 1939 fue nombrada profesora extraordinaria, cargo que desempeñó hasta 1952, año en que se retiró.

Luis Agote (1868-1954)

Dirigió la primera transfusión de sangre con citrato de sodio, en el Hospital Rawson, el 9 de octubre de 1914. Este procedimiento evitaba la coagulación de la sangre, y permitía extraerla de un dador y envasarla hasta su transfusión a un receptor. A pedido del propio Agote, que no patentó su descubrimiento, el Ministerio de Relaciones Exteriores comunicó al mundo el hallazgo.

Elvira Rawson de Dellepiane (1864-1954)

Fue la segunda mujer en recibirse de médica en la Argentina en 1892, y una destacada luchadora feminista por la igualdad de derechos para hombres y mujeres. Ejerció la medicina orientada hacia las enfermedades femeninas. Fue profesora de higiene y puericultura y fundó el primer Centro Feminista del país en 1906, con Alicia Moreau de Justo.

Pedro Escudero (1877-1963)

Fundó el Instituto Municipal de la Nutrición, que con el tiempo se convertiría en instituto nacional. Fue Presidente de la Academia Nacional de Medicina y Miembro de la Comisión Permanente para el Estudio de la Alimentación del Hombre Enfermo, rama de la Asociación Internacional de los Hospitales, con asiento en Bruselas.



Luis Agote



Pedro Escudero

Los doctores Pedro Escudero y Mariano Castex celebran las bodas de plata en la profesión en el Jockey Club. Archivo General de la Nación.

Drs. Pedro Escudero and Mariano Castex celebrate their silver professional anniversary at the Jockey Club. National Archives

El Correo Argentino homenajeó con sellos conmemorativos a los doctores Cosme Argerich, José María Ramos Mejía, Salvador Mazza y a Carlos Gianantonio.

The Argentinean Post Office paid homage to Drs. Cosme Argerich, José María Ramos Mejía, Salvador Mazza and Carlos Gianantonio, by printing commemorative stamps.



Sara Satanowsky (1892-1971)

Sara Satanowsky is considered a pioneer in the development of infant, orthopedic and traumatologic surgery in our country. She was appointed Head of Infant Orthopedics and Surgery at the Alvarez Hospital in 1935, thus becoming the first woman to reach the position of chief of the surgery service. From this post, she renewed hospital services and trained auxiliary staff.

Manuel Balado (1896-1942)

Balado was the founder of neurosurgery in our country and a pioneer in South America. He was the first to devote himself full-time to neurological surgery. In 1928, he founded the Argentinean Archives of Neurology. He was also the first to obtain electrocorticographic records, while trying to establish citoarchitectural maps.

Carlos Malbrán (1862-1940)

Malbrán was Chief of the Laboratory of the National Department of Hygiene and President of the Public Health Council of the City of Buenos Aires, as well as Full Professor of Bacteriology at the School of Medicine, Deputy Dean and member of the Academy of Medicine. He promoted the Argentine Bacteriologic Institute, founded in 1916 for the diagnosis, treatment and prophylaxis of infectious diseases.

Juan B. Justo (1865-1928)

Justo introduced new surgical techniques in Argentina, such as asepsis through the use of autoclaves for sterilization. He was the first surgeon in Buenos Aires to extirpate a brain tumor successfully. Endowed with exceptional gifts as a surgeon, he is mostly remembered as a politician and founder of the Argentine Socialist Party.

Sara Satanowsky (1892-1971)

Considerada una pionera en la evolución de la cirugía infantil, ortopédica y traumatológica en el país. En 1935 fue nombrada Jefa de Ortopedia y Cirugía Infantil en el Hospital Álvarez, siendo la primera mujer en alcanzar la jefatura de un servicio de cirugía. Desde ese cargo renovó el servicio hospitalario y formó al personal auxiliar.

Manuel Balado (1896-1942)

Fundador de la neurocirugía en nuestro país y pionero en Sudamérica. Fue el primero en dedicarse con exclusividad a la cirugía neurológica. En 1928 fundó los Archivos Argentinos de Neurología. Fue uno de los primeros en obtener registros electro-corticográficos, tratando de establecer mapas citoarquitectónicos.

Carlos Malbrán (1862-1940)

Fue Jefe del Laboratorio del Departamento Nacional de Higiene y Presidente del Consejo de Salud Pública de la Ciudad de Buenos Aires. Profesor titular de Bacteriología en la Facultad de Medicina, Consejero, Vicedecano y miembro de la Academia de Medicina. Fue el impulsor del Instituto Bacteriológico Argentino, fundado en 1916, para el diagnóstico, tratamiento y profilaxis de enfermedades infectocontagiosas.

Juan B. Justo (1865-1928)

Introdujo en la Argentina nuevas técnicas quirúrgicas, como la asepsia a través de la esterilización por autoclave. Fue el primero en Buenos Aires en extirpar con éxito el tumor cerebral. De excepcionales dotes como cirujano, se lo recuerda más como político y fundador del Partido Socialista Argentino.



Carlos Malbrán

Juan B. Justo en su escritorio de trabajo.
Archivo General de la Nación.

Juan B. Justo at his desk
National Archives

Eliseo Cantón (1861-1931)

Cantón was a surgeon, a professor and a politician. His political activity began in his native city Tucumán, as part of the Tucumán Provincial Legislature and continued in the National Chamber of Deputies. As a member of congress, we owe him the law that enabled, through a loan, the waterworks to be built in Tucumán. He also promoted the creation of the law that ordered the construction of the forensic morgue of Buenos Aires. .

Guillermo Rawson (1821-1890)

Physician and hygienist, professor and legislator, Rawson created and directed the Chair of Public Hygiene of the Buenos Aires University. He is considered the pioneer of hygiene and social medicine in Argentina. He was Minister of the Interior for Bartolomé Mitre and was part of the Constituent Convention of 1870. He founded the Argentinean Red Cross.

René Favaloro (1923-2000)

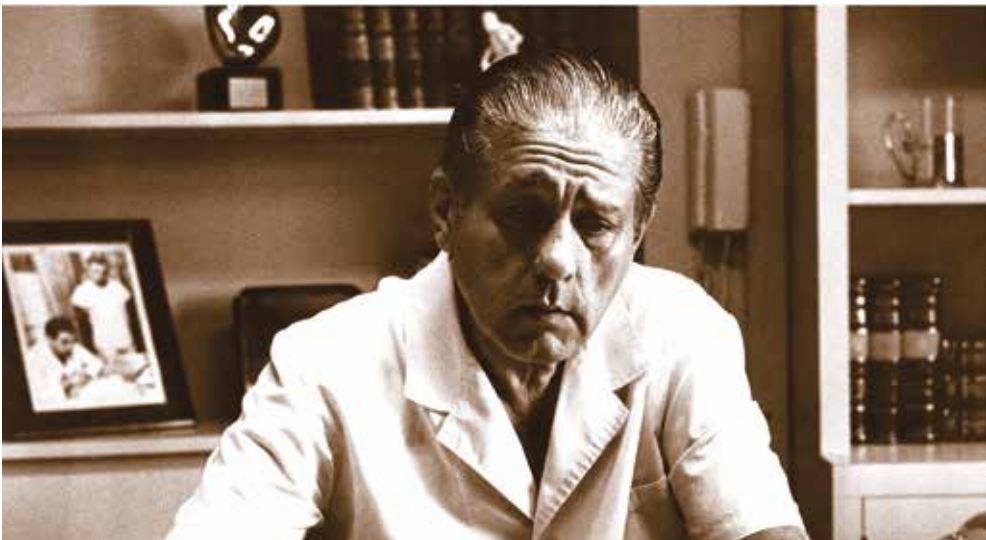
A physician and thoracic surgeon, Dr. Favoloro developed and carried out the first aorta-coronary bypass in the world. The standardization of this technique was the fundamental work of his career, since the procedure radically changed the history of coronary disease. He created the Favaloro Foundation in 1975 and inaugurated the Cardiology and Cardiovascular Surgery Institute in Buenos Aires in 1992.

Carlos Giannantonio (1926-1995)

A famous pediatrician, Giannantonio was a true humanist who struggled indefatigably to improve health care for children and to defend their rights and dignity, beyond any other consideration. He described the Uremic Hemolytic syndrome, an endemic disease that affects small children in our country.



René Favaloro





Los doctores Eliseo Cantón y Montes de Oca.
Archivo General de la Nación.

Drs. Eliseo Cantón and
Montes de Oca
National Archives

Eliseo Cantón (1861-1931)

Médico cirujano, profesor y político. Su actuación política se inició en la Legislatura Provincial de Tucumán, su ciudad natal y continuó en la Cámara de Diputados de la Nación. Como parlamentario, se le debe la ley que permitió costear, con un empréstito, las obras de las aguas corrientes de Tucumán. Fue creador de la ley que mandó a construir la morgue judicial de Buenos Aires.



Eliseo Cantón

Guillermo Rawson (1821-1890)

Médico higienista, profesor y legislador. Creó y dirigió la Cátedra de Higiene Pública de la Universidad de Buenos Aires. Es considerado como el pionero de la higiene y la medicina social en Argentina. Fue ministro del Interior de Bartolomé Mitre y formó parte de la Convención Constituyente de 1870. Fue el fundador de la Cruz Roja Argentina.

René Favaloro (1923-2000)

Médico cirujano torácico; desarrolló y realizó el primer bypass aorto-coronario en el mundo. La estandarización de esta técnica fue el trabajo fundamental de su carrera, ya que el procedimiento cambió radicalmente la historia de la enfermedad coronaria. Creó la Fundación Favaloro en 1975, y en 1992 inauguró en Buenos Aires el Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

Carlos Giannantonio (1926-1995)

Famoso como pediatra, fue un verdadero humanista que bregó incansablemente por mejorar la atención de los niños, y defender sus derechos y su dignidad, más allá de cualquier otra consideración. Giannantonio describió el Síndrome Urémico Hemolítico, una enfermedad endémica en nuestro país que afecta a niños pequeños.



Guillermo Rawson



Alicia Moreau de Justo

Alicia Moreau de Justo (1885-1986)

Alicia Moreau de Justo was the fourth woman physician to be graduated. She created the Women's Commission for Social Hygiene to fight human trafficking. Her public activity took off in the Free-thinking Forum in 1906. She was involved in politics and held on to the socialist ideal throughout her life. When she was 90, she founded the Permanent Assembly for Human Rights.

Alfredo Pavlovsky (1907-1984)

Pavlovsky was co-founder of the International Society of Hematology and discovered A and B types of hemophilia. In 1934, he published his technique of lymph node puncture. In 1957, he founded the Institute of Hematological Investigations, where Etcheverry, Grignaschi, Bachmann, Tezanos Pintos and many others worked.



Eduardo Braun Menéndez (1903-1959) and Juan Carlos Fasciolo (1911-1993)

They were part of a group of investigators of hypertension of nephrogenic origin who discovered hypertensin and its regulatory role in blood pressure. Braun Menéndez was awarded the honorary Doctor Honoris Causa at the University of California. He used a 10-channel electroencephalograph, which was considered the most advanced in the world in 1942.

Teresa María Molina (1905-2000)

Teresa Molina became a graduate Nurse in 1936. Dr. Carrillo designated her as Head of the School of Nursing of the Ministry of Social Assistance and Health in 1947, a position she held for 21 years. She received a grant from the PAHO/WHO to carry out postgraduate studies in United States and Brazil. She organized important medical centers and taught in various schools of nursing. The City of Buenos Aires proclaimed her an Illustrious Citizen.

Nydia Gordillo Gómez (1920-1998)

Nydia Gordillo Gómez graduated in 1943 from the Argentine Red Cross Nursing School. She obtained her BS in Nursing from the National University of Colombia and her Master's Degree in Public Health from the Tulane University in the US. She promoted the creation of the Nursing School of the Córdoba National University, where she held the positions of professor and director. She was the advisor on Nursing of the PAHO/WHO (1974/1977) and founder and member of important professional organizations.



Alicia Moreau de Justo (1885-1986)

Fue la cuarta mujer en recibirse de médica. Creó el Comité Femenino de la Higiene Social para combatir la trata de personas. Inició su actividad pública en el Foro del Libre Pensamiento, en 1906. Fue una mujer política que mantuvo el ideal socialista durante toda su vida. A los 90 años fundó la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos.

Alfredo Pavlovsky (1907-1984)

Cofundó la Sociedad Internacional de Hematología, descubrió las variedades A y B en la hemofilia. Publicó en 1934 su técnica de punción ganglionar. En 1957 fundó el Instituto de Investigaciones Hematológicas. En él trabajaron, además, **Etcheverry, Grignaschi, Bachmann, Tezanos Pintos** y muchos más.

Eduardo Braun Menéndez (1903-1959) y Juan Carlos Fasciolo (1911-1993)

Fueron parte del grupo de investigadores de la hipertensión de origen nefrógeno, que descubrió la hipertensina y su papel regulador de la tensión arterial. Braun Menéndez fue distinguido con el título de Doctor Honoris Causa de la Universidad de California. Utilizó un electroencefalógrafo de 10 canales, que en 1942 fue considerado el más avanzado en el mundo.

Teresa María Molina (1905-2000)

En 1936 obtuvo el título de Enfermera. El Dr. Carrillo la nombró Directora de la Escuela de Enfermería del Ministerio de Asistencia Social y Salud de la Nación en 1947, cargo que ejerció durante 21 años. Fue becada por la OPS/OMS para realizar posgrados en EE.UU. y Brasil. Dirigió la organización de importantes centros médicos y ejerció la docencia en diversas escuelas de enfermería. Fue declarada Ciudadana Ilustre de la Ciudad de Buenos Aires.

Nydia Gordillo Gómez (1920-1998)

Egresó en 1943 de la Escuela de Enfermería de la Cruz Roja Argentina. Obtuvo la Licenciatura en Enfermería en la Universidad Nacional de Colombia y el Master en Salud Pública en la Universidad de Tulane, EE.UU. Impulsó la creación de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba, en la que fue directora y profesora. Fue asesora de Enfermería de la OPS/OMS (1974/1977) y fundadora e integrante de importantes organizaciones profesionales.

Alfredo Pavlovsky



El 16 de noviembre de 2000, en adhesión al Día Nacional de la Enfermera, se hizo un homenaje a la colega María Teresa Molina, "en reconocimiento a su trayectoria y su aporte al servicio de Enfermería".

On November 16, 2000, National Nurses' Day, a tribute was paid to our colleague, María Teresa Molina, "in acknowledgement of her career and contributions to the Nursing service".



LAS POLÍTICAS SANITARIAS ACTUALES ***THE CURRENT HEALTH POLICIES***

La situación de salud de los argentinos ha mejorado notablemente en las últimas décadas, no sólo por los considerables avances del sistema sanitario en términos de cobertura y calidad de atención, sino también por la paulatina mejora en los niveles de desarrollo humano y calidad de vida –actualmente los más altos de América Latina según el Programa Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)–, los que constituyen requisitos indispensables para alcanzar condiciones aceptables de salud.

The health scenario has improved significantly for Argentines in the last decades, not only because of the substantial advances of the health system in terms of coverage and high-grade health care, but also because of the gradual improvement in the levels of human development and quality of life. These levels, according to the United Nations Development Program, are the highest in Latin America and constitute the essential requirements for achieving acceptable health conditions.



Los procesos de transición demográfica y epidemiológica caracterizan a la Argentina en el nuevo siglo. El descenso del crecimiento poblacional, influenciado por las disminuciones en la fecundidad y en la mortalidad, generan el aumento de la población de adultos mayores y el consecuente predominio de problemas ligados al envejecimiento y los estilos de vida modernos, típicos de sociedades desarrolladas tales como enfermedades cardiovasculares, tumores, violencia y adicciones. Problemáticas que coexisten con otras propias de países en desarrollo, como Chagas, mortalidad materna, hepatitis, desnutrición, tuberculosis, dengue y leishmaniasis.

In this century, processes of demographic and epidemiological transition have characterized Argentina. Diminished fertility has caused a decrease in the growth of population, while the similarly diminished rates of mortality have generated an increase in the population of senior adults with the consequent prevalence of problems linked to ageing. Additionally, modern lifestyles typical of developed societies, have made their contribution to the expansion of cardiovascular diseases, tumors, violence and addictions. These problems coexist with Chagas disease, maternal mortality, hepatitis, malnutrition, tuberculosis, dengue fever and leishmaniasis, which are characteristic of developing countries.

La cara norte del edificio donde funcionan los ministerios de Salud y Desarrollo Social de la Nación, con la imagen de Evita inaugurada en 2011.

The north face of the building that houses the National Ministries of Health and Social Welfare, with Evita's image, inaugurated in 2011



Reuniones del Consejo Federal de Salud en Jujuy en Agosto 2010, y en Base Marambio en la Antártida en Noviembre 2010.

Meetings of the Federal Health Council held in Jujuy in August 2010 and in the Marambio Base in Antarctica in November 2010



These health problems do not display homogeneous patterns across the geographical zones of our country. For the inhabitants of the various zones, the risks of suffering some of these diseases vary according to the level of development attained by the different provinces, which is not uniform. Thus, the specific geographical, social, cultural and productive features of the various regions – acknowledged as part of our country’s great wealth – show, on the reverse side, inequalities in the health situation, a fact that poses the need to generate comprehensive responses tending to achieve quality health care, education and human and social development.

