



DOCUMENTACIÓN GENERAL
**Plan Sintético de Salud Pública
1952 – 1958
Dr. Ramón Carrillo**

RESUMEN:

Resumen. Contiene las directivas para preparar el Plan Sanitario Sintético para el período 1952-1958

Ref.Dip:	DG	109.05.00-1
Aut.Dip:	ES	CC 010106

AL LECTOR

La publicación o reproducción total o parcial del contenido de este artículo será permitida sólo en el caso de que se cite a la Dirección de Información Parlamentaria del Congreso de la Nación y, en su caso, a los autores de los artículos y notas firmadas.

En las mismas condiciones se permite la utilización de la información aquí incorporada en trabajos de índole académica (libros, tesis, folletos, artículos, conferencias, etcétera).



H. Cámara de Diputados de la Nación
Secretaría Parlamentaria
Dirección de Información Parlamentaria

INDICE

<i>BREVE RESEÑA BIOGRÁFICA</i>	2
<i>PLAN SANITARIO DE CARRILLO</i>	5
<i>BREVE SÍNTESIS DEL CONTENIDO GENERAL DEL PLAN SINTÉTICO 1952-1958</i>	7
<i>PLAN SINTÉTICO DE SALUD 1952 - 1958</i>	13



H. Cámara de Diputados de la Nación
Secretaría Parlamentaria
Dirección de Información Parlamentaria

BREVE RESEÑA BIOGRÁFICA

Ramón Carrillo nació en la provincia de Santiago del Estero (Argentina), el 7 de marzo de 1906. Cursó estudios primarios y secundarios en instituciones públicas de su provincia. Adquirió una sólida formación intelectual, que más tarde se expresaría en sus obras.

Luego de realizar sus estudios en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires se inclinó hacia la neurología y la neurocirugía, colaborando con el Dr. Manuel Balado, eminente neurocirujano de la época, con quien realizó sus primeros trabajos científicos. Entre 1930 y 1932 fue becado para perfeccionar sus conocimientos en Europa. En el viejo continente se formó en centros académicos y científicos de Ámsterdam (el más importante de la época en su especialidad), París y Berlín.

A su regreso al país, Carrillo organizó el laboratorio de Neuropatología en el Instituto de Clínica Quirúrgica, y dirigió el Servicio de Neurología en el Hospital Militar Central. Asimismo se dedicó a la docencia universitaria, siendo profesor titular de la cátedra de Neurocirugía de la Facultad de Medicina (UBA) desde 1943, y profesor de historia argentina e historia de la civilización en distintas escuelas secundarias de la Capital Federal. Por esa época, Ramón Carrillo ya se había consolidado como un prestigioso neurocirujano de fama mundial, y formaba parte de diversas sociedades científicas nacionales y extranjeras. Había ganado el Premio Nacional de Ciencias en 1937, y era autor de varias obras especializadas en anatomía patológica, anatomía comparada, clínica neurológica, etcétera.

En 1949, durante la primera gestión presidencial de Juan Domingo Perón, se crearon la Dirección Nacional de Higiene, la Secretaría de Salud y el Ministerio de Salud Pública de la Nación. Carrillo fue designado al frente del mismo, en



H. Cámara de Diputados de la Nación
Secretaría Parlamentaria
Dirección de Información Parlamentaria

virtud de su prestigio profesional, desarrollando una vasta labor sanitarista, en particular enfrentando las enfermedades endémicas de las zonas más pobres del país. Así, durante esa época el paludismo fue eliminado casi totalmente, al igual que la sífilis, la lepra y la tuberculosis, y se crearon innumerables Centros de Salud, Hospitales y puestos sanitarios de frontera

Durante la gestión de Carrillo en el Ministerio la capacidad hospitalaria del país se duplicó. El mismo Carrillo resumió su política definiéndola como “*una asistencia individual y familiar eficiente, continua y completa, con gratuidad para la población que la necesite, con libre elección del médico por el paciente, en la que los profesionales actúen para la comunidad ofreciendo sus servicios mancomunados, según la demanda de prestaciones y buscando el equilibrio entre las necesidades médicas de la población*” .

Entre las producciones escritas de Carrillo se pueden mencionar, varias obras de neurocirugía: *El diagnóstico yodoventriculográfico en cirugía cerebral*; *Importancia de la encefalografía en la apreciación médico-legal del síndrome post-conmocional*; *Topografía craneal* entre otras.

Al poco tiempo de asumir como Ministro de Salud Pública de la Nación elaboró, junto a su equipo, el *Plan Analítico de Salud* (1946) donde describía la situación de la salud en Argentina y proponía las acciones del futuro ministerio.

Su *Política Sanitaria Argentina* (1949) estaba fundamentada en tres principios:

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

Su *Teoría del Hospital* (1953) era un compendio doctrinario que contenía los principios orgánicos sobre la conformación arquitectónica, técnica y administrativa del Hospital moderno. Sin embargo, Carrillo advertía que “*los hospitales no se organizaban a base de libros, ni a conocimientos estrictamente*



H. Cámara de Diputados de la Nación
Secretaría Parlamentaria
Dirección de Información Parlamentaria

técnico-médicos, sino principalmente a base del conocimiento de la problemática social de la población que el establecimiento va a servir, y de la política sanitaria que se ha trazado un gobierno".

Al elaborarse el Primer Plan Quinquenal, Carrillo se encontró con la necesidad de planificar la construcción de hospitales, institutos, sanatorios para crónicos, centros de salud, hogares para niños y ancianos, hogares escuela, entre otras obras. Es así como se decidió adoptar un estilo arquitectónico, confeccionar planos de prototipos de construcciones de diferente complejidad y capacidad, estudiar el equipamiento y licitar las contrataciones, controlar permanentemente la marcha de las tareas a fin de poder cumplir con el mayor porcentaje posible de las obras incluidas en el calendario, y responsabilizar a los organismos encargados de pagar los certificados de obra o de provisión de elementos por los perjuicios que ocasionaban los retrasos en liquidaciones de trámite normal.

Los trabajos que se llevaron a cabo por intermedio del Ministerio de Obras Públicas, por la Subsecretaría de Construcciones del Ministerio de Salud (que creó con ese fin) y por la Fundación Eva Perón, darían como saldo la creación de 4.229 establecimientos sanitarios con 130.180 camas.

Carrillo mostró un especial interés en áreas en las que el Estado no había profundizado hasta entonces: la medicina preventiva, la medicina social y la atención materno-infantil. Asimismo el Dr. 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.

Retirado de las cátedras y de la gestión pública, luego de la caída de Perón, Carrillo se exilió en Brasil. Allí, se desempeñó por algún tiempo como médico rural. Falleció en Belem do Pará (Brasil) en 1956.



H. Cámara de Diputados de la Nación
Secretaría Parlamentaria
Dirección de Información Parlamentaria

PLAN SANITARIO DE CARRILLO

En las publicaciones que Ramón Carrillo llevó a cabo durante su gestión ministerial, hizo referencia a la necesidad de elaborar un Código Sanitario para el país.

El 21 de octubre de 1943 se dictó el Decreto 12311¹ por el cual se creó la *Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social como dependencia del Ministerio del Interior.*

Los considerandos del mencionado decreto señalan que la centralización institucional *...cuenta con la aprobación unánime de todos los círculos científicos(...) constituye desde hace tiempo el fundamento y la tendencia de medidas legislativas y administrativas y es indudablemente una de las aspiraciones más concretas y urgentes de la opinión pública del país*

A mediados de 1944 la *Dirección Nacional* consiguió la sanción de la ley 12912² (Decreto-ley 31589/44) que en su art. 21 ordenaba que “el organismo sanitario nacional formule los planes nacionales de sanidad y adopte las medidas necesarias para su cumplimiento.”

En 1946 fue creada la Secretaría de Salud Pública, y Carrillo fue designado para ocuparla y como parte de su política sanitaria, en septiembre de 1947 logró que se sancionara la ley 13012³ que propugnaba la creación de un Código Sanitario y de la Asistencia Social para el país. El artículo 1º de dicha ley comprometía al Poder Ejecutivo a preparar un Proyecto de *Código Sanitario y de Asistencia Social y Creación del Fondo Nacional de Salud y Asistencia Social*, que según los principios establecidos por la misma ley debería ser presentado en el siguiente período ordinario de sesiones.

La codificación habría de contemplar los dos grandes ejes que orientaban

¹ B.O.: 10/11/1943

² Sanción :19/12/1946. Da fuerza de ley a los decretos que crean y organizan el funcionamiento de la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social

³ B.O.: 16/10/1947



H. Cámara de Diputados de la Nación
Secretaría Parlamentaria
Dirección de Información Parlamentaria

la doctrina sanitaria de la época: la vinculada a la policía sanitaria y la relacionada con la asistencia social.

En el año 1951 el proyecto de Código elaborado por el Poder Ejecutivo fue publicado incluyendo el mensaje de elevación al Honorable Congreso Nacional que llevaba la firma de Carrillo y Perón.

En su artículo 2º presentaba los siguientes principios :

- *definía la competencia* jurisdiccional del organismo nacional,
- *promovía la asistencia* de todos los habitantes de la nación así como *la unificación* de la asistencia médica y social
- *y la gratuidad* del servicio para todos aquellos que la necesitaren.

Por su lado, el Ministerio de Asuntos Técnicos, dispuso que el Ministerio de Salud presentara un **Proyecto de Plan Sanitario Sintético** para el período 1952-1958, (elaborado por Carrillo) el que después de coordinarse con los planes provinciales sería desarrollado como **Plan Analítico Nacional de Salud Pública** que debía superar al Plan Analítico 1946-1951 ya que en esa oportunidad se dispondría de estadísticas y medios de ejecución que integraban la estructura funcional del Ministerio de Salud Pública

Después de aprobado el proyecto de *Plan Sintético de Salud Pública* de la Nación, se procedió a desarrollarlo en forma analítica de acuerdo a las normas consignadas en la Resolución 31.412 del 26 de enero de 1951.

El nuevo Plan sanitario para 1952-1958 debía seguir las líneas ya trazadas porque era un programa de consolidación del Plan de 1946. Se puede concluir que el logro de esta organización fue resultado de la experiencia de cinco años; de la fusión o transferencia de reparticiones e instituciones dispersas y de la creación de nuevos organismos para cumplir con los objetivos señalados en el Plan de 1946.

En la actualidad, numerosos hospitales e instituciones de salud llevan su nombre reconociendo no sólo su labor como Ministro de Salud Pública sino también como mentor y ejecutor del Plan Sanitario.



H. Cámara de Diputados de la Nación

Secretaría Parlamentaria

Dirección de Información Parlamentaria

SÍNTESIS DEL CONTENIDO GENERAL DEL PLAN SINTÉTICO 1952-1958

Capítulo I : *Medicina Asistencial o curativa* (Microcosmos) dividido en

A.- Parte General:

- I. - Número de camas. Asistir y curar al enfermo “no pudiente”
- II. - Red Hospitalaria
- III. - Acordar con las provincias y/o instituciones un solo tipo de organización Hospitalaria
- IV. - Organizar la asistencia policlínica
- V. - Organizar la asistencia monoclínica para crónicos
- VI. - Anexos hospitalarios
- VII. - Ciudades Hospital
- VIII. - Servicios de Urgencia
- IX. - Especialidades e Institutos
- X. - Objetivos Funcionales y sanitarios del hospital
- XI. - Racionalización de la Administración hospitalaria
- XII. - Desarrollo de la asistencia médica privada

B.- Parte Especial:

- I. - Hospitales Generales o Policlínicos en particular
- II. - Hospitales Psiquiátricos en particular
- III. - Hospitales Tisiológicos en particular
- IV. - Hospitales de Lepra
- V. - Hospitales Climáticos Termales
- VI. - Hospitales de la Madre y el Niño
- VII. - Maternidades
- VIII. - El Anexo de Lactantes
- IX. - Hospitales y servicios odontológicos
- X.
- XI. - Hospitales y servicios oncológicos
- XII. - Institutos, Centros y servicios de hemoterapia
- XIII. - Servicio Farmacéutico Hospitalario
- XIV. - Servicio Radiológico
- XV. - Servicio de Laboratorios Clínicos en los hospitales
- XVI. - Hospitales, Institutos y Servicios de Cirugía General
- XVII. - Institutos de Cirugía altamente especializada
- XVIII. - Centros modelos de Clínica Médica
- XIX. - Institutos y Centros de Alergia
- XX. - Instituto y Centro de Gastroenterología
- XXI. - Hospital de Quemados
- XXII. - Instituto de Endocrinología
- XXIII. - Centros y Servicios de Terapéutica Inhalatoria



H. Cámara de Diputados de la Nación

Secretaría Parlamentaria

Dirección de Información Parlamentaria

Capítulo II.- *Medicina Sanitaria o Profiláctica (Mesocosmos)*

A.- Parte General

- I. - Enfermedades transmisibles
- II. - Sanidad de Fronteras y Transportes
- III. - Zoonosis. Actuar mediante la educación médico sanitaria del ganadero
- IV. - Bioclimatología

B - Parte Especial

- I. Epidemiología
- II. Epidemias con manifestaciones respiratorias
- III. Epidemias con manifestaciones dermatomucosas en la infancia
- IV. Epidemias con manifestaciones cutáneas en el adulto
- V. Epidemias con manifestaciones en el aparato digestivo
- VI. Epidemias con manifestaciones en el sistema nervioso
- VII. Epidemias con manifestaciones ganglionares
- VIII. Epidemias argentinas en general
- IX. Paludismo
- X. Brucelosis
- XI. Tracoma
- XII. Epiendemias en general
- XIII. Tuberculosis
- XIV. Lepra
- XV. Venéreas
- XVI. Lucha antirreumática
- XVII. Enfermedad de Chagas
- XVIII. Zoonosis
- XIX. Parasitosis
- XX. Sanidad de Fronteras
- XXI. Climatizmo y Termalismo

Capítulo III.- *Medicina Social o preventiva (macrocosmos)*

A.- Parte General

- I. - Lucha contra los factores sociales de la enfermedad
- II. - Diagnóstico Precoz
- III. - Profilaxis por el tratamiento
- IV. - Lucha contra las enfermedades invalidizantes
- V. - Lucha contra la mortalidad infantil
- VI. - Prolongar la vida útil del hombre
- VII. - Organización de la profesión médica



H. Cámara de Diputados de la Nación

Secretaría Parlamentaria

Dirección de Información Parlamentaria

B.- Parte Especial

- I. Alimentación
- II. Vivienda
- III. Higiene de las ciudades
- IV. Higiene rural
- V. Trabajo Higiene y Medicina Tecnológica
- VI. Cardiología Preventiva y Social
- VII. Diabetología Preventiva y Social
- VIII. Gastroenterología preventiva
- IX. Alergia. Campaña contra las enfermedades alergizantes, especialmente el asma.
- X. Psicopatología Social
- XI. Los problemas del enfermo crónico curado o dado de alta.
- XII. Higiene y Medicina del Deporte
- XIII. Campaña médico social contra la sordera
- XIV. Organización de los Centros de Salud y de los Centros Sanitarios
- XV. Organización de la profesión médica, incluidas odontología, farmacia y obstetricia. Creación a cargo del Estado del “Médico de Familia” para los no pudientes en zonas o barrios con desamparo médico.

Capítulo IV *Construcciones*

- I. - Planificar la construcción de hospitales
- II. - Adquisición y posesión de tierras
- III. - Planificación especial
- IV. - Planificación general
- V. - Consejo de construcciones Sanitarias
- VI. - Contratación e Inspección de Obras
- VII. - Servicios especiales de la Construcción
- VIII. - Conservación y ampliación

Capítulo V *Financiación de los servicios de la Salud Publica*

- I. - Financiación Social de la Salud Pública.(orientando dicha Financiación hacia las soluciones sociales adoptadas por países más avanzados
- II. - Financiación de los hospitales provinciales. Dictar la ley de coparticipación Federal en virtud de la cual se ejerza la acción concurrente de la Nación y las Provincias en materia de salud pública y que garantice, al mismo tiempo a cada provincia, un mínimo de financiación de sus servicios, en función de su numero y rendimiento, sin menoscabar el concepto federal.