THE HEALTH SYSTEM

Our health system has features that set it apart positively. The Argentine system proposes universal coverage by means of which every person residing or traveling in the country is entitled to free health care provided by hospitals and other health centers that the public sub-sector makes available in all the territory. The health system consists of three sub-systems: public, social security and private, a fact that makes it very complex.

The complexity of the system is also a consequence of the federal character of health in Argentina because, in accordance with the Constitution, the provinces are responsible for dealing with health-related issues in their territories. Thus, the existence of 24 provincial health ministries, with as many provincial social security organizations, municipalities with various degrees of decentralization and capacity for planning and financing, together with over 300 national social security funds, PAMI and various private health insurance companies, poses a huge challenge to public health policy and particularly to the governing role of the National Ministry of Health.

In this scene, the role of the Ministry implies the complex task of steering and coordinating the health system as a whole, through measures agreed upon between the Ministry and the provincial jurisdictions, whose purpose is to guarantee the effective compliance with the right to health in the entire country. COFESA (Federal Health Council) is a strategic organization that strives towards that objective. This body, presided by the National Minister, assembles the authorities in the provincial ministries, whose task is to analyze the various health problems in order to reach a consensus on the main guidelines oriented to achieving effective, comprehensive and egalitarian health policies.

Estas problemáticas de salud no muestran patrones homogéneos a lo largo de nuestra geografía. Los riesgos de padecer algunas de ellas, para quienes habitan las diferentes zonas del país, son diferenciales porque el nivel de desarrollo alcanzado por las provincias argentinas no es uniforme. Así, las particulares características geográficas, sociales, culturales y productivas de las distintas regiones –reconocidas como parte de la gran riqueza de nuestro país– expresan como contracara desigualdades en la situación de salud, lo que plantea la necesidad de generar respuestas integrales a favor de una atención sanitaria de calidad, también de la educación y el desarrollo humano y social.

EL SISTEMA SANITARIO

Nuestro sistema de salud cuenta con atributos que lo distinguen positivamente. El sistema argentino propone la cobertura universal, por la cual cualquier persona que resida o transite el suelo nacional, puede recibir asistencia gratuita en los efectores que el subsector público posee en todo el territorio.

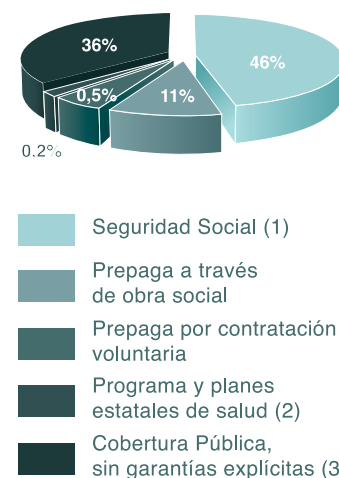
Asimismo, su integración –constituida por tres subsistemas: público, seguridad social y privado–, le otorga una gran complejidad.

La complejidad del sistema también está vinculada al carácter federal que asume la salud en Argentina, dado que constitucionalmente son las provincias las responsables de la conducción y gestión sanitaria en sus territorios.

Así, la existencia de veinticuatro ministerios de salud provinciales, con igual número de obras sociales provinciales, estados municipales con diversos grados de descentralización y capacidad de programación y financiamiento, junto con más de 300 fondos de seguridad social nacional, PAMI y diversas empresas de medicina prepaga, plantea un enorme desafío a la política sanitaria pública y especialmente al rol rector del Ministerio de Salud de la Nación.

En este escenario, dicho rol implica la compleja tarea de conducir y coordinar el sistema sanitario en su conjunto a través de medidas de acción acordadas con las jurisdicciones provinciales para que el efectivo cumplimiento del derecho a la salud sea garantizado en la totalidad del país.

El Consejo Federal de Salud (COFESA) es un órgano estratégico para ese logro. A través de este ámbito, que preside el ministro nacional y que nuclea a las autoridades ministeriales de las provincias, se analizan los diversos problemas de salud de cada una de las jurisdicciones y se consensúan los principales lineamientos orientados al logro de políticas sanitarias eficaces, integradas e igualitarias.



Fuente: Censo 2010 (INDEC/MECON).

Distribución de la población según cobertura de salud por agente prestador. El sistema de salud argentino posee cobertura pública universal, además se integra por los subsistemas de seguridad social y privado.

Notas:

1. Incluye OSN, OSP Y PAMI.
2. Plan Nacer y PROFE.
3. Sólo cobertura pública.

Source: 2010 Census (INDEC/MECON).

Distribution of the population according to health coverage by health provider. The Argentine health system offers universal public coverage with the complement of social security and private sub-systems

Notes:

1. Includes OSN, OSP and PAMI
2. Nacer and PROFE Plans
3. Only public coverage

Reunión del Consejo Federal de Salud llevado a cabo en el Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires, 2009.

Meeting of the Federal Health Council held at the National Ministry of Health in Buenos Aires, 2009



FEDERAL HEALTH PLAN (2004-2007)

In Argentina, the neo-liberal policies implemented in the nineties gave rise to a deep social crisis, which displayed growing inequality in the distribution of income associated with ever-increasing unemployment, poverty and social vulnerability. These, in turn, had a severe impact on the health of the Argentine population. In 2001, the crisis reached unprecedented levels. In the health sphere, it found expression in the fall of the social security organizations, in the critical situation of the public health providers and of PAMI, and in the growing loss of membership of the private prepaid medical insurances, all of which resulted in the increase of demand for health services from the public sub-system. This emergency scene peremptorily required the implementation of profound structural responses. In 2003, Ginés González García, at the time Minister of Health in Dr. Néstor Kirchner's government, formulated the 2004-2007 Federal Health Plan. This reform was progressive and sustainable and had the objective of establishing a model based on the strategy of Primary Health Care (APS) as the most conclusive response for guaranteeing universal access, equitable distribution of resources, quality in the health services and the participation of the community in its own health care.

The APS, in its orientating capacity, has made it possible to address the health problems of Argentines comprehensively by coordinating health care, prevention and promotion while raising the status of the primary health care centers. Additionally, it has contributed to the organization of the services by different levels of complexity, thus boosting the regionalized territorial management of the services.

PLAN FEDERAL DE SALUD (2004-2007)

En Argentina, las políticas neoliberales implementadas en los años '90 derivaron en una profunda crisis social, que se reflejó en una creciente desigualdad en la distribución del ingreso, asociada a problemas de empleo cada vez mayores y a un aumento de la pobreza y la vulnerabilidad social, hechos que impactaron con severidad en las condiciones de salud de los argentinos. En el 2001, la crisis se profundizó hasta niveles impensados. En materia sanitaria se expresó en la caída de las obras sociales, la crisis de los efectores públicos y del PAMI y la desafiliación creciente de los servicios de medicina prepaga, lo que produjo un notable crecimiento de la demanda de atención en el subsistema público.

Ese escenario de emergencia exigió la implementación de respuestas profundas y estructurales. En 2003, el entonces ministro de salud, Gines González García, en el gobierno del Dr. Néstor Kirchner formuló el Plan Federal de Salud 2004-2007, una reforma progresiva y sustentable, cuyo fin fue establecer un modelo basado en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), como la respuesta sanitaria más contundente para garantizar el acceso universal, la distribución equitativa de recursos, la calidad de la atención y la participación de la comunidad en el cuidado de su salud.

La APS como orientadora del sistema no sólo ha posibilitado abordar integralmente – mediante la articulación de la asistencia, la prevención y la promoción –, las problemáticas sanitarias de los argentinos, jerarquizando el rol de los centros de salud del primer nivel de atención, sino también contribuir a organizar los servicios por distintos niveles de complejidad, aportando así a un ordenamiento territorial regionalizado.



2004

Dr. Néstor Kirchner, Presidente de la Nación 2003-2007, junto al Ministro de la cartera sanitaria Dr. Ginés González García, durante el lanzamiento del Plan Federal de Salud 2004-2007.

Néstor Kirchner, President of Argentina 2003-2007, together with the Minister of Health, Dr. Ginés González García, during the launching of the Federal Health Plan 2004-2007



Entrega del Botiquín 1.000.000 del Programa Remediar en Purmamarca, Jujuy, en Abril 2010. El Ministro de Salud Dr. Juan Manzur y el Ministro de Salud de Jujuy Dr. Víctor Urbani.

First-aid kit No. 1,000,000 of the Remediar Program is handed out in Purmamarca in April 2010
The Minister of Health, Dr. Juan Manzur and the Minister of Health of the province of Jujuy, Dr. Víctor Urbani

NATIONAL MEDICATION POLICY

It was imperative during the severe 2002 emergency, which prevented the majority of the Argentines from having access to prescription drugs, to respond by formulating a policy to guarantee the accessibility of these essential goods to the entire population and to promote their rational use.

The Law of Prescription Drugs by Generic Name and the *Programa Remediar* (Remedying Program), were the main pillars of this policy. The first measure contributed to reduce the prices of prescription drugs significantly. Prior to the Law, the use of prescription drugs marketed with brand names led to a disproportionate increase of health-related expenditure.

The creation of the Program, the world's largest program of free medication supply, not only simultaneously guaranteed free access to quality medication to the poorer sectors of the population and to those that were not covered by social security, but also provided an incentive to the demands for consultations at the network of primary health care centers.

Since the launching of the program, the number of consultations dealt with by health centers has grown substantially, while over fifteen million people have received the free prescription drugs intended to cover 80% of the primary care consultations.



POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS

Una de los imperativos planteados para responder a la severa emergencia del 2002, que impedía que los medicamentos estuvieran al alcance de gran parte de los argentinos, fue la formulación de una política tendiente a garantizar la accesibilidad de toda la ciudadanía a estos bienes esenciales, así como también a promover un uso racional de los mismos.

La Ley de Prescripción de Medicamentos por Nombre Genérico y el Programa Remediar –implementado en centros de atención primaria– fueron los principales pilares de esta política. La primera medida contribuyó a reducir significativamente los precios de los fármacos, dado que hasta entonces la utilización exclusiva de marcas comerciales inducía un incremento desproporcionado del gasto en salud. Simultáneamente, la creación de Remediar –el mayor programa de provisión gratuita de medicamentos del mundo–, no sólo garantizó a los ciudadanos en situación de pobreza o sin cobertura de obra social el acceso gratuito a fármacos de calidad, sino que también incentivó la demanda de consultas a la red asistencial del primer nivel de atención.

Desde el lanzamiento del programa, el número de consultas atendidas en centros de salud creció significativamente y en sus años de existencia ha dado cobertura a más de quince millones de personas, que reciben gratuitamente los fármacos destinados a cubrir el 80 por ciento de las consultas del primer nivel de atención.

Depósitos del Programa Remediar, que a fines de 2012 llevaba distribuidos más de 1.500.000 botiquines a los 7.000 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de las 24 provincias argentinas.

Warehouses of the Remediar Program, which at the end of 2012 had distributed more than 1,500,000 first-aid kits to the 7,000 Centers for Primary Health Care in the 24 Argentinean provinces.

TRAZABILIDAD DE LOS MEDICAMENTOS

THE TRACEABILITY SYSTEM OF PRESCRIPTION DRUGS

La decisión de la Presidenta Cristina Fernández de poner en marcha en 2011 la trazabilidad de los medicamentos, un eficaz sistema de control y seguimiento, ha posibilitado profundizar la política integral iniciada en 2002 y posicionar a Argentina –uno de los pocos países que la implementa–, a la vanguardia de la región.

La obligación de las empresas de establecer un código único, inmodificable e intransferible para cada unidad de producto, –que se incorpora a la base de datos de la Administración Nacional de Alimentos, Medicamentos y Tecnología Médica (ANMAT) del ministerio de Salud de la Nación– permite controlar la totalidad del recorrido de los medicamentos, desde su origen hasta que llegan a manos de los usuarios, quienes telefónicamente, por Internet o mensajes de texto de sus celulares, pueden consultar acerca de la seguridad de estos productos.

Así, esta iniciativa que desalienta el robo y contrabando y detecta desvíos de la cadena legal de comercialización, brinda seguridad a los usuarios, evitando el severo riesgo para la salud que genera el consumo de fármacos adulterados.

President Cristina Fernández made a decision to set the traceability of prescriptions drugs in motion in 2011. This effective control and follow-up system has made it possible to develop the comprehensive policy launched in 2002 even further and to place Argentina – one of the few countries to implement such a policy – at the forefront in the region.

It is mandatory for the companies to establish a single unalterable and non-transferable code for each unit of the product. The database of the National Administration of Food, Prescription Drugs and Medical Technology (ANMAT) of the Ministry of Health registers the code that allows the control of the entire route of the medication, from its origin to the moment it reaches the users' hands. The consumers can then verify the safety of these products via telephone, Internet, or text messages from their mobile phones.

Thus, this initiative, which discourages theft and smuggling and detects any deviation from the legal supply chain, offers safety to users and avoids severe risks to health that could be generated by the consumption of adulterated prescription drugs.



Biotorio de la ANMAT utilizado para distintas investigaciones científicas. A partir de la puesta en marcha de la trazabilidad de medicamentos en 2011, el recorrido de los fármacos es monitoreado desde el inicio hasta el final de su recorrido.

The ANMAT Laboratory Animal Facility used for different scientific investigations. As from the launching of prescription drugs traceability in 2011, the medication is monitored from the beginning to the end of its journey.

PROGRAMA NACIONAL PARA LA PRODUCCIÓN PÚBLICA DE MEDICAMENTOS, VACUNAS Y PRODUCTOS MÉDICOS

NATIONAL PROGRAM FOR THE PUBLIC PRODUCTION OF PRESCRIPTION DRUGS, VACCINES AND OTHER MEDICINAL PRODUCTS

A lo largo de estos años, los laboratorios públicos que proveen los medicamentos al Programa Remediar, consolidaron notablemente su capacidad productiva. En algunos de los principales –ubicados en las provincias de Córdoba, Formosa, Misiones, San Luis y Santa Fe–, la producción registró un crecimiento del 682%, pasando de 90 a 620 millones de unidades entre 2003 y 2010.

La producción de estos laboratorios es sumamente amplia y diversificada, ya que elaboran antibióticos, analgésicos, remedios para la diabetes y el hipotiroidismo, antiinflamatorios y cremas, hemoderivados (especialidades derivadas de la sangre), vacunas y sueros (antiofídicos, antiarácnicos, antibotulínicos y antidiftéricos) y medicamentos huérfanos, (productos que por su escasa demanda o elevado costo, dejan de ser producidos por la industria farmacéutica).

Además, en 2011 el Congreso de la Nación sancionó la Ley 26.688, que tiene como objetivos promover la accesibilidad a medicamentos, vacunas y productos médicos y propiciar el desarrollo científico y tecnológico a través de laboratorios de producción pública, además de definir prioridades en líneas estratégicas de producción, teniendo en cuenta los distintos perfiles epidemiológicos y estacionales de las regiones de nuestro país.

Throughout these years, public laboratories that supply medication to the *Programa Remediar* consolidated their productive capacity remarkably. In some of them, located in the provinces of Córdoba, Formosa, Misiones, San Luis and Santa Fe, production showed an increase of 682%, moving from 90 million to 620 million units between 2003 and 2010.

The production at these laboratories is extremely wide and diverse, since they produce antibiotics, painkillers, medication for diabetes and hypothyroidism, anti-inflammatory drugs and creams, blood by-products, vaccines and serums (anti-venoms for snakes and spiders, anti-botulinum and anti-diphtheria serums) and orphan medicinal products. The pharmaceutical industry stops producing the latter because of their high cost or because they are in scant demand.

Additionally, in 2011 the National Congress sanctioned Law 26,688, whose objective is to promote accessibility to medication, vaccines and other medicinal products and to create a favorable atmosphere for scientific and technological development through laboratories of public production. The Congress also defined priorities along strategic production lines, taking into account epidemiological and seasonal profiles in the various regions of our country.

PROGRAMA NACIONAL DE MUNICIPIOS Y COMUNIDADES

El Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables se constituye en una plataforma de acción para el fortalecimiento de las capacidades en salud de los gobiernos municipales, desplegando una serie de herramientas y dispositivos para el mejoramiento de las gestiones.

El Programa se despliega en todo el territorio de la República Argentina como una estrategia política basada en acuerdos de gestión y consensos de trabajo entre diferentes jurisdicciones y actores, con vistas a la implementación, a nivel local, de políticas públicas de Promoción de la Salud.

De esta manera se busca abordar las áreas de acción prioritarias en Promoción de la Salud y de especial relevancia para el espacio local, a través de acciones de capacitación, sensibilización, asistencia técnica, financiamiento de proyectos, coordinación con otros programas nacionales, acciones de comunicación y difusión, entre otras.

THE NATIONAL PROGRAM FOR HEALTHY MUNICIPALITIES

The National Program for Healthy Municipalities and Communities is a platform of action for strengthening the health care capacities of municipal governments and displays a series of tools and mechanisms intended to improve health management.

The Program is deployed in the entire territory of Argentina as a strategic policy based on management agreements and working consensuses between the different jurisdictions and actors, with a view to the implementation of Health Promotion public policies at a local level.

In this way, the Program seeks to address the areas of action with top priority in Health Promotion, particularly those relevant to the local community. The actions will consist of training, sensitization, technical assistance, financing projects, coordinating with other national programs, communication and dissemination, among others.



Profesionales del Programa Médicos Comunitarios brindan charlas a la comunidad sobre acciones de promoción y prevención de la salud.