H. Cámara de Diputados de la Nación

Secretaría Parlamentaria

Dirección de Información Parlamentaria

Capítulo VI Administración

- I. - Programar y estructurar un servicio administrativo simplificado que permita resolver los problemas en pocas horas
- II. - Adoptar un sistema de presupuestos científicos complementario del oficial
- III. - Implantar un régimen de contralor técnico administrativo
- IV. - Preparar, perfeccionar y/o educar el personal para el desarrollo específico de la tarea
- V. - Preparar el programa y supervisar los planos del proyecto de Edificio del Ministerio
- VI. - Establecer un sistema de comunicaciones radiotelefónicas
- VII. - Mantener al día el presupuesto comparado de la Nación con el de las provincias, es decir, el presupuesto total del país en materia de Salud Pública

Capítulo VII Abastecimientos

- I. Abastecimiento de materiales
- II. Abastecimiento de especies
- III. Producción local
- IV. Almacenaje. Instalación de cinco grandes depósitos regionales
- V. Reorganización de la flota de transportes

Capítulo VIII Personal

- I. Psicotecnia. Selección y calificación del personal de acuerdo a "tests" psicológicos y cursos de perfeccionamiento.
- II. Docencia. Formación y/o capacitación del profesional médico

Capítulo IX Demología y política sanitaria

- I. Estadística vital. Orientar y crear una doctrina demológica y demográfica, informando regularmente sobre los factores que inciden colectivamente sobre la salud de la población mediante una estadística vital permanentemente actualizada.
- II. Control planificado de los hospitales, centros médicos e institutos para saber si los servicios prestados están en proporción con los gastos que demanda la prestación .
- III. Economía Sanitaria. Vigilar atentamente el estado de salud de la población



H. Cámara de Diputados de la Nación

Secretaría Parlamentaria

Dirección de Información Parlamentaria

IV. Política demográfica

Capítulo X - *Cultura y educación sanitarias*

- I. Conciencia sanitaria. Formar una conciencia sanitaria popular sobre el valor de la salud y el modo de protegerla.
- II. Popularización de ciertos conocimientos sobre patología. Ilustrar al público sobre cierto tipo de enfermedades.
- III. Difusión de la profilaxis y de la higiene.
- IV. Técnica de la difusión y de la divulgación
- V. Optimismo y seguridad sanitaria. Infundir confianza a la población en los organismos sanitarios y en su eficiencia
- VI. Propaganda de gobierno
- VII. Organizar la colaboración sanitaria popular.

Capítulo XI *Investigación científica*

- I. Orientación de las investigaciones médico-sanitarias
- II. El investigador en Salud Pública
- III. Los Centros de Investigación
- IV. La enseñanza y la Investigación
- V. Financiación de las investigaciones

Capítulo XII - *Industrias sanitarias y farmacias*

- I. Fomento industrial. Promover el desarrollo de toda industria que tenga por objeto ayudar a la curación de los enfermos.
- II. Desarrollo de las industrias críticas y no las de mera transformación. Promover el desarrollo y la protección de la industria farmacéutica.
- III. Industrias de equipamiento sanitario. Promover y proteger su Desarrollo.
- IV. Fomento de la industria del instrumental médico.
- V. Racionalizar la distribución de medicamentos en todo el país.
- VI. La fitoterapia. Fomentar el desarrollo de la fitoterapéutica y La fitoquímica controlando su expansión comercial.
- VII. Fomento de los productos dietéticos con fines terapéuticos
- VIII. Nueva Farmacopea con sentido moderno. Remitir al Congreso de la Nación el nuevo proyecto de Farmacopea Nacional
- IX. Vigilancia farmacológica. Contralor planificado de los Medicamentos.
- X. Producción de medicamentos tipificados

Capítulo XIII - *Legislación y derecho sanitario*



H. Cámara de Diputados de la Nación

Secretaría Parlamentaria

Dirección de Información Parlamentaria

- I. Jurisprudencia sobre el Código Sanitario Nacional. Desarrollar las consecuencias legales e institucionales que resultaren de la aprobación del Código Sanitario.
- II. Divulgación del Derecho Sanitario Nacional. Sus objetivos y sus antecedentes.
- III. Desarrollar las consecuencias institucionales, legales y de organización que producirá automáticamente la sanción de La ley orgánica del Ministerio de Salud Pública.
- IV. Colaborar y asesorar en el desenvolvimiento del Juzgado especializado en la aplicación del derecho sanitario y en la estructuración del Tribunal de Faltas.
- V. Legislación complementaria
- VI. Plantear en el terreno jurídico los problemas que resultarán con motivo del Código Sanitario, en materia de jurisdicciones, con las provincias.
- VII. Unificación de los servicios médicos nacionales

Capítulo XIV *Regionalización*

- I. Adecuación del plan funcional a las Regiones Sanitarias.
- II. Documentación gráfica. Desarrollo del Plan Analítico 1952-1958 regionalizado en forma gráfica, objetiva y con documentación específica de la región.
- III. Epicrítica.. Analizar exhaustivamente las soluciones regionales.

Capítulo XV- *Calculo del tiempo y del coste del plan sanitario 1952-1958*

- I. El problema del tiempo
- II. El problema del coste

ANEXO

Proyecto de ley sobre Coparticipación Federal para la Financiación de la asistencia hospitalaria

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DE LA NACION

PLAN SINTETICO
DE
SALUD PUBLICA

1952 - 1958

POR EL

Dr. RAMON CARRILLO



BUENOS AIRES

1951

1. 1941-1942 - 127 474
2. 1943-1944 - 147 474
3. 1945-1946 - 167 474
4. 1947-1948 - 187 474

PLAN. SINTETICO
DE SALUD PUBLICA

DIRECTIVAS PARA PREPARAR EL PLAN SANITARIO SINTETICO PARA EL PERIODO 1952-1958

Resolución N.º 31.412. Enero 26 de 1951.

Visto que la ley N.º 12.912 (Decreto-Ley N.º 31.589/44) en su artículo 21, ordena que el organismo sanitario nacional formule los planes nacionales de sanidad y adopte las disposiciones necesarias para su cumplimiento en todo el territorio de la Nación; que por otra parte, faculta a este Departamento de Estado a ampliar o modificar dichos planes cuando lo juzgue necesario; y

CONSIDERANDO:

que la Ley de Ministerios fija las grandes líneas de la acción de este Departamento de Estado, concordantes con detalles explícitos acerca de las materias específicas del mismo que se enumeran, taxativamente, en la Ley N.º 13.012, debiendo, en consecuencia, desarrollarse el Plan de acuerdo a las bases fijadas en la Ley;

que, por otra parte, el Ministerio de Asuntos Técnicos, Departamento coordinador de la planificación nacional, ha dispuesto que el Ministerio de Salud Pública presente un Proyecto de Plan Sanitario Sintético para el período 1952-1958, el que luego de coordinarse con los planes provinciales, será desarrollado como Plan Analítico Nacional de Salud Pública;

que el suscrito ha redactado el Plan Sanitario Sintético, a los efectos de dar cumplimiento a lo dispuesto por el Ministerio de Asuntos Técnicos;

que, desde ya, corresponde adoptar las medidas y dictar las normas respecto a cómo se deberá preparar, redactar y elaborar el Plan Analítico 1952-1958, a cargo de cada uno de los organismos especializados y bajo la supervisión del señor Subsecretario Técnico;

que dicho Plan Analítico 1952-1958 deberá superar en mucho al Plan 1946-1951, que termina a fines del corriente año, dado que aquel trabajo fué preparado en base a un esfuerzo personal, sin disponer de la estadística y de los mecanismos técnicos asesores y de ejecución que actualmente integran la estructura funcional y regional del Ministerio de Salud Pública;

que, a tales efectos, se solicita la más amplia dedicación y cooperación patriótica de los señores Subsecretarios, Directores Generales de Sanidad Centrales y Regionales y Directores Técnicos, en cuyas manos queda la misión de dar al país un segundo Plan Analítico de Salud Pública;

por ello.

El Ministro de Salud Pública de la Nación,

RESUELVE:

Artículo 1.º — (*Quiénes redactarán el Plan*). Los organismos directivos e institucionales que operan en cada caso como organismos ejecutores, redactarán el capítulo pertinente del Plan Analítico 1952-1958 de acuerdo a las bases del Plan Sintético que se adjunta, impreso por el Departamento de Publicaciones y Talleres Gráficos del Ministerio.

Art. 2.º — (*Cómo será redactado*). El texto del Capítulo debe tener una extensión suficiente como para desarrollar ampliamente la doctrina de fondo, consignar los antecedentes estadísticos y geográficos necesarios y explicar los detalles indispensables para la ejecución. Tratándose de un Plan Analítico, que por definición es siempre de detalle, la extensión no tiene, ni puede tener límites precisos. El modelo a tener presente en su extensión y ordenamiento, es el Plan Analítico de Salud Pública 1946-1951 (cuatro tomos, edición del Ministerio de Salud Pública de la Nación).

Art. 3.º — (*Materiales básicos de información*). Como punto de partida, los organismos ejecutores recibirán una documentación lo más completa posible, que tendrá el carácter de directivas generales. Dicha documentación preliminar debe ser examinada de la siguiente forma:

1.º Temario y Plan Sintético de 1952. Compararse del Temario del Plan 1952-1958 y del desarrollo del Plan Sintético que há sido entregado al Ministerio de Asuntos Técnicos y que forma parte integrante de la presente Resolución.

2.º Plan de 1946. Luego estudiarán de nuevo el Plan de 1946 y lo actualizarán. Quedan facultados los Directores para tomar de dicho Plan aquello que es inmutable, definiciones, teorías, principios, datos históricos, que fundamentan la parte ejecutiva. No debe olvidarse que en principio, se trata de hacer una nueva edición de dicho Plan de 1946 en los aspectos prácticos, de ejecución, adaptándolo y proyectándolo a un nuevo programa de realizaciones para 1952-1958. Lo que variará será, precisamente, esas posibles realizaciones futuras, que continuarán y/o completarán las iniciadas en 1946. Si ocurriera otra cosa, el Plan carecería de continuidad, en cuyo caso se perdería lo actuado hasta la fecha.

Deben evitarse, por consiguiente, los cambios de orientación y las contradicciones con las normas seguidas hasta ahora. Ello sería nefasto para el Plan 1952-1958, sobre todo si el nuevo Plan obliga al Ministerio a cambiar de estructura.

3.º Carpeta especial. Los Directores Generales de Sanidad y los Directores Técnicos recibirán del suscrito una carpeta especial con los desarrollos fundamentales de la estructuración del Capítulo. Además recibirán instrucciones verbales.

4.º Aporte del organismo ejecutor al nuevo Plan. Contando con los tres elementos que se mencionan precedentemente, los señores Directores compaginarán, ordenarán y escribirán la parte que les ha sido asignada, para configurar así el Capítulo correspondiente del Plan 1952.

Aquí tienen libertad, dentro de las directivas impartidas, para fundamentar mejor los objetivos del Plan y añadir nuevos objetivos, aportando la experiencia propia y de la Dirección respectiva desde 1946 a la fecha, en materia de estadística y necesidades del país.

Art. 4.º — (*Orden interno de la distribución de las materias dentro de cada Capítulo*). Los señores Directores y Jefes redactarán los Capítulos que le son asignados de acuerdo a un mismo ordenamiento, que no será rígido en absoluto, quedando librado a su criterio el modificarlo o adaptarlo a la naturaleza de su materia. Las modificaciones serán las menos posibles para evitar el desorden en la sistematización orgánica del Plan.

De ese modo tratarán de cumplir el siguiente Plan de redacción, después de haber reunido los antecedentes doctrinarios e históricos:

1.º Aforismo. Concretar en un aforismo al principio del Capítulo o en dos enunciados, los grandes "objetivos" del Plan. El aforismo debe ser sintético y contener los propósitos fundamentales del Plan. Es lo que en el Plan Analítico de 1946, va al principio del Capítulo, en bastardilla. Puede utilizarse el mismo aforismo de 1946, mejorándolo o haciéndolo más adecuado a los nuevos propósitos: el hecho es que debe fijarse el objetivo en pocas líneas. Esta frase será, en cierta manera, la bandera de guerra de la repartición respectiva.

2.º Planteo de los problemas. Se tomarán, como base, los interrogantes del Plan Sintético; se perfeccionará su redacción; se añadirán otros problemas, si se hubiere omitido alguno al redactar el Plan Sintético.

Cada problema será referido a la situación del país en 1951, comparado con el estado del país en 1945-1946. Se redactará, por consiguiente, una "mis au point" de todos los problemas. Para la objetivación de éste se utilizarán cuadros estadísticos, curvas, gráficos y especialmente mapas del país, señalando por regiones las necesidades y el daño que dichas necesidades producen al no ser cubiertas. Si es posible dichos daños materiales, por pérdida de vidas o de trabajo, deben ser valorizados en pesos moneda nacional. De ese modo, por ejemplo, se dice que la tuberculosis produce trescientos millones de pesos de pérdida por año. No olvidarse de descomponer el cálculo, explicando detalladamente cómo se produce la sangría al capital humano y económico de la Nación. Al redactar esta parte del Capítulo, el señor Director debe tener presente esta ley metodológica de la investigación científica: "plantear correctamente un problema equivale a resolverlo". ¿Y por qué? Porque si el problema está bien planteado, se identifican fácilmente los factores determinantes y fluye casi espontáneamente la solución. En la terminología militar, dentro de la estrategia y la táctica, es lo que se llama "apreciar la situación". Los militares saben que una exacta "apreciación" conduce a tomar las medidas exactas para liquidar al enemigo. Y no olvidemos que la salud pública tiene un ejército en guerra permanente con los males físicos y mentales del hombre. Y en ese sentido su

El planteo de los problemas debe objetivarse mediante ejemplos concretos de situaciones locales en la República Argentina y no en otra parte.

3. Soluciones al problema. En el Plan Sintético, adjunto se formulan exclusivamente planteos y soluciones, de un modo general. Esa manera de presentar la cuestión, permite, en forma sintética, sugerir los desarrollos del detalle, que son propios del Plan Analítico.

Las maneras de resolver las cuestiones planteadas se estudiarán primero, bajo el aspecto teórico, y luego bajo el punto de vista práctico; se fundamentarán por qué la solución propuesta es la mejor, y por qué no se adaptan otras similares, parecidas o aparentemente mejores.

Se efectuará un estudio teórico de los resultados prácticos y de las orientaciones seguidas por otros países para resolver los mismos problemas. En ningún momento, al hacer este estudio se dejará de pensar que se está preparando un Plan argentino, concebido por argentinos para un medio geográfico, social y psicológico completamente diferente al de otros países. Si otros países no encontraron soluciones, el señor Director y sus colaboradores deberán poner en juego sus conocimientos, su inteligencia y hasta su imaginación, para promover nuevas soluciones, si es que las conocidas no son aplicables en la Argentina o su aplicación resultara demasiado onerosa. No debe olvidarse aquí, por ejemplo, que si se hubiera seguido combatiendo el paludismo con los métodos clásicos, aún estaría por erradicarse dicha endemia. Para resolver este viejo problema que por mucho tiempo se creyó insoluble, fué necesario buscar soluciones nuevas, adecuadas y argentinas.

En síntesis: de este Capítulo deben fluir, lógicamente, los fundamentos de una solución argentina a la cuestión específica de que trate el mismo.

4.º Recuento y análisis de las organizaciones. Aquí se consignarán las nóminas completas de todos los organismos técnicos, sean nacionales, provinciales, comunales o privados, que se ocupan en resolver el problema de que se trata y la forma cómo se podrá coordinar la ejecución con ellos.

La enumeración y descripción se efectuará con criterio regional y se ubicarán en mapas (totales o parciales del país), teniendo en cuenta las áreas de las Direcciones Generales de Sanidad:

- 1.º Región: Litoral-Buenos Aires.
- 2.º Región: Norte.
- 3.º Región: Cuyo.
- 4.º Región: Centro.
- 5.º Región: Sud.
- 6.º Región: Nordeste.

Recontadas, numeradas y ubicadas geográficamente las instituciones, se procederá a un análisis de su acción, actual y futura, sobre todo de su eficiencia sobre el problema local, mayor o menor, según los recursos de que puede disponer, recursos técnicos o financieros.

Este recuento y análisis es absolutamente indispensable para dos cosas:

- a) para apreciar dónde y cómo se pueden cubrir las insuficiencias técnicas o financieras frente al problema;
- b) para establecer la coordinación del Plan con las provincias, entidades locales, comunales y/o privadas si las hubiere.

Al redactar este Capítulo, el Director no debe olvidar que un Plan, para considerárselo ejecutable, debe ser racional, mejor dicho "razonado". Y el examen crítico, previo y documentado de la realidad, es la única vía expedita para llegar a las "soluciones ejecutables" y no a fantasías o meras suposiciones. El Plan será tanto más factible y realista cuanto más informado esté quien lo concibe y/o desarrolle.

5.° Balance Técnico del Ministerio de Salud Pública de la Nación. En este acápite se desarrollará una memoria sintética y objetiva de la tarea realizada por el Ministerio en el período 1946-1949. No se trata, sin embargo, de hacer una simple memoria de la repartición, burocráticamente considerada, sino una memoria crítica, en la que se expondrá lo realizado y además:

- 1.° Lo que falte realizar hasta 1952 y de allí deducir el porcentaje cumplido del Plan Analítico 1946-1951. Se dirá como conclusión: en esta materia se hizo el 30 % del Plan y podremos cumplir el 20 % más hasta 1952.
- 2.° Establecido lo que se hizo y lo que se dejó de hacer, explicando por qué ocurrió ése "no hacer", se deducirá lo que se puede programar para el nuevo Plan Quinquenal de 1952-1958.

Este balance es también absolutamente necesario para una ordenación cronológica del Plan y para juzgar la eficiencia técnica del dispositivo que trabajó durante el período que finaliza.

6.° Fijar los objetivos del Plan. La tarea intelectual e imaginativa por la cual se fijan los objetivos del Plan en cada Capítulo implica una primera síntesis.

Para fijar con claridad los objetivos, ha sido necesario efectuar primeramente las siguientes operaciones:

- a) averiguar, exactamente, cuáles son los problemas a resolver;
- b) estudiar, analizar y criticar todas las soluciones posibles, de acuerdo a la bibliografía y a la experiencia nacional y llegar a seleccionar los procedimientos de elección;
- c) estudiar con qué instrumentos se cuenta para cumplir o ejecutar las soluciones (balance de las organizaciones);
- d) exponer y estudiar el camino ya recorrido (balance de la tarea cumplida).

Aquí viene entonces una síntesis: decir como conclusión cuáles son los objetivos del Plan.

Pueden darse tres tipos de objetivos:

- a) objetivo general;
- b) objetivos especiales;
- c) objetivos locales.

Por ejemplo un objetivo general: reducir la mortalidad tuberculosa de todo el país a un promedio del treinta y cinco por cien mil. Un objetivo especial: dotar al país de un número X de camas. Un objetivo local: en tal zona, donde el problema de la tuberculosis tiene características especiales, Patagonia y Jujuy, adoptar un contralor de catastros especiales para el movimiento migratorio de obreros que vienen de Chile y del Perú.

En el desarrollo de un plan, quizá lo fundamental, es precisar con claridad los objetivos. Sin ello no hay plan posible.

Saber lo que se quiere y adónde se va, no sólo es una actitud correcta y de triunfo en la vida cotidiana, sino también en la vida del país y en el progreso de los pueblos.

7.° Dispositivo técnico para alcanzar los objetivos del Plan. Aquí se examinarán las estructuras actuales, administrativas y técnicas, que serán las encargadas de cumplir y/o hacer cumplir el programa trazado.

Si por un motivo u otro, las organizaciones vigentes no estuvieren en condiciones de ejecutar el Plan, deben explicarse detalladamente:

- a) cuáles son y dónde deben hacerse las ampliaciones o refuerzos de la estructura existente;
- b) si es necesario crear nuevos Servicios, indicar dónde, cuándo y cómo debe hacerse. Es indudable que frente a un objetivo nuevo, hay forzosamente que crear la institución o repartición encargada de alcanzar ese objetivo.

Todo esto se referirá al Plan, en los aspectos internos del Ministerio de Salud Pública de la Nación. Los aspectos exteriores o de coordinación se estudiarán en párrafo aparte.

8.° Coordinación del Plan. Como se trata de un Plan nacional no será la autoridad sanitaria nacional exclusivamente la encargada de ejecutarlo. En virtud de facultades concurrentes, deberán converger para lograr las soluciones finales, todas las autoridades sanitarias locales, provinciales, comunales y aun privadas. Este acápite debe considerarse principalísimo, ya que la experiencia del Plan 1946-1951 demuestra lo difícil que es una coordinación eficiente y que —no existiendo tal coordinación— los esfuerzos se dispersan y se pierden.

Aquí los señores Directores explicarán cómo, cuándo y dónde se efectuará la coordinación con otras autoridades, que disponiendo de dispositivos técnicos capaces, estén habilitadas para colaborar en la nueva tarea, y desarrollar una acción propia, pero concurrente al mismo fin.

Es la única manera de evitar superposición de esfuerzos y el desperdicio que esto implica: cada uno en su sector, es el modo de trabajar.

A los efectos de redactar esta parte del estudio convendrá que los Directores Técnicos se pongan en contacto con las autoridades o Jefes especializados equivalentes de los Ministerios de Salud Pública de las Provincias, previa autorización del Ministro respectivo.

9.° Regionalización del Plan. Una vez preparada la tarea que se tecede se procederá a examinar el problema bajo otros aspectos y determinar las variantes, en cuanto a su ejecución, teniendo en cuenta las características de cada región. Aquí, en este terreno, intervendrán activamente los Directores Generales de Sanidad, y sus asesores, que adaptando lo considerado hasta ahora en líneas generales, en sus detalles de aplicación local, según índices regionales, características geográficas, número de instituciones concurrentes, recursos en establecimientos o personal.

10. Orden de prelación de las obras. En este acápite se establecerá, año por año (1952, 53, 54, 55, 56, 57 y 58) la forma en que se ejecutarán las tareas ejecutivas, su comienzo y fin, según su orden de urgencia. La mayor urgencia es lo que determinará la prioridad. La que

de prelación será fijado de común acuerdo con los Directores Generales de Sanidad.

11. Cálculo aproximado del coste del Plan. Para determinar el monto, en dinero, de lo que costará la tarea a cumplir, las obras se dividirán en la siguiente forma:

- 1.º Partes del Plan que se pueden cumplir con solo un aumento de personal. Monto del gasto en sueldos por año.
- 2.º Parte del Plan que se resuelve con alquiler de local, gastos de habilitación y dotación de personal.
- 3.º Parte del Plan que requiere construcciones especiales, habilitación, personal y gastos de funcionamiento.

12. Posibilidades de realización. Aquí se examinarán todos los argumentos que tienden a demostrar cómo el Plan es absolutamente realizable en el curso de seis años. Los inconvenientes que se pueden encontrar y la forma de subsanarlos, deben ser tratados en párrafo analítico y crítico.

13. Legislación y Código Sanitario. Este Capítulo estudiará la legislación vigente, los Decretos y Reglamentaciones y conocimientos legales y jurídicos sobre la materia, con especial referencia al contenido del Código Sanitario Nacional y las Leyes números 12.912, 13.012 y 13.019. Este estudio tiene por objeto:

- a) proponer las reformas necesarias a la legislación a cumplirse durante el periodo 1952-1958;
- b) presentar concretamente los respectivos proyectos

14. Sumario gráfico de las ideas contenidas en el Plan. Esta será la síntesis funcional de todo el trabajo y constará de dos partes:

- a) un enunciado expositivo de los hechos, objetivos y doctrinas aceptadas como base del Plan;
- b) un gráfico funcional de ideas que lleve dichos enunciados a un gráfico de acuerdo al modelo adoptado en el Plan Analítico de 1946, IV tomo, primera parte (gráficos ideológicos o funcionales).

No confundir el "gráfico ideológico" con un "organograma". El organograma desarrolla el funcionamiento de reparticiones y oficinas (es la anatomía). El gráfico ideológico es una esquematización de ideas (es la fisiología, o mejor el psiquismo).

15. Conclusiones. Como conclusiones se incorporará un comentario del aforismo inicial (ver pág. 1039, tomo II del Plan Analítico de 1946, aforismo y su comentario al final, pág. 1136, del mismo tomo). Esto se cita a simple título de ejemplo.

16. Bibliografía. Se citará toda la bibliografía del * * * * * y de otras reparticiones nacionales o provinciales, pero argentinas. Subsidiariamente las referencias extranjeras. La técnica del fichaje será la internacional (Quartely Cumulative Index Medicus, A.M.A.).

Art. 5.º -- (Distribución del trabajo entre los funcionarios). Como la tarea no puede ser realizada exclusivamente por el Director General o Técnico, éste, una vez en posesión de los elementos de juicio y debida-

mente orientado, procederá a convocar a una reunión de los técnicos de cada Dirección, a poner en conocimiento de todos ellos estas normas y distribuir el trabajo entre los distintos especialistas.

La distribución del trabajo se hará por disposición interna del Director y la persona a la cual se le hubiere encomendado el trabajo, lo comunicará bajo firma.

El trabajo se distribuirá de la siguiente manera:

- a) los Directores Técnicos, sus respectivos Jefes de Sección y sus Asesores Técnicos, tomarán del Capítulo que les correspondiere, la parte del mismo que estuvieren en condiciones de desarrollar, por su experiencia, información o conocimiento especial.

El Director Técnico dirigirá, vigilará el cumplimiento de la tarea, tomará para sí una parte del trabajo, armonizará la documentación gráfica, etc.;

- b) los Directores Generales de Medicina Asistencial, Medicina Sanitaria y Medicina Social de la Región Litoral-Buenos Aires, redactarán, con sus colaboradores, las bases generales de las respectivas medicinas y supervisarán en segunda instancia el trabajo de su equipo de Directores Técnicos;
- c) los Directores Generales de Sanidad de las respectivas regiones (Litoral-Buenos Aires, Norte, Sud, Centro, Nordeste y Cuyo) tendrán una activa intervención en dos circunstancias:

- 1.º Al confeccionarse en cada Capítulo funcional (ejemplo: Lepra, tuberculosis, hospitales, etc.) la síntesis o regionalización del programa.
- 2.º Redactarán la parte del Plan (parte XIII del tomo) que trata de la "Sistematización, desarrollo y aplicación del Plan por regiones, zonas y distritos".

Para confeccionar este Capítulo, cada Director General de Sanidad, reunirá todas las conclusiones parciales de cada uno de los Capítulos y las reunirá en un solo conjunto orgánico regionalizado.

Art. 6.º — (*Modo de presentar el trabajo*). El trabajo será presentado a máquina, en papel tamaño oficio, con gráficos en blanco y negro. Queda prohibido el uso de colores. Para la notación gráfica y de cuadros, se utilizará la Sistematización de Moroder (Facultad de Higiene de Santa Fe). (Ver Resolución N.º 16.989).

A los efectos de preparar los gráficos y dibujos se recurrirá:

- a) a la Oficina de Documentación Gráfica de la Dirección de Cultura Sanitaria;
- b) idem de la Dirección Nacional de Investigaciones Demológicas;
- c) a los dibujantes del Departamento de Habilitación de la Dirección de Arquitectura;
- d) a los propios dibujantes por parte de quien los tuviere en la repartición.

Los dibujos y gráficos deben presentarse en hojas no mayores que el tamaño oficio, en tinta china, listos para la confección del gráfico.

que ha de imprimirse. El texto interior de los gráficos a máquina o prolijamente dibujado, en letras tipo imprenta.

Art. 7.º -- (*Planteo aclaratorio sobre el conjunto del Plan*). Queda aclarado, que en su conjunto la exposición del Plan, por razones didácticas y prácticas, tendrá dos partes:

- a) una exposición funcional tomando los grandes temas a lo largo y ancho de todo el país;
- b) una exposición regional tomando los desarrollos de ese mismo Plan, en una determinada región, la cubierta por la Dirección General de Sanidad.

Queda aclarado, además, que en lo posible se discriminará --lo que en el Plan viejo marchaba unido-- lo asistencial, de lo sanitario y de lo social, aun tratándose del mismo problema. De ese modo: Hospitales de Tuberculosis, es un problema esencialmente asistencial. En cambio, profilaxis de la tuberculosis, a realizarse en los Centros de Salud, es un tema sanitario. Lo mismo con alienados y lepra, por ejemplo.

Art. 8.º -- (*Supervisión de la tarea de preparar el Plan*). Será supervisor-jefe, con amplias facultades, el señor Subsecretario Técnico.

Los Directores Generales y Directores Técnicos, diariamente pedirán las orientaciones que necesitaren a los señores Subsecretarios y Secretario General, los que a su vez informarán diariamente al suscrito sobre la marcha de la tarea.

El Jefe del Departamento de Planificación, organizará la corrección material y gramatical de los textos y se encargará, oportunamente, de preparar la edición del Plan, salvo que, como colaboración, el Subsecretario Técnico, disponga otras medidas de orden.

Facúltase al señor Subsecretario Técnico como supervisor-jefe a fijar los plazos de entrega de los Capítulos y devolverlos si estuvieren mal presentados.

Art. 9.º -- (*Sanciones*). El que no entregare el trabajo, la primera vez será suspendido por quince días; si a la segunda fecha no lo entregare, será suspendido por otros quince días, con obligación de cumplir sus tareas sin percibir haberes. A la tercera demora, se lo dejará cesante y se entregará el trabajo a otra persona.

El señor Subsecretario Técnico tendrá como Secretario al Director del Departamento de Planificación y organizará una Oficina de Emergencia al solo efecto de fiscalizar el desarrollo de la tarea.

Art. 10. -- Regístrese; comuníquese como corresponda; publíquese en el "Boletín del Día"; cumplido, archívese.

CARRILLO

INTRODUCCION Y ANTECEDENTES

El presente proyecto de Plan Sintético de Salud Pública de la Nación, está destinado al Ministerio de Asuntos Técnicos, encargado de la Planificación Integral y a los directores generales y técnicos del Departamento de Estado a mi cargo.

Una vez aprobado este proyecto de Plan Sintético de Salud Pública, se procederá a desarrollarlo en forma analítica, de acuerdo a las normas que de un modo general se consignan en la Resolución Ministerial N.º 31.412/51.

El nuevo plan sanitario para 1952-58, es un programa de consolidación de todo lo desarrollado y conquistado por obra del Plan de 1946 (Ver Plan Analítico de Salud Pública, 4 tomos). La consolidación y desarrollo que se prevé, en el futuro Plan, debe seguir pues, las grandes líneas ya trazadas. En última instancia se trata de acordar recursos extraordinarios a los organismos e instituciones creados por el Plan de 1946 y que ya están trabajando y rindiendo frutos. Existen directivas y planteos precisos sobre cada uno de los problemas médico sociales del país en el Plan 1946; muy pocos pueden escapar a las nuevas previsiones, sobre todo, si se toma en cuenta la experiencia de estos últimos cinco años.

El rendimiento del futuro Plan 1952-58, puede aproximarse al 100 % ya que existen, orgánicamente, los dispositivos técnicos y administrativos necesarios para su ejecución. No se tropezará con el serio y difícil obstáculo que tuvo que afrontarse en el cumplimiento del Plan 1946, esto es, la carencia casi absoluta de un mecanismo sanitario y del personal capacitado para ponerlo en marcha. Hubo que crearlo todo y al mismo tiempo desarrollar el plan, en medio de las mayores penurias y dificultades para alcanzar los objetivos en los plazos preestablecidos.

La experiencia de cinco años, con el Plan de 1946, demuestra, que a pesar de haber sido concebido sin contar con antecedentes ni con elementos de juicio completos, su orientación y las soluciones propugnadas, fueron evidentemente certeras y sabias. Por ejemplo, en la sanción de la Ley N.º 13.012 y de la Ley N.º 13.019; certeras en la concepción de la estructura para la ejecución: los primeros resultados están a la vista, y ante cualquier ojo imparcial, y que sea capaz de valorizar el esfuerzo y lo que éste significa, desde el punto de vista de la técnica sanitaria.

El Plan asistencial (Ley N.º 13.019) se cumplió en un 35 % a pesar de las dificultades inherentes a la construcción; en cambio el Plan de institutos de investigación y tratamiento y otras disposiciones de la 2.ª parte de la Ley N.º 13.019, se cumplieron en un 90 %. La necesidad de

prolongar la vigencia de dicha ley, para el periodo 1952-58, es obvia y no necesita mayores demostraciones.

El Plan 1952 podrá iniciarse sin la perentoriedad de crear el dispositivo de ejecución; dicho dispositivo ya existe —insistimos— perfectamente montado y reglamentado en sus acciones actuales estaticas y dinamicas. A lo sumo requerirá ajustes de forma o de procedimiento.

La organización actual nació (en un 20 %) de la fusión o transferencia de reparticiones e instituciones dispersas; y en un 80 % de la creación de nuevos organismos destinados a cumplir los objetivos señalados en el Plan de 1946.

Sería, pues, un grave, gravísimo error, cambiar o modificar, a esta altura de los acontecimientos, la orientación y objetivos prefijados para la sanidad nacional en el Plan de 1946. Los planes sanitarios se calculan por 10 años (ejemplo: el "Ten Years Plan" de Estados Unidos, año 1948). Se considera que un ciclo sanitario completo no puede cubrirse en menos de 10 años. Una contramarcha técnica, científica o de orientación, para el Plan 1952, implicaría deshacer todo lo hecho y volver al punto de partida, esto es a 1946.

Si se pudo erradicar el paludismo secular; si se pudo bajar notablemente los índices de mortalidad infantil, los de mortalidad tuberculosa; los de morbilidad venérea; si se aislaron casi un 80 % de los leproso; y se alcanzaron tantos otros objetivos, quiere decir que los procedimientos y métodos puestos en juego, fueron altamente eficaces y no habría por qué cambiarlos.

En cambio, sí, habría que organizar mejor la administración, pues si de algo se ha resentido la ejecución del Plan de 1946 ha sido, no tanto de la falta de recursos, sino de la falta de oportunidad en la entrega de éstos.

Para la preparación del Plan de 1946, no tuvimos ni estadísticas ni antecedentes doctrinarios. En cambio, para la elaboración del nuevo Plan de 1952, podemos citar una profusa bibliografía emanada del propio Ministerio de Salud Pública de la Nación. He aquí las obras que hemos tenido presentes para preparar el Plan Sintético:

1. Plan Analítico de Salud Pública, integrante del Plan de Gobierno del General Perón (1946, 4 tomos).
2. Política Sanitaria Argentina, 2 tomos, por el Dr. Ramón Carrillo.
3. Reglamento Interno del Ministerio de Salud Pública, 1 tomo de 1.834 artículos.
4. Recopilación de Leyes y Decretos sobre Salud Pública, 2 tomos.
5. Digesto Sanitario del Ministerio de Salud Pública, 3 tomos (dos en prensa).
6. Boletín Administrativo de Salud Pública (15 tomos, a partir de 1946).
7. Boletín del Día, 2 tomos a partir del 2 de enero de 1950.
8. Archivos de Salud Pública de la Nación, Tiraje: 25.000 ejemplares; 6 tomos. Revista de carácter científico.
9. Revistas especializadas del Ministerio (Enfermería, Neuropsiquiatría, Medicina del Trabajo, etc.).