Professionals belonging to the Community Physicians Program give talks to the community on promotion and prevention of health.

COMMUNITY PHYSICIANS PROGRAM

In the framework of Primary Health Care as State policy, the National Ministry of Health set the Community Physicians Program in motion in 2004, jointly with provincial and municipal governments and with public and private universities in Argentina. The objective of the Program is to strengthen the professional training of the medical staff in the primary level of health care.

As part of the program, which comprises 2,100 Health Centers and Centers for Community Integration throughout the country, 9,000 professionals carry out health care activities and prevention and promotion work with the participation of the community. They also identify and subsequently follow up vulnerable families in their respective areas. Additionally, and as from the creation of the Community Physicians Program, medical assistants and nursing auxiliaries have joined the providers of primary level health care, together with members of the indigenous peoples, whose communities chose them and who assumed the role of indigenous health promoters through an intercultural approach.

From the time of its launching, the Community Physicians Program has trained over 10,000 professionals, many of whom have joined the workforce of the municipal or provincial jurisdictions.

PROGRAMA MÉDICOS COMUNITARIOS

En el marco de la Atención Primaria de la Salud como política de Estado, el Ministerio de Salud de la Nación puso en marcha en 2004 junto a gobiernos provinciales, municipios y universidades públicas y privadas de la Argentina, el Programa Médicos Comunitarios (PMC), destinado a fortalecer la formación de los profesionales del primer nivel de atención.

En el marco de este programa, 9.000 profesionales desarrollan en 2.100 Centros de Salud y Centros de Integración Comunitaria (CICs) de todo el país actividades asistenciales, tareas de prevención y promoción de la salud con la participación de la comunidad y búsqueda activa y seguimiento de familias vulnerables en sus respectivas áreas. Además, a partir del PMC se han incorporado a los efectores del primer nivel de atención agentes sanitarios, auxiliares de enfermería y miembros de pueblos originarios –que elegidos por sus comunidades, y desde un abordaje intercultural– asumen el rol de promotores de salud indígenas.

Desde su puesta en marcha, el PMC ha capacitado a más de 10.000 profesionales, muchos de los cuales fueron incorporados a los planteles de recursos humanos de las jurisdicciones municipales o provinciales.



Más de 10.000 efectores de salud fueron capacitados a través del Programa Médicos Comunitarios. Muchos efectores del primer nivel de atención asisten a la población en los hogares.

Over 10,000 health providers received training through the Community Physicians Program. Many first-level health care providers give medical assistance to the population in their homes.



Presidenta Cristina Fernández de Kirchner en Hospital Abete del partido de Malvinas Argentinas, provincia de Buenos Aires.

President Cristina Fernández de Kirchner at the Abete Hospital in the Malvinas Argentinas district of the Province of Buenos Aires

El *Plan Nacer* brinda cobertura sanitaria gratuita a embarazadas, puérperas y niños menores de 6 años.

The Birth Plan (*Plan Nacer*) offers free health coverage to pregnant women, women who have just given birth and children under the age of six.

MATERNAL AND INFANT CARE: THE PLAN NACER

The improvement in the condition of maternal and infant health – one of the axes of priority of the current health policy – takes shape through *Plan Nacer*, implemented as from 2005 to foster accessibility to health care for pregnant women, women who have just given birth and children under the age of six in Argentina. *Plan Nacer* received a boost in 2012 through the enforcement of *Plan Sumar*, which benefits children and adolescents up to the age of 19 and women up to the age of 64, with a targeted population of 9,000,000 beneficiaries.

The program constitutes public health insurance for the maternal and infant population and a financing model based on results. It prioritizes Primary Health Care, the efficacy of the system and the effective use of the services by the population.

Throughout these years, this public policy finalized transfers for 522 million pesos and financed 21 million clinical practices.

The Asignación Universal por Hijo para Protección Social (Universal Benefits for Children as Social Protection) is a cash benefit that unemployed and non-standard workers with children under the age of 18 receive. This plan, promoted by President Cristina Fernández in 2009, resulted in a high increase in the number of children enrolled in *Plan Nacer*. Since the plan was put into operation, over 1.5 million children were enrolled. This represents a 70% increase with respect to 2008 and a phenomenal growth in health and vaccination control in the infant population.

The Asignación Universal por Embarazo (Universal Benefits for Pregnant Women plan), created in 2011, provides coverage in the whole country for unemployed women who receive no other family assistance benefits. The plan, which favors an equitable access to vaccination, health controls and the education of the targeted women, has had a positive impact and helped reduce maternal and infant mortality.



PLAN NACER

La mejora de la situación de salud materna e infantil –uno de los ejes prioritarios de la actual política sanitaria–, se plasma a través del Plan Nacer, implementado a partir del 2005 para favorecer la accesibilidad a los servicios de mujeres embarazadas, puérperas y niños menores de 6 años en Argentina y potenciado en 2012 con el Programa Sumar, ampliación del Plan Nacer, que incorpora como beneficiarios a los niños y adolescentes hasta los 19 años y a las mujeres hasta los 64 años con una población objetivo de 9 millones de beneficiarios.

El programa es un seguro sanitario público para la población materno- infantil, y un modelo de financiamiento basado en resultados, que prioriza la estrategia de la APS, la eficacia del sistema y la utilización efectiva de los servicios por parte de la población.

A lo largo de estos años, esta política pública concretó transferencias por 522 millones de pesos y fueron financiadas 21 millones de prácticas médicas.

La Asignación Universal por Hijo para Protección Social –prestación monetaria destinada a desocupados y trabajadores informales con hijos menores de 18 años– impulsada por la Presidenta Cristina Fernández en 2009, se tradujo en un alto incremento de la inscripción de niños en el Plan Nacer. Desde su puesta en marcha fueron inscriptos cerca de 2 millones de beneficiarios, lo que representa un 70% de crecimiento con respecto a 2008 y un fenomenal aumento en los controles de salud y la vacunación en la población infantil.

La incorporación en 2011 de la Asignación Universal por Embarazo –prestación dineraria destinada a mujeres embarazadas sin empleo formal u otra asignación familiar de todo el país–, también ha tenido un positivo impacto en la disminución de la mortalidad materna e infantil, al favorecer el acceso equitativo a las vacunas, los controles de salud y la educación de las mujeres.

sumar

es más
salud pública

Logo Programa Sumar

Desde la puesta en marcha del *Plan Nacer* en 2005, y de su continuidad con el *Programa Sumar* en 2012, más de un millón y medio de personas cuentan con un seguro sanitario.

Over 1,500,000 people have health insurance as from the start-up of *Plan Nacer* in 2005 and of its sequel, the *Plan Sumar* in 2012.





A través de los audífonos y de los implantes cocleares que provee el Ministerio de Salud, los niños que nacen con hipoacusia pueden ser tratados para recuperar la audición.

Children who are born with hearing impairments receive treatment through the hearing aids and the cochlear implants provided by the Ministry of Health.

PROGRAMA NACIONAL DE DETECCIÓN TEMPRANA Y ATENCIÓN DE LA HIPOACUSIA

Este programa formulado en 2010, está orientado a favorecer el diagnóstico y tratamiento temprano de la hipoacusia, además de garantizar audífonos e implantes cocleares en forma totalmente gratuita a los niños con signos de disminución auditiva, que no poseen cobertura social.

En la Argentina, se estima que cada año nacen entre 700 y 2.100 niños con problemas auditivos con distintos niveles de gravedad.

La reglamentación por parte de la Presidenta de la Nación, Cristina Fernández en 2011, de la Ley de Hipoacusia (25.415), que establece el derecho de todo recién nacido a que se estudie tempranamente su capacidad auditiva y se le brinde tratamiento, no sólo ha dado fuerte impulso al programa que implementa el Ministerio de Salud de la Nación, sino también ha establecido la obligatoriedad de la detección y tratamiento de la hipoacusia infantil, para obras sociales y entidades de medicina prepaga.

La universalización del diagnóstico oportuno y del acceso a audífonos e implantes cocleares posibilitará que los niños que padecen esta problemática se desarrollen plenamente, accediendo a las mismas oportunidades que el resto de los niños argentinos.

NATIONAL PROGRAM FOR THE EARLY DETECTION AND TREATMENT OF HEARING IMPAIRMENT

This program, formulated in 2010, is oriented to fostering early diagnosis and treatment of hearing impairments and to guaranteeing the supply of hearing aids and the possibility of cochlear implants free of charge to children who show signs of hearing loss and do not have social health care coverage.

In Argentina, between 700 and 2,100 children are born with hearing problems of different levels of severity.

In 2011, President Cristina Fernández promoted the regulation of the Law of Hearing Impairment (25,415), which establishes the right of every newborn baby to have his/her hearing tested and to receive treatment. The program, implemented by the Ministry of Health, has not only received a strong boost, but has also established the compulsory nature of detection and treatment of infant hearing impairment for the social security organizations and the prepaid medical insurance companies.

All-inclusive timely diagnosis and the access to hearing aids and cochlear implants will make it possible for children suffering from hearing impairment to develop to their full potential through the access to the same opportunities as the rest of the Argentine children.



Las mujeres en edad reproductiva pueden atenderse en los consultorios de salud sexual que funcionan en todo el país.

Women in childbearing age can receive medical attention in the sexual health consulting rooms operating in the whole country.

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE

Este programa creado por la Ley Nacional N° 25.673 de 2002, permitió fortalecer los programas provinciales e incrementar los establecimientos sanitarios que brindan este tipo de servicios. En la actualidad, en el 90 por ciento de los efectores de salud del país, existen consultorios de salud sexual y reproductiva.

Avanzar en estas políticas implica que las personas conozcan sus derechos sexuales y reproductivos, y que la atención en los servicios sea adecuada. Por eso, se diseñaron estrategias de capacitación, tanto para equipos de salud como para ámbitos comunitarios. Sólo en el año 2010 se llevaron adelante 87 acciones de formación destinadas a más de 3.000 mil integrantes de equipos de salud.

Asimismo, como parte de las estrategias de difusión de los derechos sexuales y reproductivos y para favorecer el acceso de la población al sistema de salud, en mayo de 2010 se lanzó la línea de atención telefónica nacional, gratuita y confidencial 0800-222-3444, que en su primer año atendió más de cuatro mil consultas.

THE NATIONAL SEXUAL HEALTH AND RESPONSIBLE PROCREATION PROGRAM

This program, created by National Law 25,673 in 2002, strengthened the provincial programs and increased the number of health establishments that provide this type of assistance. At present, 90% of the health centers in the country have sexual and reproductive health consultation services.

To make progress in these policies implies that people must become aware of their sexual and reproductive rights and that the care provided in the health centers must be adequate. To that end, training strategies were designed for both the health care teams and the community. In 2010 only, 87 actions aimed at providing training to over 3,000 members of the health teams were carried out.

Likewise, as part of the strategies for spreading awareness of sexual and reproductive rights and for fostering the access of the population to the health system, the program launched a national, free and confidential telephone helpline (0800-222-3444), which answered over 4,000 medical consultations.



Presidenta Cristina Fernández de Kirchner en el Hospital Zonal General de Agudos “Mariano y Luciano de la Vega”, Moreno, provincia de Buenos Aires.

President Cristina Fernández de Kirchner at the Acute Care Regional General Hospital “Mariano y Luciano de la Vega”, Moreno, Province of Buenos Aires

PLAN PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNO INFANTIL, DE LAS MUJERES Y DE LAS ADOLESCENTES

En el mismo sentido, este plan creado en 2009, posibilita a partir de la identificación de las principales causas de mortalidad de estos grupos, que el Ministerio de Salud de la Nación y las gestiones provinciales establezcan conjuntamente las metas a alcanzar y ejecuten las acciones más eficaces para su logro.

Entre sus objetivos se encuentran disminuir la mortalidad infantil en sus dos componentes: neonatal y postneonatal; la mortalidad materna; el embarazo en la adolescencia no planificado; y la incidencia y mortalidad por cáncer cérvico-uterino.

A través de esta iniciativa, el Ministerio brinda asistencia técnica y acompañamiento a las gestiones provinciales, al tiempo que éstas definen los índices de reducción de la mortalidad que pueden alcanzar y ejecutan todas las acciones comprometidas para dicho logro.

El plan se potencia con las múltiples estrategias existentes que han puesto en marcha las distintas jurisdicciones para incidir en el mejoramiento de la salud de niños, niñas, adolescentes y mujeres, entre las cuales, la promoción de la lactancia materna, el aseguramiento de las condiciones obstétricas neonatales esenciales, las maternidades centradas en la familia, la regionalización de los servicios de neonatología y el mejoramiento de la vinculación entre los distintos niveles de atención son las esenciales.

THE PLAN FOR REDUCING MATERNAL AND INFANT MORTALITY IN WOMEN AND ADOLESCENTS

In the same sense, this plan created in 2009 makes it possible, as from the identification of the main causes of mortality in women and adolescents, for the Ministry of Health and the provincial administrations to establish the goals to reach and to execute the most effective actions to achieve them jointly.

The reduction of infant mortality in its two components, neonatal and postnatal and of maternal mortality, non-planned adolescent pregnancy and the incidence of cervical and uterine cancer and ensuing mortality are among the objectives of the plan. Through this initiative, the Ministry offers technical assistance and underpins the provincial administrations while the latter define the indices of reduction in the rate of mortality they will be able to reach and carry out the actions they have pledged to accomplish in order to achieve their objectives.

The multiple existing strategies set in motion by the different jurisdictions to improve the health of boys, girls, adolescents and women fuel the plan. The essential strategies include the promotion of breastfeeding, the ensuring of essential neonatal obstetrical conditions, the availability of family-centered maternity hospitals, the regionalization of neonatology services and the improvement of the links between the different levels of assistance.

PROGRAMA NACIONAL DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS

NATIONAL PROGRAM OF CONGENITAL CARDIOPATHIES

Este programa impulsado en 2008 por la Presidenta de la Nación Cristina Fernández, es otra de las iniciativas orientadas a la mejora de la salud infantil, ya que garantiza la atención integral de todos los niños del país que padecen estas patologías y no cuentan con obra social.

A partir del año 2010, el Ministerio de Salud de la Nación decidió continuar y profundizar, a través del Plan Nacer, los resultados alcanzados por el Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas, con el propósito de fortalecer el sub-sector público y garantizar que todos los niños y niñas que padecen una cardiopatía congénita tengan acceso a una atención integral y de calidad independientemente del lugar donde nazcan o residan.

En los últimos dos años de implementación del Programa se han intervenido quirúrgicamente a más de 3.800 niños y niñas en los 17 hospitales públicos que integran la Red Nacional de atención de esta patología en el país, cuya calidad de atención se encuentra garantizada, logrando resultados muy satisfactorios en la reducción de la mortalidad infantil. Asimismo, estos establecimientos han recibido recursos por 48 millones de pesos, destinados al fortalecimiento de la atención integral de las cardiopatías congénitas.

This program, promoted in 2008 by President Cristina Fernández, is another of the initiatives that were oriented to the improvement of infant health, because it guarantees the comprehensive health care of all the children in the country who suffer from these pathologies and have no social security coverage.

As from 2010, The Ministry of Health decided to continue and expand, through the *Plan Nacer*, the results obtained by the National Program of Congenital Cardiopathies. Its purpose was to strengthen the public sub-sector and guarantee that boys and girls suffering from congenital cardiopathy have access to comprehensive health care of high quality, irrespective of the place where they were born or where they live.

In the last two years of implementation, the program made it possible for surgeries to be performed on more than 3,800 boys and girls in the 17 public hospitals that make up the National Network that provides care for this pathology in the country, whose proven quality care has achieved very satisfactory results in the reduction of infant mortality. Likewise, those establishments received 48 million pesos in funding for boosting the comprehensive care of congenital cardiopathies.

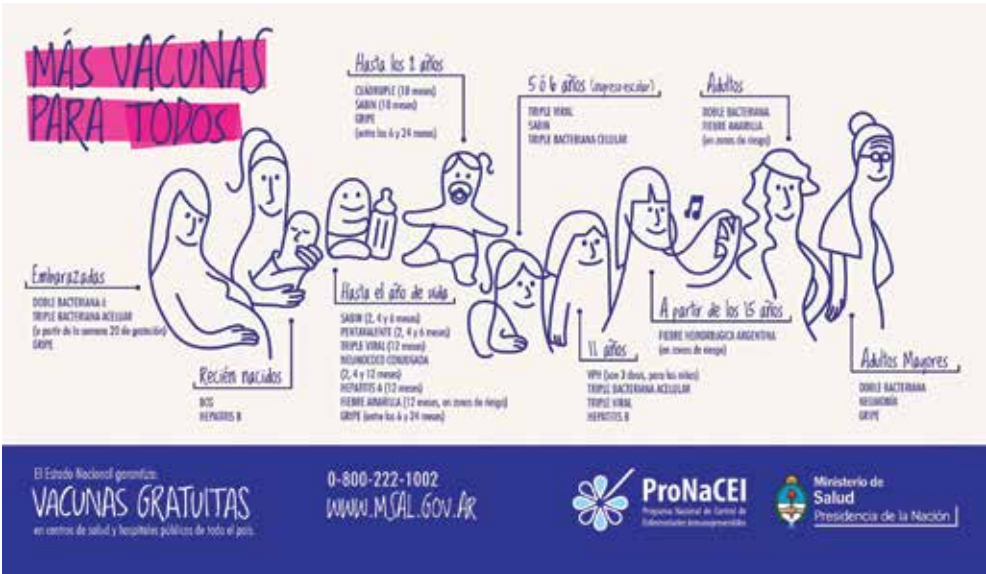


A través del *Plan Nacer*, miles de niños fueron intervenidos quirúrgicamente por cardiopatías congénitas a partir del 2010.

Through the *Plan Nacer*, thousands of children underwent surgery for congenital heart diseases as from 2010.

Material gráfico del Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (ProNaCei) 2012.

Graphic material of the National Program for the Control of Vaccine-preventable Diseases (ProNaCei) 2012



Presidenta de la Nación Dra. Cristina Fernández de Kirchner. Campaña de vacunación antigripal 2011.

President Cristina Fernández de Kirchner during the 2011 flu vaccination campaign

MORE VACCINES FOR PROTECTING THE POPULATION

Another fundamental pillar in the health policy developed since 2003 by the Ministry of Health, through the Program for the Control of Vaccinable Diseases, is to guarantee the protection of the entire population throughout their lifetime and particularly to protect children and pregnant women by means of free and compulsory vaccination.

Throughout the 2003-2011 period, this objective made remarkable progress, to such an extent that out of the 16 vaccines currently on the Compulsory Vaccination Calendar, ten (Hepatitis B and Triple Viral Vaccine at the age of 11, Hepatitis A, Yellow Fever, Argentine Hemorrhagic Fever, Pentavalent Vaccine, Combined Diphtheria-Tetanus-Acellular Pertussis Vaccine, Influenza, Pneumococcal and HPV vaccines) joined the list in that period, thus generating an unprecedented event in public health. Never before had so many vaccines become part of the vaccination calendar in such a short period.

One of the most important vaccines, in terms of its benefits for infant health, is the one against Hepatitis A. Since its introduction in 2005, not only did the cases drop from 60,000 to 500 annually, but also since March 2007, there were no liver transplants caused by this disease performed on children.

MÁS VACUNAS PARA PROTEGER A LA POBLACIÓN

Garantizar la protección de toda la población en todas las etapas de la vida –y en especial de los niños y embarazadas– mediante la vacunación gratuita y obligatoria constituye otro de los pilares fundamentales de la política sanitaria desarrollada desde 2003 por el ministerio de Salud de la Nación, a través del Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

A lo largo del periodo 2003 – 2011 se ha avanzado notablemente en la materia, a tal punto que de las dieciséis vacunas que actualmente integran el Calendario Obligatorio, diez (Hepatitis B y Triple Viral a los 11 años, Hepatitis A, Fiebre Amarilla, Fiebre Hemorrágica Argentina, Pentavalente, Triple Bacteriana Acelular, Gripe, Neumococo y VPH), fueron incorporadas en dicho lapso, generando un hecho inédito en la salud pública, ya que nunca antes se habían sumado tantas vacunas en un lapso de tan corto de tiempo.

Una de las vacunas más relevantes en términos de los beneficios para la salud infantil es la de la Hepatitis A. Desde que se introdujo en 2005, no sólo los casos se redujeron de 60.000 a 500 anualmente, sino que también desde marzo del 2007 no se realizaron trasplantes de hígado en niños, a causa de esta enfermedad.



En el inicio del ciclo lectivo 2011, el Ministro de Salud Dr. Juan Manzur aplica una dosis de vacuna Sabin oral.

At the beginning of the 2011 school year, the Minister of Health, Dr. Juan Manzur, is seen applying a dose of oral Sabin vaccine.



Lanzamiento Nacional de la X Semana de Vacunación de las Américas, La Quiaca, Jujuy, abril 2012.

People over the age of 15 must have the Double Bacterial Vaccine, while those living in risky zones, must receive the Yellow Fever and the Argentine Hemorrhagic Fever vaccines.

The influenza vaccine joined the National Vaccine Calendar in 2011 to protect pregnant women, mothers of under-six-month-old babies, children between the age of six months and two years, people suffering from chronic diseases and people over the age of 65, together with health care staff. All the previously mentioned groups are subject to influenza and respiratory infections that can lead to severe complications.

The vaccine against Pneumococcus, which prevents the most common cause of meningitis and pneumonia, for all children over the age of two years offers protection against an extremely dangerous bacteria which produced 20,000 cases of pneumonia in 2009 and 483 deaths and 122 cases of meningitis, with important auditive and neurological long-term effects, as well as 17 deaths.

As from 2011 and the incorporation of the Human Papillomavirus vaccine (HPV) that prevents cervical and uterine cancer, Argentina became one of the first Latin American countries to include it in the Compulsory Calendar. Vaccination of all girls at the age of 11 will help prevent the 3,000 yearly cases and the deaths of 1,700 women in the same period because of this type of cancer.



Lanzamiento Nacional de la incorporación al Calendario Obligatorio de la vacuna para el Virus del Papiloma Humano en Iguazú, Misiones, en 2011 (Dr. José Guccione, Ministro de Salud de Misiones y Dra. Carla Vizzoti, Jefa del ProNaCei).

National launching of the addition to the Compulsory Calendar of the vaccine for the Human Papillomavirus Virus in Iguazú, Misiones in 2011 (Dr. José Guccione, Minister of Health for Misiones and Dr. Carla Vizzoti, Chief of ProNaCei)

La vacuna antigripal fue incorporada al calendario nacional de vacunación en 2011, para proteger a mujeres embarazadas, madres de bebés menores de 6 meses, niños entre 6 meses y dos años, personas con dolencias crónicas y mayores de 65 años, personal de salud, grupos en los que la gripe y otras infecciones respiratorias pueden producir severas complicaciones.

La vacuna conjugada contra el Neumococo para todos los niños mayores de dos años –que previene la causa más frecuente de meningitis y neumonía,– brinda protección frente a una bacteria sumamente peligrosa que produjo en 2009 20.000 casos de neumonía y 483 fallecimientos, y 122 casos de meningitis, con importantes secuelas auditivas y neurológicas y 17 decesos.

A partir de la incorporación en 2011 de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), –que previene el cáncer cérvico uterino–, Argentina se convierte en uno de los primeros países latinoamericanos en incluirla en el Calendario Obligatorio. La vacunación de todas las niñas de 11 años de edad contribuirá a prevenir los 3.000 casos que ocurren anualmente y los fallecimientos de 1.700 mujeres en el mismo periodo, originados por este tipo de cáncer.



Hospital Municipal de Trauma y Emergencia Dr. Abete, municipio de Malvinas Argentinas, durante la pandemia de Gripe A (H1N1) de 2009. Presidenta Cristina Fernández de Kirchner, Ministro de Salud de la Nación Juan Manzur y Gobernador de la provincia de Buenos Aires Daniel Scioli.

Trauma Care and Emergencies Municipal Hospital Dr. Abete in the Malvinas Argentinas district, during the 2009 Influenza A (H1N1) pandemic – President Cristina Fernández de Kirchner, Health Minister Juan Manzur and Daniel Scioli, Governor of the Province of Buenos Aires

LA ESTRATEGIA PARA ENFRENTAR LA PANDEMIA DE GRIPE A (H1N1)

En abril de 2009 un nuevo virus de la gripe fue detectado en México. Casi dos meses después, el 11 de junio de 2009, la Organización Mundial de la Salud (OMS) –a partir de la extendida diseminación del virus en más de 70 países–, declaró la pandemia de influenza. En la Argentina, el primer caso se detectó el 7 de mayo de 2009 entre pasajeros que regresaban de México y el pico de transmisión se produjo entre el 20 de junio y el 3 de julio, con circulación generalizada del virus en todo el país.

La pandemia constituyó una severa contingencia sanitaria que impulsó a tomar agresivas medidas por parte del Gobierno Nacional. Una de las primeras fue el adquirir más de un millón de tratamientos antivirales y otros equipamientos médicos, así como también contratar médicos y enfermeros para dar respuesta a la sobredemanda a los efectores públicos de todo el país.

La puesta en marcha de un comité de crisis, integrado por miembros de las sociedades científicas, permitió monitorear la evolución de la gripe y unificar los criterios de diagnóstico y tratamiento en todo el país.

El adelantamiento del receso de invierno para todos los niveles educativos y el otorgamiento de licencias preventivas a trabajadoras embarazadas, pacientes inmunodeprimidos y oncológicos también tuvieron gran eficacia, al igual que la campañas de comunicación para promover en la población la adopción de las medidas de prevención y cuidado.

En ese crítico escenario, las acciones implementadas fueron públicamente reconocidas, al punto de ser tenidas en cuenta por otros países y por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

En la temporada siguiente, la Campaña de Invierno 2010, estrategia integral destinada a enfrentar una segunda oleada de gripe A y otras infecciones respiratorias, logró a través de la vacunación gratuita en cinco meses de más de 10 millones de personas integrantes de grupos de riesgo, en los que se logró una cobertura del 93,4%, una fuerte reducción del número de casos –en comparación con los ocurridos durante el 2009–.

THE STRATEGY FOR ADDRESSING THE INFLUENZA A (H1N1) PANDEMIC

In April 2009, a new influenza virus was detected in Mexico. Almost two months later, on June 11, 2009, the World Health Organization (WHO) declared the influenza pandemic because of the extensive spreading of the virus in over 70 countries. In Argentina, the first case was detected on May 7, 2009 among passengers returning from Mexico. The peak of the transmission took place between June 20 and July 3, a period in which the virus spread throughout the country.

The pandemic was a severe health contingency that drove the National Government

to take aggressive measures. One of the first measures was to acquire over one million doses of antiviral treatment and other medical supplies. The Government also hired physicians and nurses to cope with the over-demand on the public providers of health care in the entire country.

A crisis committee consisting of members of scientific societies was started up. It monitored the evolution of the influenza and developed standard criteria for the diagnosis and treatment of the disease in the whole country.

The date of the winter holidays was brought forward for all levels of education. Pregnant employees and workers, immuno-depressed and oncological patients were given preventive leave-of-absence. Both measures were very effective, and so were the communication campaigns to promote measures of prevention and caution.

In the midst of this critical scene, the actions the committee had implemented received public recognition, to the extent that other countries and the OPS (Pan American Health Organization) considered them as likely options.

In the following season, the 2010 Winter Campaign, a comprehensive strategy designed to address a second wave of Influenza A and other respiratory infectious diseases, managed to achieve a marked reduction in the number of cases. The strategy, through a free vaccination program of over 10 million people belonging to the high-risk groups, succeeded in heavily reducing the number of cases, as compared with what had taken place in 2009.



Visita de la Presidenta Cristina Fernández de Kirchner al consorcio de laboratorios que producen vacuna antigripal (declarada de interés nacional) en Garín, provincia de Buenos Aires (Sinergium).

President Cristina Fernández de Kirchner while visiting the Sinergium consortium of laboratories in charge of producing the flu vaccine (declared of public national interest) in Garín, Province of Buenos Aires



Conferencia de prensa del Consejo Federal de Salud, donde todas las provincias acordaron acciones conjuntas para enfrentar la pandemia de gripe A en 2009.

Press conference of the Federal Health Council, in which all the provinces agreed to carry out joint actions to address the influenza "A" pandemic in 2009.



NATIONAL PLAN FOR THE PREVENTION AND CONTROL OF DENGUE AND YELLOW FEVER

During early 2009, Argentina suffered the biggest dengue epidemic in the history of the country: over 26,000 people came down with the disease between January and May of that year and five persons died.

When Dr. Juan Manzur assumed as Minister of Health in July 2009, he began working with his team on a comprehensive plan for addressing dengue and improving the control of yellow fever, both transmitted by the same vector – the *Aedes aegypti* mosquito.

Figures showed quite the opposite a year later. With less than one thousand people affected in 2010, the number of cases dropped 96% as compared with the previous year. The National Plan for the Prevention and Control of Dengue and Yellow Fever was drawn up on the consensus of specialists, academics and scientists. It contemplated technical and financial assistance provided by the National Health Ministry for promoting activities for the elimination of pots and jars, for training health teams in diagnosing and treating the diseases, for acquiring and distributing equipment, vehicles and insecticides and finally for launching a communication and social mobilization. The plan also included a program of community education as much for risk areas and border zones as for the entire country. The creation of the Board of Diseases Communicated by Vectors within the National Ministry of Health optimized the organization and training of human resources and the acquisition and distribution of vans, spraying machines, insecticides, insect repellent, service guidelines for the health care staff and communication pieces for the population contributed by the National Government.

In addition, the success of this initiative deserves emphasis because of the great intensity of the impact of the disease on our brother nations in 2010, which implied a great threat to Argentina.



PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL DENGUE Y LA FIEBRE AMARILLA

Durante los inicios del 2009, Argentina sufrió la epidemia de dengue más grande de su historia: más de 26.000 personas padecieron la enfermedad entre enero y mayo de ese año y 5 fallecieron.

Cuando el Dr. Juan Manzur asumió la conducción del Ministerio de Salud de la Nación en Julio de 2009, comenzó a trabajar junto a su equipo en un plan integral para enfrentar el dengue y mejorar el control de la fiebre amarilla, ambas afecciones transmitidas por el mismo vector, el mosquito *Aedes aegypti*.

Los números presentaron una realidad diametralmente opuesta un año más tarde. Con menos de un millar de personas afectadas en 2010, el número de casos se redujo en un 96 por ciento en comparación con el año anterior.

El Plan Nacional de Prevención y Control del Dengue y la Fiebre Amarilla –elaborado con el consenso de referentes de las provincias, especialistas, académicos y científicos–, contempló la asistencia técnica y financiera de la cartera sanitaria nacional para la promoción de actividades de descacharrado, la capacitación de equipos sanitarios en diagnóstico y tratamiento, la adquisición y distribución de equipamiento, vehículos e insecticidas y la puesta en marcha de una campaña de comunicación y movilización social, acompañada de un programa de educación comunitaria tanto para áreas de riesgo y zonas fronterizas, como para el resto del país.

La creación de la Dirección de Enfermedades Transmisibles por Vectores del ministerio de Salud Nacional, permitió optimizar la organización y capacitación de recursos humanos y la adquisición y distribución de camionetas, máquinas rociadoras, insecticidas, repelentes, guías de atención para el personal de salud y piezas de comunicación para la población, que fueron aportados por el Gobierno Nacional.

El éxito de esta iniciativa merece remarcarse además por la gran intensidad con que esta enfermedad afectó a nuestros países hermanos en el 2010, lo que implicaba una gran amenaza para Argentina.

Acciones de descacharrado y bloqueo de foco, parte del Plan Nacional de Prevención y Control del Dengue y la Fiebre Amarilla en la campaña del 2009.

Actions for eliminating receptacles that accumulate water and for blocking focal points as part of the National Plan for the Prevention and Control of Dengue and Yellow Fever in the 2009 campaign



La Presidenta Cristina Fernández de Kirchner inaugura el Instituto Nacional de Medicina Tropical en 2011.

President Cristina Fernández de Kirchner inaugurates the National Institute of Tropical Medicine in 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA TROPICAL (INMeT)

Las enfermedades tropicales se han expandido crecientemente debido a la explotación de selvas tropicales, la deforestación, el permanente tráfico aéreo internacional y las crecientes migraciones.

Argentina asumió el compromiso de prevenir y controlar este amplio conjunto de enfermedades, –entre las que se incluyen paludismo, dengue, leishmaniasis, cólera, fiebre amarilla, lepra y esquistosomiasis– que afectan en mayor medida a las poblaciones pobres a través de estrategias integrales de diagnóstico y tratamiento, el mejoramiento del medio ambiente y la generación de alianzas estratégicas con actores del sector público, privado y de la sociedad civil tanto de nuestro país, como de otras naciones de la región.

La decisión de instalar la sede del INMeT en Puerto Iguazú, provincia de Misiones –zona de la triple frontera entre Argentina, Brasil y Paraguay– responde a que esa ciudad constituye un sitio estratégico para la vigilancia de este tipo de enfermedades y también para mancomunar voluntades y recursos con los países hermanos a fin de generar respuestas sanitarias comunes para nuestra región continental.

NATIONAL INSTITUTE OF TROPICAL MEDICINE

Tropical diseases are expanding because of the exploitation of tropical rainforests, deforestation, constant air traffic and the increasing migrations.

Argentina has assumed the commitment to prevent and control this wide range of diseases –malaria, dengue, leishmaniasis, cholera, yellow fever, leprosy and schistosomiasis– that affect the poor population largely, by applying comprehensive diagnosis and treatment strategies. The measures will include the improvement of the environment and the generation of strategic partnerships with actors in the public and private sectors and with the civil society in both our country and the other nations in the region.

The decision to set up the National Institute of Tropical Medicine in Puerto Iguazú in the province of Misiones, the Tri-border region between Argentina, Brazil and Paraguay, was made because that city is a strategic location for the surveillance of this type of diseases and for joining forces and resources with our brother countries to generate common health responses for our continental region.

PROGRAMA DE ABORDAJE SANITARIO TERRITORIAL

Fortalecer el primer nivel de atención, mejorar la capacidad de detección, diagnóstico y tratamiento de problemáticas de salud de la comunidad y facilitar su acceso a servicios sanitarios son los principales objetivos de este programa sanitario que cuenta con 37 unidades móviles integradas por equipos de profesionales de diferentes especialidades y equipadas con alta tecnología médica.