10. Teoría del Hospital, Arquitectura y Organización; 1 tomo de 500 páginas, por el Dr. Ramón Carrillo.
11. Clasificación Sanitaria de las Enfermedades Mentales. Relaciones entre Código Civil y Sanitario, 1 tomo de 350 páginas, por el Dr. Ramón Carrillo.
12. Contribución al Conocimiento Sanitario del Hombre, 1 tomo de 400 páginas, por el Dr. Ramón Carrillo.
13. Principios de Organización Sanitaria, por el Dr. Ramón Carrillo.
14. Publicaciones, libros, folletos e impresos varios de la Dirección Nacional de Investigaciones Demológicas.
15. Publicaciones, libros, folletos, impresos varios de la Dirección de Cultura Sanitaria.
16. Publicaciones, libros, de la Dirección General de Asuntos Legales y Legislación Sanitaria.
17. Numerosos trabajos de investigación sanitaria de los organismos técnicos, en su mayor parte, publicados en los Archivos de Salud Pública.

En la preparación del Plan Analítico 1952 las reparticiones técnicas del Ministerio de Salud Pública de la Nación recurrirán, además, a otras fuentes bibliográficas, demostrarán su capacitación científica, que resulta encomiable, si se considera panorámicamente la tarea cumplida y su costo reducido.

Mucho se ha hecho, pero es mucho más lo que falta por hacer. A fin de asegurar a la población de nuestro país, una permanente y eficaz vigilancia de su salud y una atención solícita en caso de enfermedad. Es necesario programar con valentía soluciones que lleguen al fondo del problema y no quedarse con objetivos que por su insignificancia resultan remedios para grandes males. A grandes males, grandes remedios.

Si al esfuerzo de la Nación en esta materia, se suma el esfuerzo local de las provincias, que en el período 1946-51, han creado sus respectivos Ministerios de Salud Pública —con el apoyo moral, técnico o financiero de la Nación— y han comenzado a actuar con entusiasmo y patriotismo, se llega a la conclusión de que en conjunto, por obra de la acción concurrente, de que nos hablan los constitucionalistas, los fines del Plan 1946 han sido satisfactoriamente alcanzados y cubiertos, en algunos aspectos con creces, como en el caso del paludismo. En otras, como es lógico, con menos eficacia.

El Plan de 1946 sólo preveía una reducción de 50 % del paludismo; se ha llegado, prácticamente al 100 % de erradicación, señalándose así, uno de los mayores triunfos de la sanidad, en el mundo, que culmina, en el decreto, firmado por el Excmo. Señor Presidente de la Nación, General Juan Perón, por el cual se da por terminadas las funciones de la Dirección General de Paludismo del Ministerio de Salud Pública de la Nación, por carecer de objetivo y se la transforma en un organismo sanitario general, destinado, principalmente a la lucha antituberculosa en el Norte Argentino, tan azotado y castigado.

Mar del Plata, 1.º de enero de 1951.

I. MEDICINA ASISTENCIAL O CURATIVA (Microcosmos)

El plan de medicina asistencial, en su parte general estará a cargo de la Dirección de Medicina Asistencial y en la parte especial a cargo de las divisiones técnicas respectivas.

Estos organismos se encargarán, en base a los conceptos aquí contenidos y de los antecedentes y bibliografía existentes, de desarrollar el **Plan Analítico de Salud Pública, Período 1952-58**. Sin perjuicio de otros colaboradores y ajustándose a las "Normas a los Directores" el trabajo se distribuirá para su ejecución, de la siguiente manera:

A. -- PARTE GENERAL

Objetivo I: Número de camas. -- Asistir y curar al enfermo "no paciente" en un número de establecimientos "suficientes", cuantitativa y cualitativamente considerados, sean hospitales, centros médicos o institutos, facilitando medicamentos al mismo tiempo que servicios médicos.

Problemas: 1. -- ¿Cuántas camas hospitalarias deben existir en relación con el número de habitantes? Cuestión cuantitativa: se acepta universalmente como un índice medio, para que una población cuente con hospitales suficientes, debe existir 1 cama por cada 100 habitantes (diez por mil). Nosotros tenemos 17 millones de habitantes, por consiguiente, el país debe contar con 170.000 camas hospitalarias para poder asistir a su población en forma correcta.

El ideal para la República Argentina es, pues, 170.000 camas. No obstante el esfuerzo del Plan 1946-51 sólo hemos llegado a 100.000 camas, quedando un déficit de 70.000, déficit mayor que el calculado en 1946 para esta fecha (40.000), debido a que nos fundamos para determinar el índice en los datos sobre población total de la República de aquel entonces apreciado en 14 millones de habitantes.

Esa cifra de 14 millones era la que resultaba de las deducciones oficiales en 1946, teniendo como punto de partida el III Censo, o sea el del año 1914.

El IV Censo Nacional, realizado poco tiempo después (1947), demostró que la población total se aproximaba, realmente, a 17 millones, demostrando que la cifra utilizada por nosotros, aunque oficial, era equivocada. Tal error derivaba --insistimos-- de los censos anteriores (reajustados con el cálculo del crecimiento vegetativo). Dijimos que en 1946 se estimaba la población total de la República en 14 millones, lo que nos indujo al error en el cálculo del número ideal de camas (140.000 en lugar de 170.000). Ver Plan Analítico de Salud Pública, tomo I.

2. — ¿Cómo deben distribuirse esas camas entre las especialidades? Cuestión cualitativa: aceptado que el déficit cuantitativo de camas en 1951 es de 70.000, corresponde distribuir esas camas con un criterio cualitativo, según las diversas especialidades hospitalarias. Para ello hay que adoptar una "fórmula cualitativa proporcional", según la experiencia de los países más adelantados en la materia.

¿Qué fórmula debemos aceptar?

3. — ¿Dónde deben distribuirse las camas y en qué cantidad y calidad? Geográficamente, su distribución por regiones, según las necesidades. ¿Cómo debe hacerse?

NOTA: Lo que debe entenderse por "no pudiente" y las consecuencias que este concepto tiene sobre la asistencia médico-social y el abastecimiento de medicamentos, se trata en otros capítulos del Plan: Organización de la Profesión Médica, Abastecimiento, Industrias Sanitarias, etc.

Soluciones: 1. — El Plan 1952 debe prever la construcción, habitación y funcionamiento de 70.000 camas para asistencia médica, distribuidas: a) con el criterio funcional, cualitativo, por especialidades; b) con el criterio geográfico, según las necesidades de cada región.

En el Plan de Salud Pública del año 1946, sobre una población erróneamente calculada de 14 millones, se estimaron las necesidades en 140.000 (una por cada cien habitantes). Teníamos en aquel momento 57.000 camas. Nos faltaban, pues, 83.000 para llegar al ideal; es decir, a las 140.000. Esta fué la cifra considerada como el déficit a cubrir. Así se consigna en el Plan Analítico de 1946, Ley N.º 13.019 de 1947 (ver tomo I, página 140 y siguientes; página 146, artículo 1.º, etc.). Pero en 1947 se realizó el IV Censo Nacional y con toda sorpresa se advirtió que las estimaciones teóricas, en base al presunto crecimiento vegetativo, estaban equivocadas en casi 3 millones de habitantes. El país tenía prácticamente 17 millones y no 14 millones de habitantes. De donde resultaba que la cifra ideal era, ya en aquel entonces, de 170.000 camas y no de 140.000, y el déficit, en lugar de 83.000 como decíamos en el Plan, era —ya en 1946— de 113.000 camas. Sobre el programa de 1946 de 83.000 camas, a construir en el período 1946-51, se han construido alrededor de 45.000. La cifra a alcanzar en 1952 es de 45.000 camas —insistimos— en la que computamos no sólo las camas habilitadas por la Nación, sino también las de la Fundación Eva Perón, las de provincias e instituciones privadas (sanatorios particulares).

En cifras redondas se puede decir que en el año 1952, al comienzo del nuevo Plan, el país contará con 100.000 camas. Quedará, pues, para el período 1952-58 el construir las 70.000 camas que faltan, cosa perfectamente posible con la acción concurrente de los gobiernos nacionales, provinciales e instituciones privadas como la Fundación Eva Perón. Al fin del año 1957 o principios de 1958, el problema cuantitativo del país estará resuelto.

2. — El problema cualitativo impone adoptar una norma para distribuir las 70.000 camas entre las distintas especialidades.

Esas 70.000 camas deben distribuirse de acuerdo a la siguiente fórmula:

a) Clínica (15 %)	10.500	camas
b) Cirugía (10 %)	7.000	..
c) Neuropsiquiatría (35 %)	24.500	..
d) Tisiología y enfermedades infecciosas (30 %)	21.000	..
e) Especialidades (5 %)	3.500	..
f) Maternidad	3.500	..

3. — La solución de "dónde" deben construirse o habilitarse estas camas, desde el punto de vista geográfico, se considera en la parte vinculada a construcciones y en el capítulo sobre regionalización (ver tales capítulos más adelante).

Objetivo I: Número y calidad de camas, organizar y ejecutar. — Dirección General de Medicina Asistencial. Antecedente: Plan Analítico de Salud Pública, 1946. (Abreviatura: PASP. 46), tomo I, página 146. Ley N.º 13.019, "Política Sanitaria", R. Carrillo, y "Teoría del Hospital" 1950, R. Carrillo. (PASP. 46, tomo I, página 279).

Objetivo II: Red hospitalaria. — Crear una red hospitalaria coordinada por regiones, zonas y distritos sanitarios, en que estén incluidos no sólo los hospitales nacionales, sino los de todas las jurisdicciones, al solo efecto de la prestación de los servicios al público, manteniendo, no obstante, cada hospital su autonomía administrativa y técnica bajo la autoridad pertinente. Se trata de coordinar las prestaciones, anda más que las prestaciones.

Problemas: 1. — El desarrollo de los hospitales y su multiplicación, por iniciativa de todas las autoridades de acción concurrente (Nación, Provincias y Fundación Eva Perón), podría traer, en el período 1952-58, una superposición de servicios —como ocurre a veces con las escuelas—, por lo cual debe programarse un sistema de distritos, dentro del cual los servicios se complementan entre sí, sin superponerse. ¿Cómo debe hacerse tal programación?

2. — El problema de las jurisdicciones, tratándose de prestar un servicio gratuito, existe artificialmente por falta de coordinación en los planes. ¿Cómo y en base a qué principios debe coordinarse la tarea?

Soluciones: 1. — Dividir al país en regiones, zonas y distritos, en forma tal, que los límites de regiones, zonas y distritos sean los mismos para la Nación o las Provincias. Allí donde la Fundación Eva Perón proyecte y construya un establecimiento, no tienen por qué ni la Nación, ni las Provincias superponer otro programa.

De común acuerdo, en cambio, entre Nación y Provincias se podrá designar un Jefe Sanitario, coordinador de los servicios de cada distrito, que puede ser un funcionario nacional o provincial, según quien tenga en la zona más servicios técnicos. Esta asignación de tareas a un Jefe de Coordinación debe hacerlo el Consejo Federal de Salud Pública (ver capítulo referente a Legislación Sanitaria de este mismo Plan Sintético).

2. --- Al respetarse la autonomía administrativa y técnica de los servicios se respeta también la jurisdicción de cada uno, que desaparece al solo efecto de ordenar internaciones, traslados, acción sanitaria anti-epidémica y médico social, es decir, en lo referente a las prestaciones al público y en la ejecución de medidas de emergencia.

Objetivo II: Red Hospitalaria integral. Organismo ejecutor. --- Dirección General de Medicina Asistencial (D.G.M.A.) y Departamento de Habilitaciones y Tipificación del Ministerio de Salud Pública de la Nación. Antecedente: PASP. 4b. tomo IV y tomo I, Cap. V.

Objetivo III: Acordar con las provincias y/o instituciones un solo y uniforme tipo de organización hospitalaria y un mínimo de la calidad y cantidad de las prestaciones.

Problemas: 1. No hay dos hospitales en el país que funcionen de la misma manera. Falta tipificación. Sin un "standard" prefijado en materia técnica, administrativa y de personal no pueden existir servicios iguales en cantidad y calidad. ¿Cómo orientar la tipificación? 2. ¿Qué bases arquitectónicas y organizativas deben adoptarse para la tipificación nacional de los hospitales?

Soluciones: 1. La tipificación debe comenzar desde la construcción del hospital, incluida su habilitación y plan de funcionamiento. Para los que ya están construidos debe efectuarse un reajuste a fin de elevarlo al máximo rendimiento de acuerdo al plan de tipificación, que en esencia, no es otra cosa, que una auténtica racionalización. A dichos efectos, la Nación y Provincias, deben adoptar un mismo plan para lo siguiente:

- a) igual clasificación y nomenclatura de los hospitales;
- b) iguales planos para la construcción (Prototipos de Arquitectura Hospitalaria);
- c) iguales muebles y equipos; estos deben estar en relación con el número de camas y superficie cubierta; también tipificar su distribución, lo que es sencillo si los planos adoptados son los mismos;
- d) igual número de empleados en función del número de camas;
- e) iguales remuneraciones;
- f) iguales reglamentos en lo referente al funcionamiento; iguales planillas y métodos de contralor. La tipificación es el primer paso hacia la mayor eficiencia y la mejor coordinación.

2. --- El plan normativo, las Bases de Tipificación, deben ser las que, hasta ahora, ha realizado el mayor esfuerzo en ese sentido. En las distintas conferencias de los Ministros de Salud Pública se ha acordado, en principio, adoptar en las provincias dichas normas.

Objetivo III: Tipificación de hospitales. Organismo ejecutor. --- Dirección General de Medicina Asistencial y Departamento de Habilitación y Tipificación del Ministerio de Salud Pública de la Nación.

Objetivo IV: Organizar la asistencia policlínica (hospitales generales) sobre la base de reducir los índices de permanencia por cama y por enfermo, como objetivo técnico y económico.

Problemas: 1. — Los hospitales policlínicos tienen un coste elevado por día y por enfermo, y un rendimiento mínimo en las prestaciones por el encaje y permanencia de crónicos que, además de no recibir el tratamiento adecuado, encarecen el sostenimiento. Un 30 % de crónicos en los hospitales generales elevan el coste por cama al doble.

2. — El Hospital Policlínico, por cama, cuesta cinco veces más que el hospital de crónicos. Una cama, por ejemplo, en un hospital general cuesta, por día, \$ 15. En un hospital de crónicos, \$ 5. La razón reside en que los servicios de cirugía, de laboratorio, de rayos X, de consultorio externo y de administración, por su complejidad y volumen, son cinco veces más grande y por ende más caros que en un hospital de crónicos.

Soluciones: 1. — En los hospitales policlínicos sólo deben atenderse enfermos agudos y subagudos (horizontales), que no pueden ser tratados ambulatoriamente en los Dispensarios y/o Centros de Salud (verticales). Se debe excluir, definitivamente, la admisión de crónicos. Esto determina que fijado el límite de días de permanencia, suficiente para el diagnóstico y tratamiento, los crónicos deben ser evacuados a la brevedad posible. Los subagudos sólo deben internarse después de agotados los exámenes que pueden efectuarse ambulatoriamente.

2. — La evacuación de los crónicos desde los hospitales policlínicos obliga a prever en el plan 1952 un gran desarrollo de los hospitales-colonias y ciudades-hospital, a fin de bajar el coste general de los servicios médicos, tan caros, cuando se cumplen por medio de hospitales de tipo policlínico. Esto nos conduce al próximo objetivo de la Medicina Asistencial.

Objetivo IV: Eliminar los crónicos de los policlínicos. Organismo ejecutor. — Dirección General de Medicina Asistencial y Dirección de Demología Sanitaria sobre la base de la Formulación Administrativa (ver "Teoría del Hospital" de R. Carrillo.).

Objetivo V: Hospitales de crónicos. — Organizar la asistencia monoclínica (hospitales para crónicos) sobre la base de reducir sus costes de sostenimiento mediante estructuras simples, concentración en grandes salas-dormitorios colectivas, vigilancia con poco personal y aprovechamiento del trabajo de los internados en su propio beneficio y del mismo establecimiento (laborterapia).

Problemas: 1. — Hasta el advenimiento del gobierno del General Perón, el problema de los crónicos sólo fue planteado en forma inorgánica, tratando de resolver cada caso por separado (leprosos, tuberculosos y alienados). En el plan 1946-1951 se señala por primera vez la identidad de principios y de técnicas que existen para la hospitalización y asistencia de los crónicos. ¿En qué consiste esa similitud e identificación?

2. — Aceptado el principio de que todo hospital de crónicos, cualquiera sea la naturaleza de la enfermedad (lepra, tuberculosis o alienación) debe ajustarse a similares normas de organización y funcionamiento, cabe determinar las pequeñas y circunstanciales diferencias, si se quieren especificar, y se le trata de dar importancia a la diversidad de padecimientos de los enfermos, según sea su naturaleza: lepra, tuberculosis, alienación o crónicos propiamente dichos.

3. — ¿Qué debe entenderse por "crónico propiamente dicho?"

Soluciones: 1. — El crónico es un semienfermo cuyas posibilidades de actividad están reducidas sólo en parte. El crónico, generalmente, no necesita estar todo el día en cama, ni requiere asistencia diaria, hora por hora, como la que se presta en los hospitales policlínicos. Esto permite concebir que las salas de crónicos no son sino grandes dormitorios colectivos, ya que sólo se ocupan de noche, pues el resto del día el crónico pasea por los parques, se distrae, juega (ludoterapia) y trabaja, sea en el taller o en la granja, etc. Las salas pueden, por unidad, ser mucho mayores que una unidad de enfermería de hospital policlínico. Por eso, para los hospitales policlínicos, la unidad-enfermería, según la tipificación del Ministerio de Salud Pública de la Nación, es de 30 camas, mientras que la unidad-dormitorio para los crónicos es de 120 camas; ambos tienen igual número de personal, ya que la tarea de vigilar y atender crónicos es más simple. Este es uno de los factores que reduce el coste de funcionamiento, aparte del que ya hemos señalado antes, el menor coste de los servicios técnicos (cirugía, radiología, laboratorio, especialistas, consultorios, fisioterapia, etc.) por ser de estructura más simple. Este es también uno de los factores que permiten bajar en cinco veces el coste de construcción de un hospital de crónicos con respecto a un hospital general (ver R. Carrillo, Teoría del Hospital, Arquitectura y Organización).

La identidad de principios en la asistencia de crónicos, con prescindencia de su naturaleza, surge de lo dicho antes y se aclara aún más si precisamos, convencionalmente, dónde termina el agudo y dónde comienza el crónico:

- a) agudo, debe considerarse todo enfermo que pueda tratarse y curarse en menos de 60 días (2 meses);
- b) subagudo, es todo enfermo que necesita de 60 a 180 días (6 meses);
- c) subcrónico, es todo enfermo que necesita para curarse de seis meses a un año (12 meses);
- d) crónico, es todo enfermo que necesita una intervención mayor de un año.

2. — Aceptado el concepto de "crónico" y la identidad de la técnica asistencial, cabe señalar las diferencias y los objetivos específicos según la naturaleza de la enfermedad. Según ello deben clasificarse los crónicos en cuatro grupos:

- a) I. — Alienados;
- b) II. — Leprosos;
- c) III. — Tuberculosos;
- d) IV. — Crónicos propiamente dichos.

Veamos los objetivos y diferencias entre estos grupos y que señalan los fines de cada una de estas asistencias:

- a) Hospitales de alienados. — Se clasifican según el comportamiento social y el pronóstico (Hospitales, Colonias, Hogares, Kindinocomios y Sanatorios, según sean disfrénicos, afrénicos, oligofrénicos, kindinofrénicos o peirofrénicos (ver R. Carrillo, Clasificación Sanitaria de los Enfermos Mentales). El objetivo varía según el tipo de enfermo. Tratamiento: fisioterápico, laborterapia, terapia educativa, terapia enmendativa y psicoterapia, según el tipo de establecimiento y las características clínicas y sociales de los internados. Objetivo común: curación social (hacerlo útil);
- b) Hospitales de lepra. — No presentan tanta variedad casuística. Sólo que cada establecimiento debe dividirse en su orden interno, en dos sectores: el sector limpio (sector no contaminado) y el contagioso o de aislamiento absoluto. Objetivo común: segregación precoz y curación clínica (hacerlo no contagioso, es decir, curación bacteriológica);
- c) Hospitales de tuberculosis. — La nomenclatura que considera agudos, subagudos, subcrónicos y crónicos, cuenta para hacer una subclasificación similar a la de los establecimientos de alienados. Esta clasificación de enfermos se complementa con las "localizaciones", "peligrosidad" y posibilidades de recuperación integral; grado de avance del mal, etc. El 90 % de las camas son ocupadas por la localización pulmonar. El objetivo es un término medio entre la curación social y la curación clínica (hacerlo útil y no contagioso).

Curación social y/o curación bacteriológica. — Entre la internación, el alta y el retorno a la vida debe intercalarse un periodo de convalecencia para su readaptación al trabajo (hospitales de convalecencia o readaptación), puesto que el 80 % de los enfermos tuberculosos dados de alta, con curación clínica, recaen como consecuencia de los esfuerzos y del trabajo que realizan apenas egresados del hospital;

- d) Hospitales de crónicos propiamente dichos. — Son mucho más sencillos que los anteriores, aunque más heterogéneos: aquí se atienden todos los crónicos que no son tuberculosos, ni leprosos, ni alienados. Se atienden pulmonares crónicos (asmáticos), cardíacos crónicos, artropatías crónicas, ciertas afecciones neurológicas (Parkinson), ciertas gerontopatías, etcétera. Se diferencia de un Hogar de Ancianos, en que el Hospital de Crónicos se trata generalmente de ancianos enfermos, mientras que en el Hogar de Ancianos se trata de ancianos sanos, simplemente viejos, con sólo achaques propios de la edad. En el Hospital de Crónicos se reúnen los estados terminales de todas las enfermedades degenerativas, invalidizantes, excluidas las específicas que hemos señalado (alienados, tuberculosos y leprosos).

Objetivo V: Hospitales de crónicos. Organismo ejecutor. — Dirección General de Medicina Asistencial y Asesor Técnico General del

Ministerio (ver Archivos de Salud Pública, 1946, Tomo I: El Problema de la Asistencia de los Crónicos).

Objetivo VI: Anexos hospitalarios. — Complementar los hospitales policlínicos con anexos especiales, que tienden a perfeccionar la asistencia local y resolver en la primera etapa el tratamiento de futuros enfermos crónicos.

Problemas: 1. — En muchos hospitales policlínicos quedan aún espacios disponibles, que pueden destinarse a ampliaciones y que con la misma cocina y personal, soportarían un aumento de camas, siempre que este aumento tuviera los caracteres de barracas (anexos). ¿Cómo debe resolverse este problema?

2. — ¿Los anexos aumentarían o bajarían el coste promedio por enfermo?

Soluciones: 1. — Ya en el Plan Analítico de 1946 se contemplaba la construcción de anexos como un medio práctico, simple y económico de abaratar el servicio y aumentar la capacidad de los hospitales ya existentes (Ver Plan Analítico de 1946, tomo I, pág. 147, segundo párrafo).

En el período 1946-51, se desarrollaron y están en construcción dos clases de Anexos: los psiquiátricos y los fisiológicos. El Plan 1952-58, debe proseguir agregando anexos, que clasificaríamos de la siguiente manera:

- a) Anexo Fisiológico.
- b) Anexo Psiquiátrico (Ver sus funciones en "Clasificación Sanitaria de los Enfermos Mentales", R. Carrillo).
- c) Anexo Maternológico (Madre y Niño) y/o pediátrico y obstétrico, por separado según los casos.
- d) Anexo de Infecciosas (aislamiento).
- e) Anexo de Lactantes.

Los planes "standard" de estos anexos están ya confeccionados y aprobados por el Ministerio de Salud Pública de la Nación. Los anexos son unidades funcionales de dos tipos: de 30 y 100 camas.

2. — Los anexos tienen que funcionar con el criterio de admitir enfermos agudos, subagudos o subcrónicos.

De admitirse crónicos en los Anexos en forma definitiva, el coste del Hospital Policlínico que recibe el anexo se elevaría enormemente. Por ello, dicho anexo, tendría por objeto atender, por ejemplo, ambulantes y/o internar los enfermos mentales sólo en el período agudo o subagudo, pero no tenerlos más de un año. El enfermo pasado en crónico debe ser evacuado a una colonia de coste menor y donde se pueda hacer mejor el tratamiento (ludoterapia y laborterapia).

Objetivo VI: Anexos hospitalarios de alienados, tuberculosis y otros.

Organismo ejecutor: Dirección General de Medicina Asistencial y Dirección de Arquitectura Hospitalaria (Planos de Anexos).

Objetivo VII: Ciudades-Hospital. — Asesorar y promover la solución asistencial "integral" que resulte de construir las Ciudades-Hospital.

Problemas: 1. — Cuando se trata de dotar a una región de varios hospitales especializados (Generales, de Cirugía, de Psiquiatría, de Tuberculosis y algunos institutos) se plantea el problema de su ubicación. ¿Conviene hacerlos, dispersos o en un solo lugar?

2. — ¿Cuáles son las ventajas de una concentración en un solo Centro.

Soluciones: 1. — La Ciudad-Hospital permite centralizar diversos bloques hospitalarios y resolver integralmente el problema asistencial. El problema se resuelve tanto mejor cuanto menos hospitales existen en la zona que se quiere favorecer, porque en esos casos de insuficiencia, la centralización médica a obtener es mucho más importante. Y cuanto más centralizado un servicio médico, más eficiente, más completo y más económico.

- a) Cuando ya preexisten Centros Médicos, entonces las Ciudades-Hospital son parciales y/o complementarias. Son menos centralizadoras.
- b) Cuando no existen Centros Médicos importantes con anterioridad, las Ciudades-Hospital, son integrales. Son más completas y el coste de sostenimiento por cama resulta menor.

Es evidente que cuanto más camas tiene un hospital, el coste promedio de sostenimiento por cama baja; los hospitales son tanto más caros por cama (y también su construcción) cuanto menos camas tiene.

Una Ciudad-Hospital integral consta de los siguientes sectores:

- a) Hospital policlinico.
- b) Hospital de Alienados.
- c) Hospital de Tuberculosis.
- d) Institutos especializados.
- e) Centro Administrativo (Depósitos, Oficinas, Talleres, Garage, Usina, Tanque de agua potable, etc.).
- f) Centro Cívico (Viviendas, Hogar-Escuela de Nurses, Escuela, Capilla, Residencia de solteros, etc.). Ver "Teoría del Hospital, Arquitectura y Organización" (R. Carrillo, 1950).

2. — Las ventajas o soluciones que apareja la Ciudad-Hospital, aparte de que la administración es una sola para varios hospitales, son las siguientes:

- a) Caminos de acceso y pavimentación se resuelven de una sola vez.
- b) Agua potable y cloacas. Con un tanque y lechos de contacto se resuelve de una sola vez.
- c) Luz eléctrica, fuerza motriz y teléfonos tienen una sola solución.
- d) Abastecimientos centralizados, ídem.
- e) Facilidades de convivencia del personal y amplitud.

Objetivo VII: Ciudades-Hospital. -- Organismo ejecutor: Dirección General de Medicina Asistencial y Dirección de Arquitectura Hospitalaria (Ver "Teoría del Hospital", planos y principios de las Ciudades-Hospital).

Objetivo VIII: Servicios de Urgencia. -- Organizar y coordinar la asistencia médica de urgencia en todo el país, de modo tal, que ningún habitante, pueda quedar privado de auxilio inmediato y, mucho menos, morir sin asistencia médica.

Problemas: 1. -- Los servicios médicos de urgencia, cuyas unidades más simples son las salas de primeros auxilios, las asistencias públicas y los guardias hospitalarias, adquieren su máxima jerarquía en los "Hospitales de urgencia". El planteo técnico de las catástrofes, incendios, terremotos, temblores, ciclones, choques de trenes, accidentes colectivos, guerra, bombardeos, etc., gira alrededor de la organización de los servicios de urgencia.

¿Cómo y dónde deben desarrollarse tales organismos?

2. -- ¿Cómo y dónde deben coordinarse los pocos servicios existentes especializados en medicina y cirugía de urgencia?

Soluciones: 1. -- Las pequeñas ciudades o pueblos deben contar con servicios de urgencia mínimos. Las pequeñas poblaciones, con salas de primeros auxilios; las medianas, con asistencias públicas y, las grandes, con salas de guardia con autonomía e internación propia, dentro de los hospitales generales. Finalmente los grandes centros urbanos, deben tener un Hospital de Urgencia, cuya existencia se vincula con la Traumatología, principalmente y además, con la Defensa Nacional.

El Hospital de Urgencia proyectado por el Ministerio de Salud Pública de la Nación, se ubica en Villa Devoto (Ver Plan de Construcciones).

2. -- La coordinación de los Servicios de Urgencia en la Capital Federal y en todo el país es una mera cuestión de comunicaciones y transportes. El sistema proyectado se resume en la "Central de Salud Pública" con un gran dispositivo telefónico, llegando los pedidos por sólo dos dígitos que permiten conectarse con cualquier red, lo más directamente posible a fin de transmitir los pedidos y disponer los auxilios. Se ha cumplido la primera etapa: se ha instalado ya la "Guardia Sanitaria del Ministerio", que durante la ejecución del Plan 1952-58, se convertirá en la Central de Urgencia del Ministerio.

Objetivo VIII: Servicios de Urgencia. -- Organismo ejecutor: Dirección General de Medicina Asistencial y Asesoría Médica, especialidad Cirugía, de la Dirección de Arquitectura (Hospitales de Urgencia). Ver Supl. V, tomo I de T. 1951, 10.

Objetivo IX: Especialidades e Institutos. -- Organización y desarrollo de las especialidades médicas, de los servicios o institutos respectivos.

Problemas: 1. -- ¿Cómo y con qué criterio deben desarrollarse las especialidades médicas?

2. — ¿Cuáles son las especialidades asistenciales cuyo desarrollo interesa principalmente al Ministerio de Salud Pública de la Nación?

Soluciones: 1. — El cómo y dónde del desarrollo de las especialidades médicas fué fijado en el Plan Analítico de 1946-51 (tomo I, pág. 150). En las grandes urbes, en las grandes ciudades, no hacen ya falta en estos momentos camas de tipo polivalente. Debemos evolucionar hacia la organización de la asistencia médica especializada. En el interior se justifica que un médico opere o atienda enfermos de diverso tipo, que lo mismo asista a un parto, que proceda a efectuar una extracción dentaria, pero, en una ciudad grande, con establecimientos especializados, esto no puede ni debe ocurrir. El establecimiento polivalente proporciona una asistencia indiferenciada que dificulta la regular y profunda aplicación de los conocimientos de los especialistas. En esta materia nos remitimos para fundamentar el concepto, a lo que ha manifestado en un mensaje al Congreso el señor Presidente de la Nación, cuando afirmó que no es suficiente que tengamos destacados médicos, que no hacemos nada disponiendo de eminentes especialistas, que por falta de establecimientos adecuados no pueden hacer llegar al pueblo los beneficios de su capacidad, por ahora usufructuada sólo por las clases más pudientes. Se trata, pues, de implantar en las grandes urbes, la especialización, como conquista del progreso médico y conquista social, a fin de democratizar al especialista dotando a éste de institutos perfectamente montados.

2. — Las especialidades a desarrollar con más premura en todos los hospitales del país, unificando desde Buenos Aires, son:

- a) Hematología y Hemoterapia.
- b) Odontología.
- c) Otorrinolaringología.
- d) Oftalmología.
- e) Gastroenterología.
- f) Oncología.
- g) Especialidades quirúrgicas (Cirugía de tórax, Neurocirugía y Proctología).
- h) Alergia.

Allí donde no los hubiere, en los establecimientos ya existentes, crear las siguientes secciones:

- a) Servicio de Hemoterapia.
- b) Servicio Odontológico.
- c) Servicio Oftalmológico.
- d) Servicio de Oncología (diagnóstico precoz del cáncer).
- e) Servicio de garganta, nariz y oído, etc.

Éstas son las especialidades que interesan a Salud Pública por la gran cantidad de personas que las reclaman.

Objetivo IX: Especialidades e Institutos. — Organismo ejecutor: Dirección General de Medicina Asistencial y Asesor Técnico General del Ministerio (Especialidades).

Objetivo X: Objetivos funcionales y sanitarios del Hospital. — Crear en todos los hospitales, de cualquier tipo que ellos fueren, una nueva corriente: a) hacia la curación social del enfermo; b) hacia la familia, y c) hacia la educación sanitaria.

Problemas: 1. — El Hospital, de acuerdo a su concepción actual, al atender al enfermo, éste debe ser dado de alta. El hospital no se preocupa por ese enfermo, una vez egresado, está curado o no, socialmente, es decir, si es capaz o no de convivencia, si puede o no trabajar, si puede servir a la sociedad, a su familia o a sí mismo. ¿Cómo fijar nuevos objetivos al hospital?

2. — El Hospital, actualmente no se preocupa de la familia del enfermo la que queda fuera de los muros del hospital y, sin embargo, sufre y gravita sobre el enfermo psicológica, física y socialmente.

¿En qué tiempo está contemplada esta situación en la mayor parte de nuestros hospitales?

3. — El Hospital en la actualidad, es, simplemente, un centro de curación, pudiendo ser, sin embargo, con poco costo, también un centro de prevención y de profilaxis de las enfermedades.

Soluciones: Ampliar el concepto de Hospital y asignarle tres nuevas funciones:

1. — *El Hospital como Centro de Curación Social.* No bastará para el egreso del Hospital dar de alta al enfermo; debe averiguar si sale o no en condiciones de trabajar, de convivir socialmente, sin peligro para la familia o el orden público. Debe preocuparse de (si no está en condiciones integrales de "curación clínica y social") buscarle trabajo adecuado a su condición y/o rehabilitarlo, enseñándole un nuevo oficio, en los talleres del Hospital o en lugares que el director pueda gestionar por iniciativa propia.