Las unidades móviles que recorren el país en especial el noroeste y noreste argentino y también el conurbano bonaerense, cuentan con consultorios de pediatría, toco-ginecología, clínica general, odontología, laboratorios de análisis clínicos, diagnóstico por imágenes, oftalmología y laboratorio óptico. También se brinda a la población asistida la medicación gratuita del Programa Remediar, además de articular con los servicios sanitarios de cada localidad para garantizar los seguimientos y las derivaciones de las personas que necesitan continuar con sus tratamientos.

Desde el año 2009 un total de 316.473 personas fueron atendidas en los móviles sanitarios, brindando 843.653 prestaciones médicas. Y los laboratorios de última generación en confección de anteojos con los que cuentan dichos móviles, posibilitaron la entrega gratuita de cerca de 60.000 lentes.



THE PROGRAM FOR ADDRESSING TERRITORIAL HEALTH

The main goals of this health program are to strengthen the first level of health care, to improve the capacity for detection, diagnosis and treatment of health problems in the community and to facilitate people's access to health services. The program has 37 mobile units equipped with cutting-edge medical technology and run by teams of professionals in the different medical specialties. The mobile units travel across the country, particularly to the northwest and the northeast and they are present in the suburbs in the province of Buenos Aires that surround the capital city. The units offer consultation in the following specialties: pediatrics, obstetrics and gynecology, general practice, odontology, ophthalmology and laboratory services for clinical tests and image diagnostic tests, as well as an optical lab. The population benefiting from this service receives free medication through the *Programa Remediar* while the medical teams coordinate with the local health services the follow-up and referral of those patients requiring further treatment. A total number of 316,473 people have received medical attention from the mobile units, which has provided 843,653 medical assistance services since 2009. The state-of-the-art laboratories for making eyeglasses available in the units made the free delivery of almost 60,000 pairs of glasses.

Unidades móviles equipadas con tecnología de última generación realizan abordajes sanitarios en todo el país.

Mobile units equipped with cutting-edge technology carry out medical services throughout the country.



Vigilancia y control del vector en domicilio y peri domicilio, uno de los ejes del Programa Nacional de Chagas. Cada provincia cuenta con equipos de fumigación especialmente capacitados para combatir a las vinchucas.

Surveillance and control of the carrier in the home and its surroundings, one of the axes of the National Chagas Program. Each province has fumigating equipment especially designed to fight the vinchucas.

PROGRAMA NACIONAL DE CHAGAS

El control de esta enfermedad es una prioridad para el Gobierno Nacional. Tanto la asignación de recursos como las líneas de acción desarrolladas desde 2009 han posibilitado aumentar la cantidad de viviendas bajo vigilancia y control, además de ampliar la capacidad de respuesta del sistema sanitario para la detección y el tratamiento de la enfermedad.

Con una inversión superior a los 140 millones de pesos en los últimos dos años, la cartera sanitaria nacional ha intensificado las acciones de vigilancia y control del Chagas a través de la compra de insumos y equipamiento, que permitieron aumentar la capacidad de respuesta, además de realizar actividades de capacitación y sensibilización de la población sobre la importancia de la prevención y la detección oportuna de la enfermedad.

Estas tareas se enmarcan en el Programa Nacional de Chagas y el Plan 2011-2016 de intensificación del control de esta enfermedad en el país, cuyo objetivo es interrumpir la transmisión en todas sus formas a fin de disminuir la morbilidad y mortalidad que ocasiona.

En 2009 se informó la suspensión de la provisión de benzimidazol, un medicamento esencial para el tratamiento de esta enfermedad. El Ministerio de Salud inició una gestión con laboratorios locales, universidades y ONG para lograr la producción en el país de este importante insumo. A fines del 2010 se anunció el logro de este objetivo con lo cual el tratamiento de los enfermos quedó asegurado.



CHAGAS NATIONAL PROGRAM

The control of this disease is one of the priorities of the National Government. Both the resources that have been assigned and the lines of action that have been developed since 2009 have made it possible to increase the number of homes under surveillance and control, as well as to extend the responsiveness of the health system for the detection and treatment of the disease.

The Ministry of health has intensified the surveillance and control of the Chagas disease thanks to an investment that exceeded 140 million pesos in the past two years. This sum has been used to buy supplies and equipment, thus increasing responsiveness, and has funded training and awareness-raising activities aimed at the population with respect to prevention and timely detection of the disease.

These tasks are within the framework of the National Chagas Program and the 2011-2016 Plan for intensifying the control of this disease in Argentina with the objective of curbing every form of transmission, thus decreasing the morbidity and mortality caused by Chagas.

In 2009, benzimidazole, an essential drug in the treatment of this disease, became unavailable. The Ministry of Health started negotiations with local laboratories, universities and Non-governmental Organizations to achieve the local production of this important medicinal supply. The objective was achieved and announced at the end of 2010 and the sick were assured of their treatment.



Detección del Chagas mediante análisis de sangre gratuito, disponible en todos los hospitales y centros de salud públicos del país.

Detection of Chagas through free blood tests available in all the public hospitals and health centers in the country



Argentina es el país de América Latina con mayor porcentaje de adultos mayores. Según la última Encuesta Nacional de Factores de Riesgo del año 2009 sólo 1 de cada 3 mayores de 65 años es suficientemente activo.

Argentina is the country in Latin America with the highest percentage of senior adults. According to the last National Survey of Risk Factors in 2009, only one in every three people over the age of 65 is sufficiently active.

LA RESPUESTA A LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Para prevenir y controlar el consumo de tabaco y alcohol, el colesterol elevado, la inactividad física, la hipertensión, la diabetes y la alimentación no saludable, principales factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles, –que generan más del 60 por ciento de las muertes ocurridas anualmente en el país–, el Ministerio de Salud de la Nación desarrolla desde 2008 una estrategia integral. La promoción de la salud en la población –a través de la actividad física, la alimentación saludable y la reducción del consumo de tabaco–, el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo y el refuerzo de las acciones de prevención y de los cuidados brindados por los servicios de salud a las personas con factores de riesgo constituyen las principales líneas de acción de esta estrategia.

La primera y segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y Enfermedades no Transmisibles efectuadas por el Ministerio de Salud en 2005 y 2009, respectivamente, han aportado valiosos insumos para profundizar el impulso de hábitos de efectos beneficiosos en los argentinos para la prevención de diversos cánceres, diabetes, infartos y accidentes cardiovasculares.

En relación con la reducción del tabaquismo, el Programa Nacional de Control del Tabaco desarrolla actividades de prevención del inicio del consumo –orientadas a jóvenes–, cesación tabáquica –dirigida a fumadores adultos–, promoción de ambientes 100% libres de humo de tabaco y apoyo a la legislación nacional e internacional sobre la materia.

En este sentido, la cartera sanitaria ha tenido gran injerencia en la Ley de Control del Tabaco (26.687), sancionada y promulgada en 2011, cuyos principales puntos son el establecimiento de ambientes 100% libres de humo en todo el territorio nacional, la restricción de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco, la prohibición de la venta de cigarrillos sueltos y la obligatoriedad de incluir en los paquetes de cigarrillos advertencias sanitarias acerca de los daños que ocasiona. Gracias a las medidas adoptadas desde 2003, el porcentaje de fumadores pasó de 29,7% en 2005 a 27,1% en 2009 y la exposición al humo de tabaco ajeno disminuyó del 52% al 40,4% en el mismo lapso de tiempo.

THE RESPONSE TO NON-COMMUNICABLE DISEASES

To prevent and control the consumption of tobacco and alcohol, the presence of high cholesterol, lack of physical activity, hypertension, diabetes and unhealthy eating habits, the main risk factors of the non-communicable diseases that generate more than 60% of the annual deaths in the country, the Ministry of health has been developing a comprehensive strategy since 2008.

The main lines of action in the previously-mentioned strategy are the following:

promoting healthy habits in the population, through physical activity, healthy food and a reduction in the consumption of tobacco; strengthening the epidemiological monitoring of non-communicable diseases and their risk factors and reinforcing the preventive and health care actions provided by the health services to people in high-risk groups.

The first and second National Survey of Risk Factors and Non-communicable Diseases carried out by the Ministry of Health in 2005 and 2009 respectively have contributed valuable information to further the promotion of healthy habits for the prevention of various types of cancer, diabetes, heart attacks and strokes. With relation to the reduction of smoking, the National Program for Tobacco Control carries out prevention activities for early consumption, oriented to young people and activities to foster smoking cessation for adult smokers, in addition to promoting 100% smoke-free public areas and supporting national and international legislation related to this matter.

In that sense, the Ministry of Health has had a strong participation in the Law of Tobacco Control (26.687), sanctioned and enacted in 2011, whose main points are to establish 100% smoke-free areas in the whole national territory, the restriction of tobacco advertising and sponsorships, the prohibition of selling loose cigarettes, and the mandatory nature of including health warnings about the harm caused by smoking on the packs of cigarettes.

Because of the measures in effect since 2003, the percentage of smokers dropped from 29.7% in 2005 to 27.1% in 2009 and the exposure to other people's smoke (passive smoking) decreased from 52% to 40.4% in the same period.



El Ministerio de Salud de la Nación, en coordinación con las autoridades provinciales, realiza caminatas, maratones y encuentros recreativos para promover la actividad física diaria y hábitos de vida saludable a lo largo y a lo ancho del país.

The Ministry of Health, in coordination with provincial authorities, holds walks, marathons and recreational gatherings to promote daily physical activity as well as other healthy life habits throughout the country.





Para combatir a las enfermedades crónicas no transmisibles, el Plan Nacional Argentina Saludable promueve la alimentación sana, la reducción de sodio en las comidas, 30 minutos diarios de actividad física y ambientes libres de humo de tabaco.

The National Plan for a Healthy Argentina promotes healthy eating habits, the reduction of sodium in meals, 30 minutes of physical activity every day and a smoke-free environment to fight chronic non-communicable diseases.



El 10 de septiembre de 2010 la presidenta de la Nación, Cristina Fernández de Kirchner, junto al ministro de Salud, Juan Manzur, inauguró el Instituto Nacional del Cáncer (INC) en la Academia Nacional de Medicina.

On September 10, 2010, President Cristina Fernández de Kirchner, together with the Minister of Health, Juan Manzur, inaugurated the National Cancer Institute at the National Academy of Medicine.



INSTITUTO NACIONAL DE CÁNCER (INC)

En la actualidad, en la Argentina cada año mueren alrededor de 60.000 personas a causa de diferentes tipos de cáncer y se estima que anualmente se producen 200.000 nuevos casos de esta patología, la cual constituye, además la principal causa de muerte entre los 40 y los 64 años, en nuestro país. La creación en 2010 del Instituto Nacional de Cáncer (INC) está basada en la decisión de la Presidenta Cristina Fernández de colocar al cáncer en un lugar de relevancia en la agenda de gobierno y al compromiso de impulsar la coordinación de políticas públicas nacionales y el trabajo conjunto con instituciones pares de la región y del mundo, mediante el intercambio de experiencias, capacidades y esfuerzos. Este organismo es el responsable del desarrollo de políticas tendientes a disminuir la incidencia y mortalidad por cáncer en Argentina y mejorar, a la vez, el tratamiento de las personas que lo padecen a través del desarrollo de normativas para la atención integral; la definición de estrategias de prevención y detección precoz; la formación de profesionales; el desarrollo de la investigación y la vigilancia y análisis de la información epidemiológica.

NATIONAL CANCER INSTITUTE

Every year, there are approximately 60,000 deaths in Argentina caused by different types of cancer. An estimated number of 200,000 new cases of this pathology are registered annually. Furthermore, cancer is the main cause of death for people between the ages of 40 and 64 in our country. The decision made by President Cristina Fernández to create the National Cancer Institute in 2010 placed cancer high on the government's agenda together with the commitment to boost the coordination of national public policies and the joint work with peer institutions in this region and in the world through the exchange of experiences, capacities and efforts. This organization is responsible for developing policies aimed at reducing the incidence of cancer and subsequent mortality in Argentina and for improving the treatment of persons suffering from this disease through the development of norms for comprehensive health care, such as defining strategies of prevention and early detection, training professionals, developing research and the surveillance and analysis of epidemiological data.

DIRECCIÓN NACIONAL DE EMERGENCIAS SANITARIAS (DINESA)

Brindar cobertura a la comunidad ante siniestros, catástrofes y emergencias sociales, es la labor que desde 1972 lleva adelante esta Dirección, que además se ocupa de la capacitación de técnicos y profesionales y de la consolidación –en articulación con las jurisdicciones– de una red nacional de emergencias para permitir la implementación de respuestas eficaces, adecuadas e inmediatas ante eventos adversos naturales producidos por el hombre.

Además, en cumplimiento de acuerdos internacionales, ofrece asistencia a otros países a través del suministro de medicamentos e insumos médicos y las actuaciones de sus equipos en terreno. Los devastadores terremotos de Haití y Chile ocurridos en 2010 fueron dos de los últimos escenarios internacionales en los que la DINESA estuvo presente.

NATIONAL BOARD OF HEALTH EMERGENCIES (DINESA)

The task undertaken by this Board since 1972 is to offer coverage to the community when disasters, catastrophes and social emergencies occur. The Board takes responsibility for training technical and professional staff and for consolidating, in coordination with the jurisdictions, a national emergency network that allows the implementation of effective, adequate and prompt response to adverse natural or manmade disasters.

Additionally, in compliance with international agreements, the National Board of Health Emergencies offers assistance to other countries by supplying medication and other medicinal products and the presence of its teams on site. The devastating earthquakes that took place in Haiti and Chile in 2010 were two of the last international scenarios in which the National Board was present.



Dr. Gabriel Ive, Director de la DINESA, durante la participación de la misma en la asistencia a Haití luego del terremoto de Enero 2010.

Dr. Gabriel Ive, Director of DINESA, during the participation of this entity in providing aid to Haití after the earthquake in January 2010

La DINESA en el simulacro de terremoto en Caucete, San Juan, en Agosto 2010. Dr. Víctor Urbani (Ministro de Salud de Jujuy), Dr. Gabriel Ive (Director DINESA), Ing. Jose Luis Gioja (Gobernador de San Juan), Dr. Juan Manzur (Ministro de Salud de la Nación) y Dr. Oscar Balberdi (Ministro de Salud de San Juan).

DINESA during the earthquake drill in Caucete, San Juan in August 2010 – Dr. Victor Urbani (Minister of Health of Jujuy), Dr. Gabriel Ive (Director of DINESA), José Luis Gioja (Governor of San Juan), Dr. Juan Manzur (National Minister of Health) and Dr. Oscar Balberdi (Minister of Health of San Juan)

DIRECCIÓN DE SIDA Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Esta Dirección define y coordina las políticas de prevención y atención del VIH-sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) –garantizadas por la Ley Nacional de Sida N° 23.798–, en el ámbito nacional. La atención integral de las personas con VIH-sida, la promoción del uso del preservativo como método preventivo y del test con asesoramiento para el diagnóstico temprano de la infección, son sus líneas de acción estratégicas. La reducción de la discriminación en el sistema de salud y en la sociedad en su conjunto orienta, a su vez, estas acciones.

En el campo de la asistencia se proveen gratuitamente medicamentos a personas con VIH sin cobertura de salud y reactivos para el diagnóstico, el tratamiento y los estudios de seguimiento de VIH y otras ITS en todo el país. También se fomenta la realización del análisis del VIH-sida –confidencial, voluntario y con asesoramiento–, en hospitales y centros de salud públicos. En el ámbito de la prevención, la distribución constante y gratuita de preservativos, geles, lubricantes y material informativo a través de más de 2.500 puntos de distribución, brinda cobertura a la población de bajos recursos y a los grupos de mayor vulnerabilidad al VIH y otras ITS.

Cada año se notifican a la Dirección de Sida alrededor de 5.500 diagnósticos nuevos de infección por VIH. Los indicadores de los últimos cinco años dan cuenta de una epidemia estabilizada en cuanto a la ocurrencia de nuevas infecciones, el perfil y la cantidad de las personas que viven con VIH en Argentina, las que el Ministerio de Salud y ONUSIDA estiman en 120.000. Así, la tasa de casos de sida cayó en 15 años un 58%, la tasa de mortalidad se redujo en el mismo lapso un 42%, la transmisión madre-hijo ha descendido consistentemente desde un pico de 329 niños infectados en 1995 a menos de 100 durante el 2009 y la cobertura en medicación antirretroviral de todos aquellos que lo necesitan.

El preservativo es el método más efectivo para prevenir el VIH-sida y otras infecciones de transmisión sexual.

También evita embarazos. Consegúilos gratis en todos los hospitales y centros de salud del país. Es tu derecho.

Para saber dónde conseguir preservativos gratis llámá al **0800 3333 444**

LÍNEA PREGUNTE SIDA Es gratis, es confidencial, es anónima.

Atendidos de lunes a viernes de 9 a 21. Sábados, domingos y feriados de 9 a 18. linea@minsa.gov.ar - www.minsa.gov.ar/sida - @minsaonline - [Facebook](https://www.facebook.com/minsaonline) - [Instagram](https://www.instagram.com/minsaonline)

Dirección de Sida y ITS
Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

ARGENTINA

BOARD OF AIDS AND SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES

This Board defines, coordinates and guarantees, through the National AIDS Law No. 23,789, the prevention and health services of HIV-AIDS and other sexually transmitted infections in the national territory. The strategic lines of action undertaken by the Board are the comprehensive health care of people suffering from HIV-AIDS, the promotion of the use of condoms and of the test for the early diagnosis of the infection. These actions are oriented to reducing discrimination in the health system and in society as a whole.

In the field of assistance, people in the whole country who suffer from HIV and have no health coverage receive free medication, as well as diagnostic reagents, treatment and follow-up tests for HIV and other sexually transmitted diseases. The Board also encourages the confidential and voluntary HIV-AIDS test available in hospitals and public health centers that offer advice to the patients. In the sphere of prevention, the permanent free distribution of condoms, gels and lubricants, together with the informative material issued through more than 2,500 points of distribution offers coverage to the low-income population and the groups that are most vulnerable to HIV and other sexually transmitted diseases.

Every year, the Board receives approximately 5,500 new diagnoses of HIV infection. The indicators in the past five years provide an account of a stabilized epidemic with respect to new infections and of the profile and number of people who live with HIV in Argentina, estimated by the Ministry of Health and ONUSIDA to be 120,000. Thus, the rate of AIDS cases fell by 58% in 15 years, the rate of mortality dropped by 42% in the same period, the mother-child transmission has constantly descended from a peak of 329 infected children in 1995, to less than 100 in 2009. Every patient that requires it has coverage for antiretroviral medication.



Material gráfico de algunas de las campañas de la Dirección de SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual.

Graphic material of some of the campaigns of the Board of AIDS and Sexually Transmitted Diseases



Argentina obtuvo el récord Guinness por haber conformado la gota humana de sangre más grande del mundo en 2011, en ocasión del Día Mundial del Donante de Sangre y fue el primer país de América Latina en ser sede del Día Mundial del Donante de Sangre.

Argentina obtained the Guinness record for the largest drop of human blood in the world, on the World Blood Donor Day and was the first country in Latin America to host the World Blood Donor Day.



PLAN NACIONAL DE SANGRE

A través de este plan, el Ministerio de Salud de la Nación promueve la donación voluntaria y habitual de sangre para garantizar que todas las personas que requieran transfusiones en el país, cuenten con sangre segura en el momento oportuno. Revertir el modelo actual de donación, sustentado en la reposición por parte de familiares y amigos de pacientes, por otro tendiente a la donación voluntaria y habitual, constituye una de las principales estrategias de este plan.

En 2011, Argentina fue elegida sede de las celebraciones por el Día Mundial del Donante de Sangre, que se conmemora el 14 de junio. En ese marco, el ministerio de Salud de la Nación lanzó una campaña con la meta de alcanzar un millón de donantes voluntarios en todo el país. Bajo el lema “Más sangre, más vida”, actividades científicas, culturales y deportivas fueron desarrolladas en todo el territorio argentino.

A lo largo de estos años las políticas implementadas han permitido que, entre el 2004 y el 2010, la donación voluntaria crezca un 23%. El Gobierno Nacional ha efectuado una millonaria inversión para consolidar esta política. Durante el periodo 2005-2010, destinó 35 millones de dólares, cifra que en el 2015 ascenderá a 100 millones a fin de fortalecer y multiplicar la constitución de grandes centros provinciales y regionales para disponer de sangre segura en toda la Argentina.

NATIONAL BLOOD PLAN

Through this plan, the Ministry of Health promotes voluntary and habitual donations of blood to guarantee that every person requiring a blood transfusion can count on safe blood at the right time.

One of the main strategies this plans hopes to achieve is to change the current model of blood donation, supported by the replacement of donated blood on the part of family and friends of the patients, for another that encourages voluntary and habitual donations.

In 2011, Argentina was the chosen venue for the celebration of the World Blood Donor Day, which takes place on June 14 every year. In that setting, the Ministry of Health launched a campaign with the goal of finding one million voluntary donors in the whole country. Under the motto “More blood, more life”, the campaign offered scientific, cultural and sports activities in the entire Argentine territory.

Throughout these years, voluntary donations increased by 23% between 2004 and 2010, thanks to the policies that were implemented. The National Government has invested millions to consolidate this policy. During the period between 2005 and 2010, it assigned 35 million dollars, an amount that will reach 100 million in 2015 to strengthen and multiply the establishment of great provincial and regional centers for making safe blood available everywhere in Argentina.

COOPERACIÓN TÉCNICA INTERNACIONAL *INTERNATIONAL TECHNICAL COOPERATION*

Argentina comparte con muchos países de la Región de las Américas no sólo desafíos sanitarios, debido a las similitudes en los perfiles demográficos y epidemiológicos, sino también el reconocimiento constitucional de la salud como derecho humano fundamental.

El fortalecimiento de la presencia de la cartera sanitaria en las agencias de cooperación técnica internacional y su vínculo con las instituciones de financiamiento tanto del sistema de Naciones Unidas como del interamericano, es una de las temáticas esenciales en la agenda sanitaria de Argentina, dando especial énfasis a la participación propositiva en los cuerpos directivos de la OPS/OMS.

Asimismo, la participación en instancias internacionales y regionales como la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) es de suma relevancia. En ese sentido, la inclusión de nuestro país en el Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS) –conformado también por las máximas autoridades sanitarias de Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú, Surinam, Uruguay y Venezuela– constituye una de las iniciativas más importantes a la hora de apoyar la generación y consolidación de propuestas de cooperación y trabajo en la región.

Argentina shares with many countries in the Americas not just health challenges because of the similarities in the demographic and epidemiological profiles, but also the constitutional acknowledgement of health as a fundamental human right.

The strengthening of the presence of the Ministry of Health in the agencies of international technical cooperation and its link with the financing institutions in both the United Nations and the Interamerican systems, is one of the essential points in Argentina's health agenda and particularly emphasizes the enterprising and effective participation in the governing bodies of the PAHO/WHO.

Likewise, participation in international and regional bodies, such as UNASUR (Union of South American Nations), is extremely important. In that sense, our country's inclusion in the ISAGS (South American Institute of Government in Health), which also comprises the highest health authorities in Bolivia, Brazil, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Peru, Surinam, Uruguay and Venezuela, constitutes one of the main initiatives. This will be particularly important when it becomes necessary to support the generation and consolidation of proposals for cooperation and work in the region.





Cooperación de la Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias (DINESA) y Cascos Blancos con Haití, luego del terremoto de Enero de 2010.

Cooperation of the National Board of Health Emergencies (DINESA) and White Helmets with Haiti in the wake of the January 2010 earthquake

Participación en la 63ª Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizada en la ciudad de Ginebra, Suiza, en Mayo 2010.

Participation in the 63rd Assembly of the World Health Organization held in Geneva, Switzerland, in May 2010.

ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS

DECENTRALIZED ORGANIZATIONS

ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LABORATORIOS E INSTITUTOS DE SALUD (ANLIS) “DR. CARLOS G. MALBRÁN”

Este organismo tiene la misión fundamental de generar políticas científicas y técnicas vinculadas con las acciones sanitarias en el ámbito público. Como institución de referencia, desarrolla y coordina acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria respecto de la morbilidad causada por enfermedades infecciosas y con base genética o nutricional.

El Centro Nacional de Investigaciones Nutricionales, el Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas “Dr. Julio I. Maiztegui”, el Centro Nacional de Control de Calidad de Biológicos, el Centro Nacional de Genética Médica, el Instituto Nacional de Parasitología “Dr. Mario Fatała Chaben”, el Centro Nacional de Diagnóstico e Investigación en Endemoepidemias, el Instituto Nacional de Producción de Biológicos, el Instituto Nacional de Epidemiología “Dr. Juan H. Jara”, el Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas y el Centro Nacional de Red de Laboratorios, son las instituciones que lo integran. El fortalecimiento de ANLIS ha permitido la jerarquización de la investigación y el desarrollo, el diagnóstico de referencia, la producción y control de calidad y la formación de recursos humanos, principales líneas de acción de sus institutos. El diagnóstico a nivel nacional y la producción de reactivos para la detección de virus Influenza (H1N1) durante la epidemia del 2009; la elaboración de la vacuna para la Fiebre Hemorrágica Argentina; la investigación clínica sobre Chagas y la creación del Registro Nacional de Anomalías congénitas (RENAC), –que constituyen la segunda causa de mortalidad infantil–, son algunos de los significativos aportes efectuados por esta institución en los últimos años.

NATIONAL ADMINISTRATION OF LABORATORIES AND HEALTH INSTITUTES “DR. CARLOS G. MALBRÁN”(ANLIS)

This organization has the fundamental mission of generating scientific and technical policies linked to health-related actions in the public sphere. As a benchmark institution, it develops and coordinates actions of primary, secondary and tertiary prevention with respect to the morbidity caused by infectious diseases and diseases with a genetic or nutritional base.

The National Center for Nutritional Research, the National Institute of Human Viral Diseases “Dr. Julio I. Maiztegui”, the National Center for the Quality Control of Biologicals, the National Center of Medical Genetics, the National Institute of Parasitology “Dr. Mario Fatała Chaben”, the National Center for the Diagnosis and Research of Endemoepidemics, the National Institute of Production of Biologicals, The National Institute of Epidemiology “Dr. Juan H. Jara”, the National Institute of Infectious Diseases and the Network of Laboratories National Center are the member institutions.

The strengthening of ANLIS has granted a hierarchical promotion to research and development, diagnosis and referral, production and quality control as well as to the training of human resources, all of which are the main lines of action of its institutes. Diagnosis at national level and production of reagents for the detection of the Influenza virus (H1N1) during the 2009 epidemic as well as production of the vaccine for Argentine Hemorrhagic Fever, clinical investigation on the Chagas disease and the creation of the National Register of Congenital Anomalies –the second cause of infant mortality– are some of the significant contributions made by this institution in the past few years.



Emblemática torre de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud “Dr. Carlos G. Malbrán”, Biblioteca del Instituto Malbrán y fachada del mismo.

The emblematic tower of the “Dr. Carlos G. Malbrán” National Administration of Laboratories and Health Institutes, the Malbrán Institute Library and the façade of the Library

ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS

DECENTRALIZED ORGANIZATIONS

ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGÍA MÉDICA (ANMAT)

Este organismo fundado en 1992 –cuya jurisdicción abarca todo el territorio nacional– se ocupa de asegurar la calidad, seguridad y eficacia de medicamentos, alimentos, productos médicos, reactivos de diagnóstico, cosméticos, suplementos dietarios y productos de uso doméstico.

Sus profesionales y técnicos trabajan con modernas tecnologías para desarrollar eficazmente los procesos de autorización, registro, normatización, vigilancia y fiscalización de dichos productos a fin de resguardar la salud de nuestra población.

La mejora de los procesos de control de los laboratorios de los institutos Nacional de Medicamentos y de Alimentos, la conformación del ANMAT Federal –estrategia tendiente al fortalecimiento de las capacidades de regulación, fiscalización y vigilancia en la totalidad del territorio a través de la articulación continua con las jurisdicciones– al igual que la consolidación del vínculo con la población para facilitar una correcta comprensión de los riesgos y beneficios de los productos existentes en el mercado, constituyen algunos de los lineamientos de trabajo esenciales que implementa esta prestigiosa institución, para optimizar de modo permanente la eficacia del accionar fiscalizador.



NATIONAL ADMINISTRATION OF PRESCRIPTION DRUGS, FOOD AND MEDICAL TECHNOLOGY (ANMAT)

This organization, founded in 1992 and whose jurisdiction covers the entire national territory, is in charge of ensuring the quality and effectiveness of prescription drugs, food, medicinal products, diagnosis reagents, cosmetics, dietary supplements and products for household use.

The professionals and technicians in the Administration use modern work technologies for developing the processes of authorization, registration, standardization, monitoring and inspection of the previously mentioned products with the aim of safeguarding the health of our population.

The improvement of the control processes of the labs in the National Prescription Drugs and Food Institutes is one of the essential working guidelines implemented by Federal ANMAT. The strategy applied by this prestigious institution aims at strengthening the regulatory, control and surveillance capacities in the entire territory through continuous coordination with the jurisdictions. At the same time, it consolidates the links with the population to facilitate a correct understanding of the risks and benefits of the products in the market, thus optimizing the efficacy of the controlling actions in a permanent manner.



La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT).

The ANMAT, National Administration of Medication, Food and Medical Technology

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Además de ocuparse de la fiscalización y el control de las 300 Obras Sociales y de otros agentes del Sistema Nacional de Salud, este organismo constituye la autoridad de aplicación en la regulación de las empresas de Medicina Prepaga, como determina la ley 26.682. Este sistema privado de cobertura médico-asistencial, abarca a una población de más de 4.500.000 de personas. Y si se le agrega el padrón de la seguridad social, que alcanza a los 19 millones de beneficiarios, se llega a 24 millones con la regulación de las 568 entidades hasta ahora inscriptas en la medicina privada.

En ambos casos, esta institución asegura el cumplimiento de las políticas del área para la promoción, preservación y recuperación de la salud de la población y la efectiva realización del derecho a gozar las prestaciones de salud establecidas en la legislación argentina. Así, se garantiza un esquema de atención de salud “única”, más allá del prestador que la ejecuta.

También la Superintendencia participa en el programa de Trazabilidad de Medicamentos, a través del cual se garantiza la transparencia al público usuario. Y hablando de los beneficiarios, y con el propósito de llegar a todo el país, el organismo inauguró más delegaciones en el interior para escuchar en forma directa las necesidades de la gente.

SUPERINTENDENCE OF HEALTH SERVICES

In addition to dealing with the inspection and control of the 300 Social Security organizations and of other agents of the National Health system, this organization constitutes the enforcement authority in the regulation of Prepaid Health Insurance companies, as determined by Law No. 26.682. This private system of medical coverage includes a population of over 4,500,000 people. If we add the national register of 19 million beneficiaries of the social security, we reach a total number of 24 million, with the regulation of the 568 entities registered so far in private medicine services.

In both cases, the Superintendence guarantees the compliance with the policies in the area concerned with the promotion, preservation and recovery of the population's health and the effective application of the right to receive health services as established by Argentine legislation. Thus, this institution ensures a single scheme of health care, irrespective of the health care provider. The Superintendence also participates in the Traceability of Prescription Drugs System, which guarantees transparency to the users. With reference to the beneficiaries, the organization inaugurated more delegations in the interior of the country with the purpose of listening directly to people's needs throughout the Argentine territory.



La Superintendencia de Servicios de Salud, ente de regulación y control de los actores del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

The Superintendence of Health Services, regulating and controlling body of the actors of the National Health Insurance System

ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS

DECENTRALIZED ORGANIZATIONS

INSTITUTO NACIONAL CENTRAL ÚNICO COORDINADOR DE ABLACIÓN E IMPLANTE (INCUCAI)

El sostenido crecimiento de la actividad de procuración y trasplante evidenciado en nuestro país –al superar en los últimos años los 1.000 trasplantes de órganos–, ha posicionado a la Argentina en el segundo lugar en América Latina en cantidad de donantes por millón de habitantes (PMH) y en el primer lugar en cantidad de trasplantes hepáticos, cardíacos, pulmonares y renopancreáticos realizados.

El Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) del Ministerio de Salud de la Nación es la institución que impulsa, normatiza, coordina y fiscaliza las actividades de donación y trasplante de órganos, tejidos y células en nuestro país. Actúa en las provincias argentinas junto a 24 organismos jurisdiccionales de ablación e implante con el fin de brindar a la población un acceso transparente y equitativo al trasplante.

Los 1.376 trasplantes realizados en el transcurso del año 2011 con órganos provenientes de donantes cadavéricos permitieron que Argentina alcance una tasa de 15,1 donantes por millón de habitantes, superando la tasa del año anterior, que había sido de 14,5 PMH. En 2011, además se concretaron 218 trasplantes renales y 31 trasplantes hepáticos con órganos provenientes de donantes vivos.

La tendencia creciente de donantes solidarios, como así también de trasplantes realizados, son la prueba efectiva de la confiabilidad que el INCUCAI ha sabido ganarse en muchos años de trabajo y una de sus mayores fortalezas, al igual que su reconocido prestigio internacional en el plano sanitario.

NATIONAL CENTRAL INSTITUTE FOR THE SINGLE COORDINATION OF ABLATION AND IMPLANTATION (INCUCAI)

The sustained growth activities related to obtaining and transplanting organs, attested by more than 1,000 transplantations in the past few years, has put Argentina in the second place in Latin America with respect to the number of donors per million inhabitants and in the first place for liver, heart, lung and kidney/pancreas transplantations.

The INCUCAI Institute of the Ministry of Health is the body that promotes, standardizes, coordinates and supervises the donation and transplantation of organs, tissues and cells in our country. It operates in the Argentine provinces together with 24 jurisdictional ablation and transplantation organizations with the aim of providing transparent and equitable access to transplantation.

The 1,376 transplantations performed in 2011 with organs from dead donors allowed Argentina to attain a rate of 15.1 donors per million inhabitants, thus exceeding the 14.5 rate in the previous year. In 2011, 218 kidney transplants and 31 liver transplants were performed with organs donated by live donors.

The growing tendency of solidarity and the increasing number of transplantations give evidence of the degree of reliability earned by the INCUCAI in its many years of work, which is one of its main strengths, together with its well-deserved international prestige in the field of health.



Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI).

The INCUCAI (National Central Institute for Coordinating Ablation and Implantation)

Campaña para promover la donación de órganos.

Campaign for promoting the donation of organs

ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS

DECENTRALIZED ORGANIZATIONS



Hospital Nacional “Profesor Alejandro Posadas”. Obras del Plan Director 2010 para refuncionalizar el hospital.