2. — *El Hospital como Centro de Asistencia Social.* Debe tener un servicio de Extensión Hospitalaria (servicio social con visitadoras para seguir la evolución del enfermo fuera del Hospital e interesarse por la familia del egresado). En otros términos: proyectar psicológica, clínica y socialmente el Hospital fuera de los muros que lo circunscriben.

3. — *El Hospital como Centro de Educación Sanitaria.* No basta con atender los enfermos que concurren espontáneamente, hay que buscarlos (*el Hospital como Centro Sanitario*). Para ello es necesario dar conferencias, tomar la calle y hacer educación sanitaria y convencer al público de que debe concurrir, a la menor sospecha de enfermedades, también si está sano, haciendo propaganda por el examen de salud. Todo Director de Hospital debe ser un educador sanitario y estar al tanto de su Hospital. El Hospital debe luchar contra la ignorancia de la higiene y de las reglas sanitarias. En este sentido *el Hospital es también un centro de cultura sanitaria.*

Objetivo X: Objetivos funcionales del Hospital. — Organismo ejecutor: Dirección General de Medicina Asistencial y Asesor Técnico General del Ministerio (nueva orientación de los Hospitales).

Objetivo XI: Racionalización de la Administración Hospitalaria. — Racionalizar el sistema de fichaje, historias clínicas, planillas y libros, con el objeto de hacer comparables los rendimientos y las estadísticas.

Problemas: 1. — No obstante que mucho se ha avanzado en la tarea de tipificar la documentación hospitalaria, se señalan aún detalles, que deben estudiarse, de cómo se terminará la tipificación integral en el período 1952-58.

2. — El rendimiento técnico puede determinarse estableciendo formulaciones e índices que permitan comparar el número y calidad de prestaciones con el coste. ¿Qué sistema debe elegirse?

Soluciones: 1. — Los detalles de tipificación se efectuarán de acuerdo a las normas ya dictadas, en vías de ejecución, pero que sólo podrán completarse en el período 1952-58. El sistema de Mesas de Entrada y de documentación de los enfermos no está aún completó.

2. — Las normas de contralor planificado del rendimiento deben ser llevadas a la práctica en el período 1952-58, de acuerdo a las fórmulas adoptadas ya. (Ver Teoría del Hospital, Capítulo de Formulación Técnico-Administrativa, R. Carrillo). Transcribir aquí dichas formulaciones.

Objetivo XI: Racionalización de la Administración Hospitalaria. — Organismo ejecutor: Dirección General de Medicina Asistencial y Dirección Nacional de Investigaciones Demológicas (Departamento de Racionalización).

Objetivo XII: Protección a la asistencia sanatorial privada. — Promover y facilitar el desarrollo de la asistencia médica privada para los "pudientes", encanzando y fiscalizando el desarrollo de los sanatorios particulares, especialmente los de cirugía.

Problema y Solución: Censo de los Sanatorios y Hospitales Privados. La asistencia médica "pagada", dispone de 15.000 camas actualmente; pero su desarrollo puede ser mayor si se le brinda protección, seguridad y facilidades crediticias. Estos servicios concurren a desahogar y facilitar la tarea del Ministerio de Salud Pública de la Nación.

Objetivo XII: Protección a la Asistencia Sanatorial Privada. — Organismo ejecutor: Dirección General de Medicina Asistencial y Dirección de Asuntos Profesionales. Antecedentes Generales en el PASP. 1946.

B. — PARTE ASISTENCIAL ESPECIAL

Capítulo I. — Hospitales Generales o Policlínicos en Particular.

Su estructura debe ser funcional, controlada, creándose un régimen perfectamente establecido para cada sector (Servicios generales, externos e internos) y según la categoría del Hospital (rural, local, vecinal, regional o central). Plan regulador de los Hospitales generales existentes. Análisis detallado de cada uno de ellos y de las mejoras a intro-

en el periodo 1952-58. Anexos especializados. Plan de construcciones tipificadas. (Ver Teoría del Hospital).

Capítulo I. — Organismo ejecutor: Dirección de Hospitales. (Ver Capítulo V, tomo I, pág. 279, PASP, 1946, "Teoría del Hospital y "Política Sanitaria Argentina", de R. Carrillo).

Capítulo II. — Hospitales Psiquiátricos en particular.

Principios en que se funda su estructura y funcionamiento; técnica general de la asistencia de enfermos mentales. Clasificación. Plan regulador de los Hospitales existentes. Desarrollo de sus distintos sectores (servicios generales, internos y externos). El Hospital Central de Neuropsiquiatría (reconstrucción del ex Hospicio de las Mercedes). Plan regulador de los hospitales psiquiátricos existentes. Análisis detallado de la situación de cada uno y de las mejoras, ampliaciones y perfeccionamientos a introducir durante el periodo 1952-58. Plan de construcción de los nuevos establecimientos (Ver Ciudades-Hospital).

Capítulo II. — Organismo ejecutor: Dirección de Hospitales Psiquiátricos. Ver Capítulo XXIV, pág. 1375, tomo II, de PASP, 1946, sobre Asistencia de Alienados e Higiene Mental.

Capítulo III. — Hospitales Tisiológicos en particular.

Principios en que se funda su estructura, organización y funcionamiento. Técnica general de la asistencia de tuberculosos (horizontales). Clasificación de los establecimientos en función del tipo de enfermos. Plan regulador de los hospitales tisiológicos existentes. Desarrollo de sus distintos sectores (servicios generales, internos y externos). El Hospital Central de Tisiología. Su régimen. Reconstrucción del ex Hospital Nacional Central. Plan regulador de los Hospitales tisiológicos existentes. Análisis detallado de la situación de cada uno de ellos y de las mejoras y ampliaciones y perfeccionamientos a introducir en el periodo 1952-58. Plan de construcción de nuevos establecimientos. (Ver Ciudades-Hospital). El Anexo tisiológico, su coordinación y funcionamiento.

Capítulo III. — Organismo ejecutor: Dirección de Tuberculosis. Ver Capítulo XIX, la parte hospitalaria referente a Hospitales tisiológicos, pág. 1039, tomo II del PASP, 1946.

Capítulo IV. — Hospitales de Lepra.

Temario igual al desarrollo en el acápite precedente. Instituto Central de Dermatología; su organización y desarrollo en el periodo 1952-58. Plan de Trabajo.

Capítulo IV. — Organismo ejecutor: Dirección de Dermatología. Ver Capítulo XV, parte Hospitalaria, tomo II, pág. 831 del PASP, 1946.

Capítulo V. — Hospitales Climático-Termales.

Temario igual al anterior. El Instituto de Asistencia Médica Climática Hidrotermal; su descripción; plan de desarrollo.

Capítulo V. — Organismo ejecutor: Dirección de Climatismo y Termalismo. Ver Capítulos XXV y XXVI del tomo III, parte de Hospitales climático-termales. pág. 1459 y 1505, respectivamente.

Capítulo VI. — Hospital de la Madre y del Niño.

Nueva concepción. Ejemplo: Hospital de la Madre y el Niño en Corrientes (mejor llamado *Hospital Maternológico*). Temario igual a los precedentes.

Capítulo VII. — Maternidades.

Organización y desarrollo. Temario subsiguiente igual a los anteriores.

Problema: ¿Corresponde o no sustituir las maternidades definitivamente, por el Hospital Maternológico según la nueva concepción?

Capítulo VIII. — El Anexo de Lactantes.

Su organización y funcionamiento.

Capítulos VI, VII y VIII. — Organismo ejecutor: Dirección de Maternidad e Infancia; Dirección de Arquitectura y Consejero de Maternidad e Infancia del Consejo Consultivo. Ver como antecedente, el Capítulo VIII, tomo I, pag. 439 del PASP. 46.

Capítulo IX. — Hospitales y Servicios Odontológicos.

La insuficiencia de la asistencia odontológica. Sus causas y soluciones. El *Hospital Odontológico* (Prototipo). Los Institutos Odontológicos. Los Servicios Odontológicos, ubicación y régimen de los mismos. La Odontología Sanitaria y Social. Provisión popular de prótesis (aspecto social). Profilaxis de la carie y de la paradentosis (aspecto sanitario).

Capítulo IX. — Organismo ejecutor: Dirección de Odontología. Ver como antecedente el Plan del Capítulo XXXIII, pág. 1777 del tomo III del PASP. 46.

Capítulo X. — Hospitales y Servicios Oftalmológicos.

La insuficiencia del desarrollo oftalmológico. Sus causas y soluciones. El *Hospital Oftalmológico* (Prototipo). Los servicios oftalmológicos, ubicación, desarrollo y régimen de los mismos. La oftalmología sanitaria y social. La provisión popular de anteojos. Lucha contra la acción perniciosa de la vida urbana. Profilaxis de la ceguera.

Capítulo X. — Organismo ejecutor: Dirección de Oftalmología y Tracoma. Ver Capítulo XVI, pág. 871, tomo II del PASP. 46.

Capítulo XI. — Hospitales y Servicios Oncológicos (Cáncer).

Los actuales institutos y su transformación en Hospitales, según la gravedad de los enfermos a recibir. ¿Cuándo un Hospital de tratamiento se transforma en un simple servicio de asistencia social? Cuando los

casos son graves e incurables. Los Centros de Diagnóstico Precoz intrahospitalario. El Hospital Oncológico de Buenos Aires (Prototipo), el de Santa Fe y el de Mendoza. Los Centros de Tucumán y Santiago. Plan Regulador. El temario complementario de este Capítulo igual al temario de los Hospitales Tisiológicos (N.º III).

Capítulo XI. — Organismo ejecutor: Dirección de Oncología. Aunque no trata de la organización, ni programación de Hospitales de Cáncer. Ver Capítulo XXIX, pág. 1669, tomo III del PASP. 46.

Capítulo XII. — Institutos, Centros y Servicios de Hemoterapia. Los Bancos de Sangre. El Instituto de Hemoterapia de Buenos Aires. Temario igual al N.º III. Complemento: Hematología.

Organización de los "Centros" de Hemoterapia. — Se llaman así, cuando se instalan fuera de un Hospital y no tienen planta propia de producción. "Instituto" cuando tienen planta propia de producción de Plasma desecado. "Servicio" cuando es una organización intrahospitalaria. Organización tipo de cada uno de ellos. Red de Servicios nacionales.

Capítulo XII. — Organismo ejecutor: Dirección de Hemoterapia. Ver Capítulo XXXI, pág. 1683, tomo III, del PASP. 46 y "Contribución al Conocimiento Sanitario del Hombre", R. Carrillo, Capítulo pertinente.

Capítulo XIII. — Servicio Farmacéutico Hospitalario.

Régimen de funcionamiento y abastecimiento. Principios en que se funda su estructura, organización y funcionamiento. Clasificación por categorías según los Hospitales. Censo de las farmacias hospitalarias. Análisis detallado de la capacidad y posibilidades de cada una de las farmacias instaladas en los hospitales del Ministerio de Salud Pública de la Nación. Plan de reorganización, ampliación y/o perfeccionamiento a introducir durante el período 1952-58. Tipificación de las farmacias.

Capítulo XIII. — Organismo ejecutor: Departamentos de Habilitación y Tipificación, Sección Farmacias Hospitalarias de la Dirección de Economatos. Jefe de Droguería Central. Capítulo VII, pág. 413. PASP. 46, aunque no es el tema exactamente.

Capítulo XIV. — Servicio Radiológico y de Radioterapia en los hospitales.

Temario igual al de Farmacia (N.º XIII).

Capítulo XIV. — Organismo ejecutor: Dirección Electrotécnica y Comisión de Radiología y Radioterapia. No hay antecedentes de un plan anterior.

Capítulo XV. — Servicio de Laboratorios Clínicos en los Hospitales.

Temario igual al de Farmacia y Radiología (nos. XIII y XIV).

Capítulo XV. — Organismo ejecutor: Dirección de Hospitales y Sección Laboratorios de la Dirección de Economatos. No hay antecedentes fuera de los consignados en el Capítulo V del tomo I. PASP. 1946.

Capítulo XVI. — Hospitales, Institutos y Servicios de Cirugía General.

La tipificación de los servicios de cirugía de todo el Ministerio para obtener mayor rendimiento. El Hospital de Urgencia de la Capital y el Hospital de Cirugía de Jujuy. Organización y régimen a adoptar con los servicios de cirugía general. Temario subsiguiente igual al de Farmacia (N.º XIII). Ver Política Sanitaria, R. Carrillo. Capítulo sobre Cirugía.

Capítulo XVI. — Organismo ejecutor: Cirujano Asesor de la Dirección de Arquitectura y Secretario Técnico de la Dirección de Hospitales. No hay mayores antecedentes, fuera de resoluciones reglamentarias sobre organización de los servicios de cirugía del Ministerio de Salud Pública de la Nación.

Capítulo XVII. — Institutos de Cirugía altamente especializada.

1. Instituto de Cirugía Torácica de Buenos Aires. Organización, desarrollo y Plan de ampliaciones 1952-58.
2. Instituto de Neurología y Neurocirugía de Salta. Plan de desarrollo 1952-58.
3. Instituto de Cirugía Cardiológica (a errarse).
4. Instituto de Cirugía del Cáncer (Hospital Central). (En construcción).
5. Institutos de Cirugía Gastroenterológica. (Ver Ampliaciones)
6. Nuevos institutos a programar. Hospitales donde pueden instalarse servicios especializados de cirugía.

Capítulo XVII. — Organismo ejecutor: Directores de los Institutos de Cirugía Torácica, Neurocirugía y Cirugía Gastroenterológica. No hay antecedentes de un plan anterior, fuera de los que de un modo general se consignan en el Capítulo V, tomo I, del PASP, 46 y en el tomo IV del mismo.

Capítulo XVIII. — Centros Modelos de Clínica Médica.

Su organización y desarrollo. (Ver Resolución Ministerial pertinente).

Capítulo XVIII. — Organismo ejecutor: Director del Instituto de Endocrinología y Dirección de Enseñanza Técnica e Investigación Científica. No hay antecedentes de un plan anterior. Consultar: Profesor de Clínica Médica de la última dirección.

Capítulo XIX. — Institutos y Centros de Alergia.

Programas del desarrollo del Instituto Prototipo de Buenos Aires. Profilaxis y Tratamiento del asma y otras afecciones alérgicas.

Capítulo XIX. — Organismo ejecutor: Instituto de Alergia. Ver como antecedente, Capítulo XXX, pág. 1675, tomo III del PASP 46 y "Política Sanitaria Argentina".

Capítulo XX. — Instituto y Centros de Gastroenterología.

Su objetivo es tratar ambulatoriamente los enfermos del aparato digestivo y evitar su incidencia sobre las internaciones hospitalarias. Cen-

mas de profilaxis del Cáncer Gastrointestinal. (Ver Capitulo pertinente de "Política Sanitaria Argentina").

Capítulo XX. — Organismo ejecutor: Dirección de Gastroenterología. No hay antecedentes de un Plan anterior, fuera de los consignados en la Resolución por la cual se crea la Dirección de Gastroenterología.

Capítulo XXI. — Hospital de Quemados.

Su habilitación en Buenos Aires y filiales en el interior.

Capítulo XXI. — Director del Hospital de Quemados. Ver Resolución creando el Servicio. No hay seña anterior.

Capítulo XXII. — Instituto de Endocrinología y Centros de Endocrinología.

Filiales en el interior. Instituto del Bocio (Mendoza).

Capítulo XXII. — Organismo ejecutor: Director del Instituto de Endocrinología. Instituto del Bocio. Ver PASP 46. Ley N.º 13.019. No hay antecedentes de un Plan orgánico.

Capítulo XXIII. — Centros y Servicios de Terapéutica Inhalatoria.

El núcleo inicial, instalado en Buenos Aires, es el punto de partida de la Terapéutica Inhalatoria y los servicios que deben instalarse en los hospitales del interior. Programación y Plan a cargo del Director del Centro de Terapéutica Inhalatoria de la Capital.

Capítulo XXIII. — Organismo ejecutor: Jefe del Servicio de Terapéutica Inhalatoria. No hay antecedentes de un Plan anterior.

II. MEDICINA SANITARIA O PROFILACTICA (Mesocosmos)

A. — PARTE GENERAL

Objetivo I. Enfermedades trasmisibles. — Acción contra las enfermedades trasmisibles, tomando medidas para evitar su aparición epidémica o su desarrollo endémico o epiendémico y reducir la morbilidad y mortalidad por tales causas, a cifras inapreciables, objetivo que puede alcanzarse si la organización está bien y oportunamente informada.

Problemas: 1. — ¿Cómo definir lo que se debe entender por epidemia, endemia y "epiendemia", a los fines de contar con una nomenclatura, un criterio jurídico y un criterio técnico sanitario.

2. — Adoptar una clasificación de las enfermedades trasmisibles de acuerdo a la importancia y trascendencia de las medidas a tomar. (Ver clasificación de las Enfermedades Trasmisibles, Carrillo, en Proyecto de Código Sanitario).

3. — ¿Cómo conocer el desarrollo geográfico y profundidad de penetración en la población de cada enfermedad trasmisible?

4. — Adoptar una "técnica" de lucha contra cada una de las enfermedades trasmisibles que llamaremos en el futuro —de un modo general— "campañas sanitarias".

5. — Establecer una clasificación y técnica general de las "campañas sanitarias".

6. — ¿Cómo asegurar una exacta, oportuna y urgente información epidemiológica y mantener en estado de alarma un mecanismo de acción rápida, que en caso de necesidad se ponga en movimiento con todos los elementos de acción conocidos en ese momento? No improvisar, y no ser tomado jamás sin las medidas estudiadas y listas para ejecutarse.

Soluciones: 1. — El concepto médico-sanitario de epidemia, endemia y "epiendemia" (neologismo), para ser apreciado y definido desde el punto de vista de Salud Pública, debe referirse también a los principios jurídicos (Código Sanitario), ya que las medidas emergentes terminan restringiendo y limitando la libertad individual. Por tal motivo, se remite, al primer Capítulo del Proyecto Sanitario, donde se consignan todas las definiciones pertinentes y se sintetizan las bases jurídicas de la acción epidemiológica.

La noción de epidemia, enfermedad aguda y trasmisible que afecta a una gran cantidad de personas durante un periodo de tiempo limitado.

se contraponen a la endemia, enfermedad de formas variadas, cuya característica es su persistencia en una región, persistencia en el tiempo y en el espacio geográfico. Estas dos nociones no son suficientes para abarcar todos los hechos epidemiológicos. Un perfeccionamiento implicaría el introducir el concepto "epiendemia", donde el tiempo y el espacio son factores, pero más sirven para caracterizar ciertos y típicos ciclos de agudización y además de su diseminación, no masiva, como en las epidemias propiamente dichas. Ejemplo: la tuberculosis, la lepra.

Tres factores que definen las enfermedades transmisibles: tiempo, espacio y número de afectados. Precisar estos factores.

Epidemia: afecta muchas personas en forma aguda.

Endemia: afecta muchas personas en forma aguda o crónica en determinada zona.

Epiendemia: afecta muchas personas diseminadamente, pudiendo tener brotes epidémicos o hacerse endémica.

2. — La clasificación oficial de las enfermedades transmisibles, debe ser la consignada en el Proyecto de Código Sanitario; esta es una nomenclatura que juega a los fines de la declaración obligatoria de las enfermedades contagiosas y a los procedimientos subsiguientes. Pero a los fines epidemiológicos conviene completar dicha clasificación jurídica sanitaria con otra de carácter técnico sanitaria que tenga en cuenta:

- a) *primer grupo*: transmisibilidad mínima (Hipotrasmisibles). Aquí el peligro de contagio directo y de difusión del mal en la población es relativo. No puede llegar a ser nunca una epidemia. Son enfermedades "epidemioides". Ejemplo: tétano, neumonía, etc. Hace falta un "aislamiento preventivo", pero nada más;
- b) *segundo grupo*: transmisibilidad media (Mesotrasmisibles). Aquí se requiere ya un "aislamiento relativo": existe, por lo menos, un peligro de diseminación familiar o del grupo social circunvecino. Ejemplo: influenza, psitacosis, tuberculosis, varicela, etc.;
- c) *tercer grupo*: transmisibilidad mayor (Hipertasmisible). Aquí se impone un "aislamiento absoluto y prolongado". Existe un peligro de diseminación que supera los límites familiares y locales, puede difundirse hasta muy lejos. Ejemplo: encefalitis epidémica, lepra, poliomielitis;
- d) *cuarto grupo*: supertrasmisibles o pestilenciales. Las posibilidades de contagio son para toda la población un punto de partida de un solo foco; son las auténticas epidemias. Esto obliga a "aislamiento absoluto, prolongado y con segregación". Ejemplo: viruela, bubónica, fiebre amarilla, etc.

3. — La única forma de conocer el "desarrollo geográfico" y la "profundidad demológica" de la enfermedad transmisible es mediante el día los siguientes elementos de juicio:

- a) información por denuncia compulsiva en los casos del grupo III y IV;
- b) mapa epidemiológico de acuerdo a las informaciones diarias;
- c) mapa endemológico;

- d) mapa parasitológico;
- e) adopción de índices sanitarios "standard" para investigar la población. Método de elección: toma de pruebas por grupos demológicos.

La eficacia de la lucha contra las enfermedades trasmisibles depende, exclusivamente, de la exactitud y oportunidad de la información. La eficiencia es variable, mayor o menor, según la buena o mala información.

4. — El método de las "campañas sanitarias" (o "grandes luchas sanitarias", prefiriendo el término de "campaña" en lugar de la palabra "lucha"), tiene como punto de partida una investigación sobre la base de cada caso denunciado. La investigación de los casos, tiene los siguientes objetivos:

- a) identificar exactamente el foco de infección, su procedencia, intensidad, virulencia y desarrollo inicial;
- b) efectuar la "policia del foco", es decir, seguir a los sospechosos, e investigar el punto de partida;
- c) aislar el foco;
- d) tratar los casos, con carácter de urgencia.

5. — Clasificación de las campañas sanitarias. La acción a que nos referimos en el párrafo anterior es preliminar; tiene que terminar con una "campaña sanitaria intensiva", que viene a ser, como en la guerra, las operaciones de limpieza al final, o bien como la "guerra fría", antes del brote.

Las campañas sanitarias pueden clasificarse de la siguiente manera:

- a) permanentes, y éstas a su vez, en integrales o parciales;
- b) de emergencia, y éstas también en integrales o parciales;
- c) circunstanciales, integrales o parciales.
- d) generales: cuando ataca todos o varios factores sanitarios;
- e) específicas: cuando atacan un sólo factor sanitario;
- f) continuadas;
- g) informativas para determinar indicio.

Las dos primeras no necesitan mayor explicación. Las circunstanciales sí. Es la que se hace por razones geográficas y por una determinada causa. Puede ser integral o parcial, es decir, general o específica. Ejemplo: campaña sanitaria de la Patagonia. Se utilizaron todos los medios de lucha contra la hidatidosis (objetivo principal), pero al mismo tiempo se vacuna a la población con todas las vacunas, se determinan índices sanitarios, se hacen análisis clínicos, exámenes odontológicos y oftalmológicos, etc., (objetivos secundarios). Otro ejemplo: campaña sanitaria de Santiago del Estero: objetivo principal, tracoma y los demás objetivos son subsidiarios. Campaña sanitaria de Formosa: no hay un objetivo preciso; más bien es de información sobre el estado sanitario y descubrimiento del objetivo principal. En Corrientes el objetivo es la anquilostomiasis.

Las campañas sanitarias en general deben ser preparadas, meditadas previamente y se conducen como una acción en masa, una movilización de materiales y personal concentrando si es posible, todas las fuerzas, con-

na un objetivo, o para destruirlo, identificarlo o poner a la población en guardia.

Las de emergencia, en general, no son premeditadas, son determinadas por la eclosión de un brote o de un hecho imprevisto. Pero en lo posible, la autoridad sanitaria, como en la guerra, jamás debe ser tomada de sorpresa. La sorpresa es el fracaso de la organización.

6. — Se ha establecido, que la información exacta y oportuna, es la base de la acción permanente o de emergencia de la sanidad. Se debe describir en el desarrollo analítico de este Capítulo el mecanismo de la información que va desde la simple información "oficiosa" a la información "obligatoria" por denuncia. El organismo receptor de la información debe estar en condiciones de:

- a) apreciar el valor de la misma;
- b) investigar de inmediato y concretar los hechos;
- c) transmitir las conclusiones al organismo encargado de la movilización y ejecución de las campañas.

El organismo ejecutor debe ser la "*Central Epidemiológica*" del Ministerio. Los casos de endemias y epidemias requieren organismos que mantengan campañas permanentes, parciales o integrales.

Organismos ejecutores: Los organismos ejecutores son aquellas reparticiones del Ministerio que de acuerdo a las normas dictadas, tendrán la doble misión: a) de preparar el Plan analítico de ejecución (1952-58), y b) ejecutarlo durante ese período.

Objetivo I. — Organismo ejecutor: Dirección General de Medicina Sanitaria. Ver PASP 46, tomo II, Capítulo XIII, pág. 743 y Capítulo XVII, tomo II, pág. 937. Ver Política Sanitaria, Capítulo Balance Epidemiológico Argentino.

Objetivo II. Sanidad de Fronteras y Transportes. — Evitar el ingreso al país de afectados por enfermedades transmisibles y de inválidos, controlar al mismo tiempo la posibilidad de que los transportes sean un vehículo de difusión de enfermedades contagiosas.

Problemas: 1. — ¿Cómo impedir la penetración al país de pacientes con enfermedades transmisibles? Un problema hasta ahora mal resuelto, no obstante ser el primer problema sanitario que tuvo que afrontar el país, ya que Pena, el primero que lo planteó lo trató de resolver. Incluso, es el problema más legislado y más vinculado, directamente a la inmigración.

2. — ¿Cómo impedir la entrada al país de inválidos, mentales o físicos, inaptos para el trabajo?

3. — ¿Cómo ampliar e intensificar el contralor sanitario de puertos aéreos, marítimos y fluviales y desarrollar una inspección sanitaria en los puertos y embarcaciones de ferrocarril?

4. — Cumplimiento integral del Código Sanitario Panamericano y de los Tratados Sanitarios Internacionales.

Soluciones: 1. — El contralor sanitario de la inmigración por todo el cuerpo legal, desde Pena hasta la Ley N.º 13.012; le corresponde al Ministerio de Salud Pública, que por ahora se limita a colaborar con las autoridades de inmigración.

En esta materia debe mantenerse, por razones de mejor control o de control recíproco, el doble sistema actualmente en vigencia: control sanitario de las autoridades de inmigración y control de las autoridades del Ministerio de Salud Pública.

No obstante el doble filtro, ingresa al país un importante porcentaje de enfermos; ello obliga a un reajuste no sólo de los procedimientos médicos, sino también de la ley de inmigración.

El control riguroso debe efectuarse:

- a) en el puerto de embarque;
- b) en el puerto de recepción pasando por la doble autoridad sanitaria, como ahora. No conviene suprimir ni a una ni a otra.

2. — La forma de efectuar un control completo y racional es crear un "Centro Sanitario de Fronteras", con tres grandes secciones:

- a) servicio de exámenes en serie (consultorios tipo Centro de Salud);
- b) servicio de observación epidemiológica y aislamiento (transmisibles);
- c) servicio de observación clínica (inválidos, enfermedades crónicas invalidizantes)

3. — La acción sanitaria en materia de transportes en el Plan 1952-58 debe integrarse creando las "Brigadas Sanitarias de Transportes", para la acción directa, y para mantener lo que se ha llamado Campaña Sanitaria Permanente.

4. — Construcción de un Hospital de Aislamiento en la zona del Puerto, con estación de desinfección.

5. — El cumplimiento del Código Sanitario Panamericano se viene haciendo hasta ahora en forma satisfactoria, no así los tratados sobre saneamiento de las fronteras, por acción bilateral, a que nos obligan los tratados con Uruguay, Chile, Paraguay, Bolivia y Brasil. El Plan 1952-58, debe prever recursos para la adquisición de materiales con destino a "Cumplimiento de Tratados Internacionales para saneamiento de fronteras.

Objetivo II. — Organismo ejecutor: Dirección General de Medicina Sanitaria y Dirección de Sanidad de Fronteras y Transporte. (Ver PASP - 46, tomo I, capítulo XI, pág. 671.

Objetivo III. Zoonosis. — Actuar directamente mediante la educación médico-sanitaria del ganadero, del chacarero y de todas las personas que estén en contacto con animales, como el más práctico y sencillo método de profilaxis de la zoonosis, enfermedad transmisible al hombre por los animales.

Problemas: 1. — ¿Cómo hacer llegar al hombre del campo los conocimientos relativos a las enfermedades de los animales y a la forma cómo se transmiten al hombre?

2. — Coordinar los trabajos con el Ministerio de Agricultura y Ganadería en lo referente a educación sanitaria del hombre de campo.

1. — Concentrar los esfuerzos sobre las siguientes enfermedades:
 - a) hidatidosis;
 - b) brucelosis;
 - c) virosis (encefalomielitis o neuraxitis);
 - d) rickettsias;
 - e) helmintiasis;
 - f) peste rural;
 - g) rabia;
 - h) tuberculosis bovina y avícola;
 - i) carbunco.

Soluciones: 1. — A los efectos de la Difusión, hay que efectuarla por medio de la Dirección de Cultura Sanitaria con un asesor veterinario y con el asesoramiento del Instituto Malbrán.

2. — La coordinación con el Ministerio de Agricultura y Ganadería debe hacerse reestructurando la "Comisión Nacional de Zoonosis", creada por Decreto N.º 3.324 de 1946. Para hacerla más eficiente, acordarle cierta autonomía y fondos en el Plan 1952-58.

3. — La Comisión Nacional de Zoonosis debe tomar a su cargo el cumplimiento de la Ley N.º 13.012, Art. 3.º, Inc. 9) que dice que es obligación del Ministerio de Salud Pública de la Nación: "*Promover, organizar, coordinar y/o fiscalizar la sanidad de los animales en los aspectos vinculados a la higiene humana*".

4. — Esta Comisión tendría a su cargo la acción referente a las enfermedades transmisibles al hombre y que son enfermedades propias de los animales. Coordinaría sus trabajos también con las autoridades sanitarias locales.

Objetivo III. — Organismo executor: Dirección General de Medicina Sanitaria, Comisión Nacional de Zoonosis y Dirección de Cultura Sanitaria. Ver PASP 46, tomo II, Capítulo XVII, pág. 941.

Objetivo IV. Bioclimatología. — Proteger al hombre contra la acción injuriantes del clima y las modificaciones meteorológicas, propendiendo a la distribución racional de la población de acuerdo a la bioclimatología, en función de la raza, hábitos y características geoclimáticas.

Problemas: 1. — Determinar, en forma definitiva, la incidencia de los distintos climas, sobre la fisiología humana del hombre argentino y sus posibles consecuencias patológicas. Clasificación médica de los climas argentinos.

2. — Determinar la incidencia de dichos climas sobre el rendimiento del trabajo humano, por zonas.

3. — Estudiar y aconsejar la alimentación de las zonas injuriantes, adaptando dicha alimentación a las condiciones biofísicas del clima y a su influencia sobre los procesos de la nutrición.

4. — Realizar idénticos estudios en relación con el vestido y la vivienda.

5. -- Poner al servicio del pueblo la energía terapéutica de las aguas termales y minerales.

Objetivos sintéticos: Fisiología, patología, trabajo, alimentación, vivienda y vestido, en función del clima y de la meteorología.

Soluciones: 1. -- Transformar el actual "Instituto de Asistencia Médica Climática Hidrotermal" en "Instituto de Bioclimatología Humana", donde se resolverán los problemas antedichos. Antecedente: Ver Plan Analítico de Salud Pública, 1946, tomo III, pág. 1459. En lo referente al problema 5.º, sobre aguas termales, siendo un tema asistencial ha sido tratado en "Hospitales Hidrotermales".

Objetivo IV. -- Organismo ejecutor: Dirección General de Medicina Sanitaria y Dirección de Climatismo y Termalismo. Ver PASP 46, tomo III, n.º. 1459

B. -- PARTE SANITARIA ESPECIAL

Capítulo 1. Epidemiología. -- Temario: Epidemiología argentina en general. Mapa epidemiológico. Historia de las epidemias en la Argentina. Su desarrollo en el pasado y en la actualidad. Mapas actualizados y comparados con el pasado.

Capítulo 1. -- Dirección General de Medicina Sanitaria. Ver PASP - 46, tomo 55, pág. 743.

Capítulo 2. -- Temario: Epidemias con manifestaciones predominantemente respiratorias.

Organización de las campañas permanentes. Difteria y anginas agudas. Coqueluche. Resfrío. Influenza y gripe. Dengue. Virosis. Plan de investigaciones del Instituto Malbrán.

Capítulo 2. -- Dirección Técnica de Epidemiología y Endemias e Instituto Malbrán. Ver parte pertinente del PASP # 46.

Capítulo 3. -- Temario: Epidemias con manifestaciones predominantemente dermatomucosas en la infancia.

Campañas permanentes y de emergencia. Medidas sanitarias escolares. Sarampión. Rubéola. Varicela. Escarlatina. Plan de investigaciones del Instituto Malbrán.

Capítulo 3. -- Dirección Técnica de Epidemiología y Endemias (DEE, en forma abreviada) e Instituto Malbrán. Parte pertinente del PASP - 46.

Capítulo 4. -- Temario: Epidemias con manifestaciones principalmente cutáneas en el adulto.

Viruela. Alastrim. Medidas de profilaxis. Campaña permanente y de profilaxis. Preparación de la vacuna. Vacuna desecada. Tifus exantemático. Organización de las campañas de emergencia. Plan de investigaciones del Instituto Malbrán.

Capítulo 4. — Dirección Técnica de Epidemiología y Endemias e Instituto Malbrán. Ver PASP - 46.

Capítulo 5. — Temario: Epidemias con manifestaciones principales en el aparato digestivo.