“Professor Alejandro Posadas”
National Hospital - Works
corresponding to the 2010
Master Plan for redirecting and
reorganizing the hospital

PROFESSOR ALEJANDRO POSADAS NATIONAL HOSPITAL

This institution was created to provide medical assistance to sick people suffering from lung and respiratory diseases, particularly tuberculosis, at the initiative of Dr. Ramón Carrillo – first Minister of Health in Argentina. As time went by, the hospital became a provider of high complexity medical services and a reference at national level. It carries out tasks involving health-related prevention, treatment and rehabilitation, as well as teaching and research activities. Located in El Palomar, in the suburbs of Buenos Aires, the hospital deals with 3,000 daily consultations and has 488 available beds for inpatients, including 118 for patients in intensive care. In 2010, there were 529,389 outpatient consultations, 221,510 people received medical assistance in the emergency room while the hospital staff performed 11,720 surgeries and assisted at 4,911 deliveries. These figures attest to the enormous magnitude of the hospital's work.

In the past few years, 70% of the high complexity equipment was renewed and in 2010, the Master Plan was launched. This project, promoted by the Ministry of Federal Planning and the Ministry of Health, covers a total area of 21,800 m², with 16,200 m² devoted to new facilities, while the remaining 5,600 m² only require remodeling.

The new works include consulting rooms for the Outpatients Programmed Health Services and for Adult, Pediatrics and Obstetric emergencies, 14 operating theaters, an Immunology and Histocompatibility Lab, a Sterilization and Supply Center and a Multi-integrated Tissue Bank. The latter infrastructure will make it possible to enlarge and improve the services provided by the hospital, whose medical quality and magnitude of health care offer are extremely important in the province of Buenos Aires.

On the other hand, the Alejandro Posadas hospital is the only one in the country to perform surgeries aimed at recovering autonomy for people suffering from Parkinson's disease, dystonia and other pathologies as from an agreement signed by Argentina and Cuba in 2010 for the transfer of technology and training.

HOSPITAL NACIONAL “PROFESOR ALEJANDRO POSADAS”

Esta institución creada por iniciativa del Dr. Ramón Carrillo –primer Ministro de Salud de Argentina– fue proyectada para la atención de enfermos con afecciones pulmonares y respiratorias, especialmente tuberculosis.

Con el paso de los años este hospital –que desarrolla tareas de prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud, así como actividades docentes y de investigación– se ha constituido en un efector de alta complejidad de referencia nacional. Ubicado en la localidad de El Palomar, en el conurbano bonaerense, atiende alrededor de 3.000 consultas diarias y cuenta con 488 camas de internación de las cuales, 118 son de cuidados críticos.

En 2010 se efectuaron 529.389 consultas en consultorios externos, 221.510 consultas en guardia, 11.720 cirugías y 4.911 partos, cifras que dan cuenta de la inmensa magnitud de su labor.

En los últimos años ha sido renovado el 70% del equipamiento de alta complejidad y durante 2010 comenzaron las obras del Plan Director, impulsadas por los ministerios de Planificación Federal y de Salud de la

Nación, que comprenderán una superficie total de 21.800 metros cuadrados, de los cuales aproximadamente 16.200 corresponderán a instalaciones nuevas y 5.600 a remodelar.

Las nuevas obras incluyen consultorios de Atención Ambulatoria Programada y Atención de Urgencias de Adultos, Pediatría y Obstetricia, 14 nuevos quirófanos, Laboratorio de Inmunología e Histocompatibilidad, Central de Esterilización y Materiales, Banco Multiintegrado de Tejidos, infraestructura que posibilitará ampliar y mejorar la atención de un efector –que por su calidad médica y la magnitud de su oferta asistencial– es de suma relevancia en la provincia de Buenos Aires.

Por otra parte, este hospital es el único en el país que implementa –a partir de un convenio de transferencia de tecnología y capacitación firmado entre Argentina y Cuba en 2010– intervenciones quirúrgicas destinadas a recuperar la autonomía de las personas que padecen Parkinson, distonías y otras patologías.



ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS

DECENTRALIZED ORGANIZATIONS

SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACIÓN (SNR)

Este organismo –que fue fundado en 1956 para dar respuesta a la severa epidemia de poliomielitis que padeció nuestro país – tiene en la actualidad la misión de promover en Argentina la efectiva implementación de políticas, programas y acciones que fomenten la prevención, promoción, rehabilitación e integración de las personas con discapacidad.

Además del permanente rol capacitador –como órgano rector en la materia y como experto en el país y la región– y garante de la aplicación de las normativas en la materia, el SNR ha llevado a cabo una diligente estrategia de descentralización del Certificado Único de Discapacidad –que facilita a las personas acceder a los beneficios contemplados por la legislación argentina– a través de un esfuerzo articulado con las provincias.



NATIONAL REHABILITATION SERVICE

This organization – founded in 1956 to provide a response to the severe poliomyelitis epidemic in our country – is currently undertaking the mission of promoting the effective implementation of policies, programs and actions that foster prevention, promotion, rehabilitation and integration of disabled people.

In addition to its permanent training role as governing body in this specialty and as national and regional expert, this Service guarantees the application of norms to this theme. It has also carried out a diligent strategy in coordination with the provinces to decentralize the Single Certificate of Disability, which facilitates the access to the benefits contemplated by Argentine legislation.



El Servicio Nacional de Rehabilitación es rector, dentro el ámbito de la salud, en lo referente a la normatización y ejecución de las políticas en discapacidad y rehabilitación.

The National Rehabilitation Service is the governing body in the health sphere for everything concerning the regulation and execution of policies related to disabilities and rehabilitation.

HOSPITAL NACIONAL “DR. BALDOMERO SOMMER”

Esta institución –erigida en 1941 en la localidad bonaerense de General Rodríguez, para la atención de personas con Mal de Hansen (Lepra) – ha impulsado desde 2004 un proceso de reconversión destinado a instituir un perfil polivalente y una modalidad de atención basada en la estrategia de Atención Primaria de la Salud, integrando acciones promocionales, preventivas y asistenciales para toda la población.

La recuperación y puesta en valor más del 50% de su estructura edilicia (Consultorios Externos, Guardia de Emergencia, Quirófanos, Salas de Internación, Hospital de Día y otros servicios); la adquisición de tecnologías de última generación; la creación de 500 nuevos puestos de trabajo y el establecimiento de convenios con los municipios aledaños, dan cuenta de los significativos avances que este efector está impulsando.

“DR. BALDOMERO SOMMER” NATIONAL HOSPITAL

This institution, created in 1941 in the town of General Rodríguez, in the province of Buenos Aires, provides medical assistance to people suffering from Hansen’s disease (Leprosy). Since 2004, it has promoted a restructuring process whose objective is to establish a versatile profile and a health care model based on the strategy of Primary Health Service by integrating promotional, preventive and medical assistance actions for the entire population.

The recovery and enhancement of over 50% of the buildings (Outpatients Consulting Rooms, Emergency Room, Operating Theatres, Wards, an Outpatients Clinic and other services); the acquisition of state-of-the-arts technology; the creation of 500 new jobs and the agreements made with neighboring municipalities all attest to the significant advances promoted by this health care provider.



Hospital Nacional “Dr. Baldomero Sommer” erigido en 1941 para la atención del enfermo de Lepra, y en proceso de reconversión para sumar la atención polivalente y la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

The “Dr. Baldomero Sommer” Hospital, built in 1941 for the health care of people afflicted with leprosy is in the process of a restructuring to add polyvalent health care and the Primary Health Care strategy.

ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS

DECENTRALIZED ORGANIZATIONS

COLONIA NACIONAL “DR. MANUEL A. MONTES DE OCA”

Creado en 1906, este establecimiento está ubicado en la localidad de Torres de la provincia de Buenos Aires. En el marco del Plan Federal de Salud y el Plan Nacional de Salud Mental, la Colonia implementa desde 2004, una reforma del modelo de atención, basada en la perspectiva de los pacientes como sujetos de derechos y tendiente consecuentemente a estrategias y alternativas de tratamiento que promueven –a través del desarrollo personal y la reinserción social de los pacientes– su rehabilitación integral. La descentralización de la atención ambulatoria psiquiátrica a pacientes residentes en otros municipios, la externación, las casas en la comunidad, el Programa de Dispositivos Asociados en el marco del cual se habilitan casas autogestionadas y el Programa Regreso al Hogar –que brinda subsidios económicos a las familias para favorecer el retorno de los pacientes a sus hogares– son algunos de los dispositivos implementados.

“DR. MANUEL A. MONTES DE OCA” NATIONAL REHABILITATION CENTER

Created in 1906, this establishment is located in Torres in the province of Buenos Aires. In the framework of the Federal Health Plan and the National Mental Health Plan, the Center has implemented, since 2004, a reform of the health care model, based on the perspective of patients as holders of rights and consequently tending to use treatment strategies and alternatives that promote their comprehensive rehabilitation through personal development and assimilation into society. Some of the mechanisms the National Rehabilitation Center implements are the decentralization of ambulatory psychiatric assistance to patients residing in other districts, discharge, halfway houses within the community, the Program of Associated Facilities, which authorizes self-managed homes, and the Returning Home Program that provides economic aid to families to favor the return home of the patients.



Colonia Nacional “Dr. Manuel A. Montes de Oca”. La apertura de centros de día, hogares, talleres laborales, residencias en la comunidad, el Programa regreso al Hogar y la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental, son algunos de los dispositivos que dan cuenta del cambio de paradigma que atraviesa la institución.

“Dr. Manuel A. Montes de Oca” National Center - The opening of day centers, homes, workshops, community homes, the Returning Home Program and the Interdisciplinary Residence in Mental Health are some of the strategies that account for the change of paradigm the institution is currently undergoing.

CENTRO NACIONAL DE REEDUCACIÓN SOCIAL (CENARESO)

Brindar tratamiento médico, psicológico y social a personas comprometidas en el uso de drogas y a sus grupos familiares, a fin de promover la reinserción social, al igual que el desarrollo de tareas preventivas, de acción comunitaria y de formación de recursos humanos especializados, docencia e investigación son los principales propósitos de este organismo creado en 1973.

El Sistema de Intervención en Urgencias en Toxicomanías, iniciativa implementada conjuntamente con la cartera sanitaria nacional para fortalecer la respuesta al creciente número de situaciones de urgencia que se producen por abuso de sustancias, permite mejorar la atención de estos pacientes en el periodo de crisis, descomprimiendo los servicios de urgencia de los hospitales generales y garantizando su tratamiento posterior en la red de organizaciones no gubernamentales que reciben subsidios estatales.

La atención ambulatoria de pacientes en el Hospital de Día, el trabajo preventivo en coordinación con escuelas, clubes y otras instituciones comunitarias son otros de los dispositivos de esta institución, que también es referente de gran prestigio en la capacitación de profesionales y técnicos de Argentina y del exterior.

NATIONAL CENTER FOR SOCIAL RE-EDUCATION (CENARESO)

The main purposes of this organization, created in 1973, are to offer medical, psychological and social treatment to those persons involved in the use of drugs as well as to their families in an attempt to promote social assimilation; the development of preventive tasks to include community action and training of specialized human resources and, finally, teaching and research.

The Drug Addiction Emergency Interventions System is an initiative implemented jointly with the Ministry of Health to strengthen the response to the growing number of emergencies produced by substance abuse. The system allows the improvement of the care received by these patients in periods of crisis, thus relieving the pressure on emergency services in general hospitals and guaranteeing the patients' subsequent treatment in the network of non-governmental organizations subsidized by the State.

Ambulatory care provided to patients at the Outpatients Clinic, preventive work in coordination with schools, clubs and other community institutions are some of the mechanisms used by this institution, which is also a prestigious point of reference for training provided to Argentine and foreign professionals and technicians.



Centro Nacional de Reeducción Social (CENARESO).

National Center for Social Reeducation (CENARESO)

ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS

DECENTRALIZED ORGANIZATIONS



Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur (INAREPS), fundado en Mar del Plata en 1958 para dar respuesta a la gran epidemia de Polio de 1956.

National Institute of Psycho-physical rehabilitation of the South, founded in Mar del Plata in 1958 as a response to the great polio epidemic in 1956

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA DEL SUR (INAREPS)

Esta institución ubicada en la localidad bonaerense de Mar del Plata fue fundada en 1958 para dar respuesta ante la gran epidemia de polio que asoló nuestro país en 1956. Desde entonces se especializa en la rehabilitación integral de personas con discapacidades. Dado que constituye un efector de alta complejidad, recibe pacientes derivados de una extensa zona del país que abarca las provincias de la Patagonia y el sur de la provincia de Buenos Aires. Sus equipos integrados por médicos, enfermeros, terapistas ocupacionales, kinesiólogos, fonoaudiólogos, psicólogos, trabajadores sociales y maestros se ocupan de la rehabilitación –en forma ambulatoria o a través de la internación– de las personas que padecen discapacidades motoras. Además, constituye un centro de formación de profesionales a través de las residencias en Terapia Física, Terapia Ocupacional, Trabajo Social y Psicología y de convenios con universidades nacionales e internacionales.

NATIONAL INSTITUTE FOR THE PSYCHOPHYSICAL REHABILITATION OF THE SOUTH (INAREPS)

This institution, located in Mar del Plata, province of Buenos Aires, was founded in 1958 as a response to the great polio epidemic that ravaged our country in 1956. Since then, it has specialized in the comprehensive rehabilitation of disabled people. Because it is a high complexity provider of health services, it receives patients referred from a vast zone that includes the provinces in Patagonia and the south of the province of Buenos Aires. Teams consisting of physicians, nurses, occupational therapists, physical therapists, phonoaudiologists, psychologists, social workers and teachers are in charge of the rehabilitation of persons suffering from motor impairment, as outpatients or by admitting them into the institute. Moreover, the institute is a training center for professionals who participate in internships in Physical Therapy, Occupational Therapy, Social Work and Psychology and in agreements with national and international universities.



Hospital de Pediatría “Juan Pedro Garrahan”, el mayor centro asistencial de niños de Argentina y uno de los mayores de la región.

“Juan Pedro Garrahan Pediatrics Hospital”, the largest children’s health care center in Argentina and one the most important in the region

HOSPITAL DE PEDIATRÍA “PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN”

Inaugurado en 1987, este hospital de referencia nacional especializado en la resolución de los problemas más complejos de la salud infantil, es probablemente la experiencia más lograda –en términos de desarrollo, complejidad y trascendencia científica y social– de todos los modelos hospitalarios planteados en las últimas décadas como alternativa a los sistemas asistenciales tradicionales.

Cuenta con 510 camas de dotación, 137 de ellas de cuidados intensivos y trasplantes. Ninguna institución de salud del país dispone de esta infraestructura preparada para la alta complejidad. En 2011 produjo más de 21.000 egresos, 9.500 cirugías, 400.000 consultas, 31.000 sesiones de Hospital de Día y 136 trasplantes. Quienes menos tienen y más necesitan, cualquiera sea su lugar de residencia, encuentran en este efector respuestas efectivas y de avanzada a las más graves patologías.

Desde hace años, también, la institución se ha comprometido con la mejora continua de la calidad, implementando sistemas de gestión de la misma. En 2010 recibió el Premio Nacional a la Calidad.

La Oficina de Comunicación a Distancia y el Programa de Referencia y Contrarreferencia, son modalidades de vinculación del hospital con la atención de la salud en las provincias argentinas que han permitido un fuerte impacto en la mejora de la atención.

En los últimos años, un presupuesto adecuado permitió retomar importantes inversiones en equipamiento de alta complejidad y obras de infraestructura para ampliar y mejorar la oferta asistencial, garantizando un hábitat más moderno, confortable y seguro.

“PROFESSOR DR. JUAN P. GARRAHAN” PEDIATRICS HOSPITAL

Inaugurated in 1987, this national referral hospital specializes in the solution of the most complex problems in infant health and is probably the most successful, in terms of development, complexity and scientific and social relevance, of all the hospital models proposed in the past decades as an alternative to traditional health care systems.

The hospital is endowed with 510 beds, 137 for intensive care and transplant patients. No other health institution in the country has such a high-complexity infrastructure. In 2011, the hospital registered 21,000 discharges, 9,500 surgeries, 400,000 consultations, 31,000 Outpatients Clinic sessions and 136 transplantations. Those who least have and most need, wherever their place of residence may be, find effective advanced answers to the most severe pathologies.

For years now, the institution has also committed itself to continuous quality improvement through the implementation of appropriate management systems. The hospital received the National Quality Award in 2010.

The Distance Communication Office and the Referral and Counter-referral Program are the ways in which the hospital maintains links with health care organizations in Argentinean provinces, with a resulting strong impact on the improvement of the medical assistance provided.

In the past few years, an adequate budget enabled the hospital to resume important investments in high-complexity equipment and in infrastructure to expand and improve the health care offer, thus ensuring a more modern, comfortable and safe environment.

ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS

DECENTRALIZED ORGANIZATIONS

HOSPITAL EL CRUCE, ALTA COMPLEJIDAD EN RED “NÉSTOR KIRCHNER”

Esta institución ubicada en la localidad bonaerense de Florencio Varela comenzó a gestarse en la década del ‘60, para dar respuesta a una creciente demanda de la población de una extensa zona –constituida por los partidos de Almirante Brown, Berazategui, Florencio Varela, Quilmes y Adrogué–, a prestaciones diagnósticas y terapéuticas de alta complejidad.

Fue así que durante la presidencia del Dr. Néstor Kichner en 2007, se inauguró esta institución de 20.500 m² cubiertos, que demandó una inversión de más de 100 millones de pesos provenientes del Estado Nacional. Actualmente cuenta con 154 camas, de las cuales el 50% son de internación especializada en terapia intensiva, unidad coronaria y recuperación cardiovascular. No sólo cuenta con equipamiento tecnológico de última generación sino que también ha implementado un Sistema de Gestión Clínica Digital, que es único en los hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires.

Con una modalidad de trabajo en red, este efector modelo cubre las necesidades de un vasto territorio bonaerense y es un centro de referencia nacional al que se derivan pacientes de todo el país, además de constituir uno de los Centros Tratantes de Cardiopatías Congénitas y de efectuar trasplantes cardiopulmonares, hepáticos, renales, de médula ósea y córneas.



“NESTOR KIRCHNER” EL CRUCE HOSPITAL NETWORK HIGH-COMPLEXITY

This institution, located in Florencia Varela, province of Buenos Aires, was first conceived in the sixties, as an answer to the growing demand of the population for high complexity diagnostic and therapeutic services in a vast zone comprising the Municipalities of Almirante Brown, Berazategui, Florencio Varela, Quilmes and Adrogué.

The 20,500 m² institution was inaugurated in 2007, during Dr. Néstor Kirchner’s Presidency. It required an investment of over 100 million pesos from the National State. At present, it has 154 beds, 50% of which are for the use of intensive care specialized services, the coronary care unit and the cardiovascular recovery unit. It not only has state-of-the-art technological equipment, but it has also implemented a Digital Clinical Management System, a unique case in the public hospitals in the province of Buenos Aires.

El Cruce Hospital, which has implemented a network type of operation, covers the needs of a vast territory in the province of Buenos Aires and serves as a national referral center for patients from all over the country, besides being one of the Treatment Centers for Congenital Cardiopathies and for performing heart, lung, liver, kidney, bone marrow and cornea transplantations.

Presidenta Cristina Fernández de
Kirchner, Hospital Zonal General de
Agudos “Mi Pueblo”, en Florencio
Varela, provincia de Buenos Aires.

President Cristina Fernández de
Kirchner, Acute Care Regional
General Hospital “Mi Pueblo”,
in Florencio Varela, Province of
Buenos Aires

Hospital de alta complejidad en Red
“El Cruce - Dr. Néstor Carlos Kirchner”.

Network high-complexity Hospital “El
Cruce – Néstor Carlos Kirchner”



LOS DESAFÍOS DE LOS PRÓXIMOS AÑOS

THE CHALLENGES TO COME

Las transformaciones políticas, sociales y económicas alcanzadas por el Gobierno de Néstor Kirchner y profundizadas por la actual Presidenta Cristina Fernández de Kirchner, no sólo han posibilitado dejar muy atrás la grave crisis en la que Argentina estaba inmersa en 2002, sino también avanzar en la respuesta a cada una de las necesidades y derechos de nuestra gente.

La decisión de ambos mandatarios de sustentar cada una de las políticas en la solidaridad, la inclusión y la equidad, tiene claro impacto a nivel sanitario. Innumerables logros fueron conquistados: el descenso de la mortalidad materna e infantil, la incorporación de numerosas vacunas, el acceso a medicamentos de calidad, la respuesta a las severas epidemias de dengue y gripe A del 2009, la lucha contra el tabaco, la promoción de la salud sexual y reproductiva, la jerarquización institucional para enfrentar el cáncer y las enfermedades tropicales, el aumento en la donación de órganos y de sangre segura y tantas otras exitosas iniciativas, planificadas y concretadas a partir del Plan Federal de Salud, formulado en 2003.

La articulación y coordinación de las políticas con cada una de las jurisdicciones y también con las sociedades científicas, universidades y otros actores fue uno de los pilares de dichos logros, al igual que el enorme esfuerzo desplegado por los miles de trabajadores que cotidianamente desarrollan tareas en cada uno de los efectores públicos de nuestra geografía.

Merced a los objetivos, prioridades sanitarias y estrategias de trabajo consensuadas por todos los ministros de las provincias argentinas en el marco del Consejo Federal de Salud, seguiremos profundizando en el horizonte próximo el mismo camino, fundado en la integración y fortalecimiento del sistema sanitario, la reducción de las desigualdades y la democratización del cuidado de la salud, para garantizar un acceso igualitario y universal a la protección de la salud en Argentina.

La prevención de los cánceres y otras enfermedades no transmisibles que crecientemente afectan a los argentinos son los grandes retos para los próximos años, al igual que la resolución de cada uno de los problemas característicos del subdesarrollo, que padecen los compatriotas que habitan las provincias con alta prevalencia de pobreza.

Para resolver esa diversidad de problemáticas, la Atención Primaria de la Salud como principio primordial es el camino a consolidar en los próximos años.

Porque la salud como política de Estado y como derecho universal es la decisión que asumimos cada día en esta Nación para dignificar la vida de todos y todas las argentinas.

The political, social and economic transformations attained by Dr. Néstor Kirchner's government and furthered by the current President, Cristina Fernández de Kirchner, have not only made it possible to leave the serious 2002 crisis that overcame Argentina behind, but also to move forward in the response to each of the needs and rights of our people.

The decision made by both heads of state to underpin each of the policies on solidarity, inclusion and equity, has a clear impact on the level of health. Innumerable goals have been achieved: the decrease of maternal and infant mortality, the incorporation of numerous vaccines, the access to quality prescription drugs, the response to severe epidemics of dengue and Influenza A in 2009, the war against tobacco, the promotion of sexual and reproductive health, the institutional upgrading for addressing cancer and tropical diseases, the increase in the donation of organs and safe blood and many more successful initiatives, planned and executed in accordance with the Federal Health Plan formulated in 2003.

One of the pillars of this success was the organization and coordination of the policies with each of the jurisdictions and with scientific societies, universities and other actors. The same applies to the enormous effort made by thousands of workers who perform their tasks daily in each of the public health services providers in our territory.

In the framework of the Federal Health Council, all the ministers in the Argentinean provinces reached a consensus on the goals, health priorities and work strategies that will enable us to go further still along the same road. This road, based on the integration and strengthening of the health system, the reduction of inequalities and democratization of health care, will guarantee egalitarian and universal access to the protection of health in Argentina.

The prevention of cancer and other non-communicable diseases that increasingly affect the population in Argentina is the great challenge for the near future, in the same way as the resolution of each of the characteristic problems of underdevelopment - the plight of our compatriots who live in the provinces afflicted by the highest rate of poverty.

Primary Health Care, as fundamental principle, is the road we need to consolidate in the coming years if we are to resolve this diversity of problems.

Health, as State policy and as universal right, is the decision we undertake to make every day to dignify the life of all the men and women in this Nation.



BIBLIOGRAFÍA BIBLIOGRAPHY

1. Acuña, Carlos y Chudnovsky, Mariana (2002), *"El sistema de salud en Argentina"*, Documento de Trabajo N° 60, Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional, Buenos Aires.
2. Angeleri Luis (1970), *"Los sindicatos argentinos son poder"*, Editorial Pleamar, Buenos Aires.
3. Alonso A.E., (1942), *"Primeros Médicos de la Casa de Expósitos de Buenos Aires"* en Revista Infancia, Año VI, Buenos Aires.
4. Alzugaray, R. F. (1977), *"Ramón Carrillo o la salud Pública"* en Todo es Historia N° 117, Buenos Aires.
5. Alzugaray, R. A. (1988) *"Ramón Carrillo, el fundador del sanitarismo nacional"*, Centro Editor de América Latina, Biblioteca Política Argentina, N° 226, Buenos Aires.
6. Araóz Alfaro (1944), *"La Higiene y Sanidad Pública en nuestro país"*, Esbozo histórico, Tomo del Cincuentenario.
7. Arce, Hugo (2010), *"El Sistema de Salud: de dónde viene y hacia dónde va"*, Prometeo Libros, Buenos Aires.
8. Babini, José (1985), *"Historia de la Ciencia en la Argentina"*, Solar, Buenos Aires.
9. Babini, José (1954), *"La evolución del pensamiento científico en la Argentina"*, La Fragua, Buenos Aires.
10. Babini, José (1963), *"La ciencia en la Argentina"*, Biblioteca de América, libros del tiempo nuevo. EUDEBA.
11. Belmartino, Susana (1991) *"Fundamentos históricos en la construcción de relaciones de poder en el sector salud. Argentina 1940-1960"*, OPS/OMS, Buenos Aires.
12. Beltrán, Juan Ramón (1937), *"Historia del Protomedicato de Buenos Aires"*, Editorial El Ateneo, Buenos Aires.
13. Beltrán, Juan Ramón (1939), *"Epistolario de Miguel Gorman"*, Publicación de la Cátedra de Historia de la Medicina, Buenos Aires.
14. Beltrán, Juan Ramón (1938), *"La organización sanitaria de Buenos Aires durante el virreinato del Río de la Plata - 1776-1810"*, Facultad de Ciencias Médicas, Publicación Cátedra de Historia de la Medicina de Buenos Aires, Buenos Aires.
15. Besio Moreno, Nicolás (1940), *"Historia de las epidemias de Buenos Aires"*, Publicación de la Cátedra de Historia de la Medicina, Universidad de Buenos Aires, Tomo 3, Buenos Aires.
16. Bellora, A. (1972), *"La Salud Pública"*, Centro Editorial de América Latina, Buenos Aires.
17. Berruti, Rafael (1977), *"La asistencia médica durante las invasiones inglesas"* en La Semana Médica, Buenos Aires.
18. Bianchi, Susana (2001), *"Catolicismo y peronismo: religión y política en la Argentina 1943 - 1955"*; IEHS, Buenos Aires.

19. Carrillo, Arturo y Carrillo, Augusto (2005) *"Ramón Carrillo. El hombre... El médico... El sanitarista"*, Edición del autor, Buenos Aires.
20. Casais, de Corne, A. et al (1977), *"Panorama Histórico de la Medicina Argentina"*, Editorial Todo es Historia, Buenos Aires.
21. Cignoli, Francisco (1949), *"La medicina y los médicos en los albores de la argentinidad"* en Revista del Colegio de Farmacéuticos Nacionales de Rosario, año XVI, vol. 16, Rosario.
22. Coni, Emilio, *"La asistencia de la infancia en la Capital de la República"*, Biblioteca de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, Buenos Aires.
23. Cranwell, Daniel (1939), *"Nuestros grandes cirujanos"*, El Ateneo, Buenos Aires.
24. Czajkowski J. y Rosenfeld, E. (1993), *"Evolución de los edificios hospitalarios. Aproximación a una visión tipológica"*, Actas 4° Congreso Latinoamericano - 7° Jornadas Interdisciplinarias de la Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria, Buenos Aires.
25. Correa Luna, C. (1995), *"Historia de la Sociedad de Beneficencia, 1852-1923"*, Instituto Histórico de la Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires.
26. Cottini, Arístides (1980), *"El Hospital en la historia"*, Universidad de Mendoza – Idearium, Mendoza.
27. Di Tella, Torcuato (1969), *"Estructuras Sindicales"*, Editorial del Instituto, Buenos Aires.
28. Di Tella, Torcuato (1960), *"El sistema político argentino y la clase obrera"*, EUDEBA, Buenos Aires.
29. Di Tella, Guido (1983), *"Perón-Perón 1973-1976"*, Ed. Sudamericana, Buenos Aires.
30. Floria, Carlos y García Belsunce, César (1988), *"Historia política de la Argentina Contemporánea 1880-1983"*, Alianza Editorial, Buenos Aires.
31. Furlong G., S.J. (1969), *"Historia Social y Cultural del Río de La Plata"*, Ed. Tea, Buenos Aires.
32. Furlong G., S.J. (1946), *"Médicos Argentinos durante la dominación hispánica"*, Editorial Huarpes, Buenos Aires.
33. Furlong G., S.J (1970), *"Los hospitales en la Argentina con anterioridad a 1850"*, Actas del II Congreso Nacional de Historia de la Medicina Argentina, Córdoba.
34. Foglia, Virgilio, *"Aportes argentinos para la ciencia mundial"*, Quirón, La Plata.
35. Senén González, Santiago (1974), *Breve Historia del Sindicalismo Argentino*, Alzamor Editores, Buenos Aires.
36. Granada, Daniel (1959), *"Reseña histórico descriptiva de antiguas y modernas supersticiones del Río de la Plata"*, Ed. Guillermo Kraft, Buenos Aires.
37. Ingenieros, José (1920), *"Locura en la Argentina"*, Cooperativa Editorial Buenos Aires, Buenos Aires.
38. Jankilevich, Angel (1999), *"Hospital y Comunidad"*, Gráfica Sur, Buenos Aires.

39. Kohn Loncarica, A.G. y Agüero, A.L. (2000) "*Bernardo A. Houssay, el Claude Bernard latinoamericano*" en Revista Médico Interamericano; 2002.
40. Khon Loncarica, A.G. y Sánchez, N. (2002), "*Cesar Milstein: Paradigma de la diáspora científica argentina*" en Revista Todo es Historia, Nº 429 Buenos Aires.
41. Kohn Loncarica, A.G. y Agüero, A.L. (1997), "*Carlos Alberto Alvarado y los planes de salud rural*" en Revista Saber y Tiempo, Publicación de la Asociación Biblioteca José Babini, Buenos Aires.
42. Luna, Félix (1996), "*Historia Integral de la Argentina*", Editorial Planeta, Buenos Aires.
43. Mallimaci, Fortunato (1992), "*El catolicismo argentino desde el liberalismo integral a la hegemonía militar*" en 500 años de cristianismo en Argentina; Editorial CEHILA, Buenos Aires.
44. Meyer Arana A. (1911), "*La Caridad en Buenos Aires*", Editorial Sopena, Barcelona.
45. Molinari, José Luís (1943), "*Los Bethlemitas y su obra en el Hospital de Buenos Aires*", Archiviam, tomo I, fascículo 2, Buenos Aires.
46. Molinari, José Luís (1936), "*Hospitales coloniales: el Hospital de Mujeres*" en Revista Estudios, tomo 55, Buenos Aires.
47. Oszlak, Oscar (1985), "*La formación del Estado Argentino*", Ed. de Belgrano, Buenos Aires.
48. Penna, J. y Madero, H., (1910), "*La Administración Sanitaria y la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires*", Kraft Editor, Buenos Aires.
49. Perrone, Néstor y Teixidó, Lucrecia (2007), "*Estado y salud en la Argentina*" en Revista de la Maestría en Salud Pública, Buenos Aires.
50. Ravignani, Emilio (1961) "*El virreinato del Río de la Plata (1776-1810)*" en Historia de la Nación Argentina -Desde sus orígenes hasta la organización definitiva en 1862-, Academia Nacional de la Historia, vol. IV, Buenos Aires.
51. Recalde, Héctor (1988), "*La higiene y el trabajo*", Centro Editor de América Latina, Buenos Aires.
52. Requejo, Jorge Alberto, "*La organización hospitalaria en tiempos del protomedicato*", Instituto Superior Dr. Arturo Jauretche, Buenos Aires.
53. Romero, J. L. (1983), El desarrollo de las ideas en la sociedad argentina del siglo XX, Ed. Solar, Buenos Aires.
54. Rouquiè, A. (1975), "*Radicales y desarrollistas*", Schapire, Buenos Aires,
55. Sociedad de Beneficencia de la Capital, "*Álbum Histórico 1823-1910*".
56. Tobar, Federico (2001), "*Breve historia de la prestación del servicio de salud en la Argentina*", Ediciones Isalud, Buenos Aires.
57. Vergara Bertiche, Osvaldo (2006), "*Ramón Carrillo, el sanitarista de los argentinos*", Conferencia brindada en el Centro Cultural Bernardino Rivadavia de la Municipalidad de Rosario el 30/8 en Colección Cultura y Nación, Santa Fe.
58. Veronelli, Juan Carlos y Veronelli Correch, Magalí (2004), "*Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina*", Organización Panamericana de la Salud, Buenos Aires.

59. Zanatta, Loris (1996), *“Del Estado liberal a la Nación católica. Iglesia y ejército en los orígenes del peronismo (1930-1943)”*, Universidad Nacional de Quilmes, Buenos Aires.
60. Zimmermann, Eduardo (1995), *“Los liberales reformistas. La cuestión social en la Argentina 1890 – 1916”*, Editorial Sudamericana, Universidad de San Andrés, Buenos Aires.

IMÁGENES IMAGES

Archivo General de la Nación, Departamento Documentos Fotográficos y Departamento Documentos Escritos.
 Museo Histórico Nacional.
 Museo de la Ciudad de Buenos Aires.
 Instituto Histórico de la Ciudad de Buenos Aires.
 Biblioteca Gálvez.
 Centro de Documentación e Investigación de la Arquitectura Pública (CeDIAP).
 Fototeca Benito Panunzi, Biblioteca Nacional de la República Argentina.
 Fototeca Paucke, Archivo General de la Provincia de Santa Fe.
 Archivo de Planos Históricos y Biblioteca Agustín González, Agua y Saneamientos Argentinos (AySA).
 Fototeca de la Asociación de Reporteros Gráficos de la República Argentina (ARGRA).
 Museo del Bicentenario.
 Fundación Instituto Leloir.
 Sociedad Filatélica de la República Argentina.