Tuberculosis epidémica. Tifoidea. Paratifoidea. Disenteria bacilar. Disenteria amebiana. Hepatitis infecciosa. Organización, métodos y alcance del Servicio de Fiebre Amarilla. Psitacosis y ormitosis. Campaña permanente y de emergencia. Plan de investigaciones del Instituto Malbrán.

Capítulo 5. — Dirección Técnica de Epidemiología y Endemias e Instituto Malbrán. Ver PASP - 46.

Capítulo 6. — Temario: Epidemias con manifestaciones principales en el sistema nervioso.

Poliomielitis. Curación social de las secuelas. Encefalitis epidémica. Meningitis a meningococos. Rabia. Encefalitis equina. Organización de las campañas permanentes y/o de emergencia. Plan de investigaciones del Instituto Malbrán.

Capítulo 6. — Dirección Técnica de Epidemiología y Endemias e Instituto Malbrán. Ver PASP - 46.

Capítulo 7. — Temario: Epidemias con manifestaciones ganglionares.

Peste bubónica. Peste rural. Campaña permanente y de emergencia. Desinfección. Métodos de elección. Investigaciones del Instituto Malbrán.

Capítulo 7. — Dirección Técnica de Epidemiología y Endemias e Instituto Malbrán. Ver PASP - 46.

Capítulo 8. — Temario: Endemias argentinas en general.

Mapa endemiológico. Historia de las endemias en nuestro país. Mapa del pasado (superficies geográficas) comparados con el presente. Planteos generales comparados con otros países. Situación actual y programa panorámico para el Plan 1952-58. Clasificación de las endemias argentinas.

Capítulo 8. — Dirección General de Medicina Sanitaria. Ver PASP - 46, tomo II, capítulo XVII, pág. 937.

Capítulo 9. — Temario: Paludismo.

Su distribución geográfica actual. Explicación del Método Argentino. Estado actual comparado con 1946. Plan de sostenimiento. Reorientación de las campañas. La fabricación de DDT. Pronóstico.

Capítulo 9. — Dirección General de Sanidad del Norte. Ver PASP - 46, tomo II, capítulo XVII, pág. 785.

Capítulo 10. — Temario: Brucelosis.

Bases de la campaña permanente. Organismos a crear. Métodos de lucha. Método de elección. Investigaciones del Instituto Malbrán. Estadísticas. Estado actual del problema. Soluciones.

Capítulo 10. — Dirección General de Sanidad del Centro e Instituto Malbrán. Ver PASP, tomo II, capítulo XVII, pág. 947 y Política Sanitaria Argentina, los dos capítulos pertinentes.

Capítulo 11. — Temario: Tracoma.

Estado actual del problema. ¿Ha disminuido o aumentado el tracoma? Organización de la campaña permanente y de las campañas circunstanciales. Pronóstico epidemiológico. Investigaciones de la Dirección de Oftalmología y Tracoma.

Capítulo 11. — Dirección de Oftalmología y Tracoma. Ver PASP - 46, tomo II, pág. 871.

Capítulo 12. — Temario: Epiendemias en general.

Su definición y concepto. Tuberculosis. Lepra. Venéreas. Reumatismo. Mapa comparado por los índices de mortalidad o morbilidad respectivos.

Capítulo 12. — Dirección General de Medicina Sanitaria. No hay bibliografía ni antecedentes dentro del concepto de epiendemias.

Capítulo 13. — Temario: Tuberculosis. Lucha antituberculosa en general.

Índices argentinos. Reducción de la mortalidad en la Argentina. Mapa de la tuberculosis. Plan de la campaña antituberculosa. Método experimental del norte. Efectos de los antibióticos. Pronóstico de la reducción de los índices de mortalidad.

Organismo planificador y ejecutor: Dirección de Tuberculosis. (Ver PASR - 46, capítulo pertinente XIX, t. II, la parte sanitaria. Réplica del M. S. P. al diario "La Prensa". Libro del Dr. C. Tassart "Descenso de la mortalidad tuberculosa en la Argentina", en prensa.

Capítulo 14. — Temario: Lepra.

Índices argentinos. Reducción de la morbilidad en la Argentina. Historia demológica del proceso endémico de la lepra. Plan de campaña antileprosa. La nueva terapéutica (Sulfonas). Protección jurídica y social. Pronóstico de la reducción de los índices de morbilidad. Índices comparados de morbilidad con los de mortalidad por Hansen.

Organismo ejecutor: Dirección de Dermatología. (Ver PASP - 46, capítulo XV, t. II, la parte sanitaria y de lucha antileprosa. Réplica a "La Prensa" del Ministerio de Salud Pública de la Nación.

Capítulo 15. — Temario: Venéreas.

Lo que se entiende por Higiene Social. Estado actual del problema. La sífilis. Curvas de infección. Estado de la curva en 1946 y estado actual. Pronóstico del índice sanitario. Métodos modernos de organización y lucha. La Policía del Foco. Blenorragia. Chancro Blando. Sinfogranuloma venéreo. Estadística desde 1946 a la fecha. La ley de profilaxis y su reforma. El Instituto de Estadística.

Capítulo 15. — Dirección de Higiene Social. Ver PASP, tomo II, capítulo XVIII, pág. 979.

Capítulo 16. -- Temario: Lucha antirreumática.

La heterogeneidad etiológica. El reumatismo agudo. El reumatismo crónico. Clasificación oficial del reumatismo a los fines terapéuticos del pronóstico y de la curación social. La lucha contra el reumatismo como enfermedad invalidante. Proporción de inválidos y de incapacitados en la población determinada por el reumatismo. Organización de los Centros antirreumáticos.

Capítulo 16. -- Dirección de Climatismo y Termalismo, Sección Lucha Antirreumática; Dirección de Cardiología, Sección Reumatismo articular agudo. Ver tomo III, capítulo XXVI, pág. 1505.

Capítulo 17. -- Temario: Enfermedad de Chagas y otras enfermedades tropicales.

El proyecto de Instituto de Enfermedades Tropicales en el Norte. Organización de la lucha contra la enfermedad de Chagas.

Capítulo 17. -- Dirección General de Sanidad del Norte y Comisión de Enfermedad de Chagas. No hay antecedentes en el PASP-46.

Capítulo 18. -- Temario: Zoonosis.

Organización de la educación sanitaria del hombre de campo. Campañas contra la hidatidosis, helmintiasis, peste rural, carbunclo, tuberculosis bovina y avícola, rickettsiosis, etc. Índices de infección y su significado epidemiológico comparado, entre las infecciones humanas y animales. Plan de investigaciones del Instituto Malbrán.

Capítulo 18. -- Dirección de Epidemiología y Endemias, Comisión Nacional de Zoonosis e Instituto Malbrán. Ver PASP - 46, tomo II, capítulo XVII, pág. 941.

Capítulo 19. -- Temario: Parasitosis en la Argentina en general.

Mapa parasitológico. Método, técnica e índices para determinarlo. Regionalización de la parasitosis. Plan general de campañas sanitarias. Utilización de los exámenes de heces en forma sistemática.

Capítulo 19. -- Centro de Investigaciones, Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades Parasitarias (La Plata, perteneciente al Ministerio de Salud Pública de la Nación) y Asesor Técnico en Parasitología. Ver PASP - 46, capítulo XVII, pág. 937.

Capítulo 20. -- Temario: Sanidad de Fronteras y Transportes.

Desarrollo del Plan Analítico, según antecedentes y trabajos en vías de ejecución, excluyendo lo ya dicho en B, Parte General.

Capítulo 20. -- Dirección de Sanidad de Fronteras y Transportes. Vigilancia ulterior del inmigrante. Legajo sanitario del inmigrante. Antecedente: PASP - 46, tomo I, capítulo VI, pág. 671.

Capítulo 21. -- Temario: Climatismo y Termalismo.

Programa detallado de acción para el período 1952-58, excluyendo lo ya dicho en B, Parte General.

Capítulo 21. -- Dirección de Climatismo y Termalismo. Ver PASP - 46, tomo III, pág. 1459.

III. MEDICINA SOCIAL O PREVENTIVA (Macrocosmos)

A. — PARTE GENERAL

Objetivo I: Lucha contra los factores sociales de enfermedad. ---
Identificar cada uno de los factores indirectos de enfermedad (factores sociales) y promover o ejecutar todas las medidas tendientes a compensarlos.

Problemas: 1. — Establecer una nomenclatura o sistematización clara y precisa de los factores indirectos de enfermedad o factores sociales.

2. — Extraer de las estadísticas nacionales índices de carácter general que permitan apreciar objetiva y gráficamente la importancia de dichos factores y la incidencia de cada uno de ellos sobre ciertas y determinadas enfermedades.

Soluciones: 1. — La solución al primer punto es más bien de carácter doctrinario. Se trata de hacer una clasificación sanitaria de los factores patógenos. A dichos efectos debe tenerse como base de la misma el siguiente esquema de sistematización:

A) *Factores patógenos directos (biofísicos):*

a) de carácter biológico:

1. Intrínseco: constitucionales, congénitos, degenerativos, etc.
2. Extrínseco: gérmenes, parásitos, etc.

b) de carácter físico (mesológicos):

1. Clima.
2. Agentes físicos y químicos (traumáticos, etc.).

B) *Factores patógenos indirectos (biosociales):*

a) de carácter discriminado, individual o por grupos sociales:

1. Alimentación deficiente o insuficiente.
2. Vivienda insalubre.
3. Ignorancia sanitaria.
4. Trabajo y ambientes insalubres.
5. Deportes no controlados.

b) de carácter indiscriminado, que afecta o puede afectar a toda la población:

1. Hábitos y costumbres antihigiénicos.
2. Urbanismo no planificado.

3. Hacinamiento.
4. Higiene pública no controlada sanitariamente (mercados, cementerios, mataderos, ciudades, basuras, etc.).
5. Pauperismo.

2. — El Plan Analítico 1952-1958 debe plantear, con cifras e información concretas, el papel de los factores indirectos de enfermedad antes mencionados. Esta es una de las misiones específicas de la Dirección General de "Medicina Social. Y, también, la línea general de las soluciones. Los factores directos o biofísicos son materia y objetivo de la Medicina Sanitaria. Toda acción contra los factores directos es profilaxis o sanidad; toda acción contra los factores indirectos es medicina social o preventiva. Cuando, venciendo las barreras sanitarias y sociales, el hecho que se trata de evitar, esto es la enfermedad, se produce, entonces se configura la medicina asistencial, que tiene por objetivo subsanar la enfermedad, el hecho en sí (curación clínica) y recuperar al hombre, y recuperarlo no sólo con vida sino, en lo posible, con la máxima aptitud física o mental (curación social). Estos conceptos deben ser el punto de partida de todas las especulaciones estadísticas de la Medicina Social. La estadística sirve aquí para apreciar en qué medida cada factor social en particular gravita sobre los índices sanitarios.

El desarrollo, substanciación y documentación de los capítulos que comprenden los grandes objetivos de la Medicina Social estará a cargo de los siguientes organismos, que, a su vez, ulteriormente serán los ejecutores, en sus esferas respectivas, del Plan 1952-58.

Objetivo I. — *Factores indirectos de enfermedad. Dirección General de Medicina Social* con o sin la colaboración de las reparticiones respectivas, que deberán facilitarle información. Antecedentes: PASP-46, Capítulos sobre Vivienda, Urbanismo, Alimentación, Trabajo, etc. Ver Política Sanitaria: los mismos temas: Higiene Pública, Vivienda, Medicina Tecnológica, Alimentación, etc., donde se consignan las ideas generales básicas.

Objetivo II: Diagnóstico precoz. — Contralor médico de grandes masas de población aparentemente sanas (reconocimientos periódicos), con el propósito de identificar en su estado incipiente las enfermedades.

Problemas: 1. — Determinar quiénes y qué grupos sociales deben ser preferentemente sometidos al reconocimiento médico periódico en serie.

2. — Precisar con exactitud la técnica del reconocimiento en serie (cómo hacer las cosas) y la forma de documentar los hechos, dejando una constancia para el interesado y otra para los archivos del Ministerio.

Soluciones: 1. — El problema de determinar qué grupos sociales deben ser principalmente controlados es, en realidad, un problema de sistematización demográfica. La Dirección General de Medicina Social analizará exhaustivamente este problema y presentará el plan de conjunto para el año 1952-58. A estos efectos la población puede clasi-

ficarse en grupos afines, según la mayor o menor afinidad y según la mayor o menor facilidad con que la acción preventiva puede ser llevada al respectivo sector. De ese modo, a los fines del examen periódico, la población sana se clasifica en los siguientes grupos (con cifras sólo aproximadas, sujetas a corrección en el desarrollo del Plan Analítico).

Grupo I. — *Población urbana no discriminada*, dispersa y que no forma parte de ningún conglomerado social determinado (el hombre de la calle tomado al azar), 4.000.000 de personas.

Grupo II. — *Población rural no discriminada*, subdividida, por regiones del país, lejos de los centros urbanos, 3.500.000 personas.

Grupo III. — *Población discriminada*: obreros afiliados al Instituto de Previsión, sean trabajadores urbanos o rurales, que se dividen en dos grupos:

a) los que trabajan en industrias y locales salubres, 6.000.000 de personas;

b) los que trabajan en industrias insalubres, 130.000 personas.

Grupo IV. — *Población escolar* (en todas las edades, incluidos los alumnos universitarios), 600.000 personas.

Grupo V. — *Población infantil no escolar*, hasta 16 años, 400.000 personas.

Grupo VI. — *Población de empleados dependientes de la administración pública* (incluido servicios públicos, ferroviarios, telefónicos, etcétera), 1.000.000 de personas.

Grupo VII. — *Población de mujeres en estado de embarazo o lactancia*, 700.000 personas.

Grupo VIII. — *Población de personas que realizan actividades físicas al margen de la actividad física normal*: deportistas, 100.000 personas con actividades extrafisiológicas.

Grupo IX. — *Población masculina en condiciones de prestar servicio militar* (20 años de edad), 150.000 personas por año.

Grupo X. — *Población femenina de 18 años, al retirar su libreta cívica*, 200.000 personas por año.

La clasificación que antecede tiene por objeto "localizar" el lugar y la forma de captar al habitante para hacer el primer examen médico preventivo. Como se ve, el examen médico preventivo debe realizarse por distintas reparticiones. De ese modo: *Grupos I, II y III (a)* le corresponde a la Dirección de Exámenes Periódicos de la Población.

Grupo III (b), a la Dirección de Medicina Tecnológica.

Grupo IV, a la Dirección de Higiene y Medicina Infantil (en colaboración con Sanidad Escolar del Ministerio de Educación).

Grupo V, a la Dirección de Higiene y Medicina Infantil (no escolar).

Grupo VI, a la Dirección de Reconocimientos Médicos (del personal de la Administración Nacional).

Grupo VII, a la Dirección de Maternidad e Infancia.

Grupo VIII, a la Dirección de Medicina del Deporte.

Grupo IX, a la Dirección de Exámenes Periódicos de la Población (la misma que se ocupa de los grupos I, II y III (a)).

Una vez determinado "qué" grupos sociales y "cuándo" deben ser analizados clínicamente y preventivamente, queda un problema de orden práctico: el determinar "cómo" deben ser examinados. Todos los servicios antes citados que realizan exámenes periódicos medicopreventivos deben "standardizar" la técnica y realizarla, todos ellos, de la misma manera, en el mismo orden y con idénticos objetivos.

Aquí, para el Plan Analítico de 1952-58, la Dirección General de Medicina Social programará con todo detalle la técnica "standard" del reconocimiento médico en serie (sistema de los Centros Sanitarios Prototipos). El Ministerio de Salud Pública sólo debe tener un método, con ligeras variantes, para adecuarlo a las características biológicas o sociales propias del "grupo social" examinado.

Se destacará la importancia práctica que en Medicina Preventiva tiene el concepto de "grupo social", ventajas que estriban:

- a) En la facilidad de concentrar las personas en un mismo sitio.
- b) La facilidad de aplicar a todos la misma metodología semiológica y el mismo orden de examen.
- c) La facilidad de emplear los mismos especialistas.
- d) La tipificación de la documentación clínica.
- e) El contralor ulterior y el tratamiento a cargo de las mismas personas.
- f) La posibilidad de estudiar estadísticamente la gravitación de los factores patógenos sobre grupos sociales constituídos por personas de la misma edad, de idéntica forma de trabajo y medio ambiente o de analogía por su condición biológica (niños, lactantes, embarazadas, etc.) o actividad extrafisiológica (deporte).

Un problema mucho más serio, desde el punto de vista práctico, es determinar "cómo y cuándo" se debe configurar la documentación clínica del examen de salud.

Las directivas para resolver el problema, de acuerdo a la experiencia de cinco años del Ministerio de Salud Pública son las siguientes:

- 1) El documento debe ser simple, obligatorio, inaccesible en su interpretación integral para los extraños e incluso para el interesado, pero sí comprensible para el médico (sistema de claves).
- 2) Debe ser poco costoso.
- 3) Debe ser obligatorio, servir como certificado de salud, no pudiéndose actuar en los trámites comunes y corrientes sin su presentación.
- 4) Debe contener, con mucha limitación, algunos elementos educativos, desde el punto de vista sanitario.
- 5) Con muy pocas hojas en blanco, debe servir para las anotaciones clínicas en el curso de los años.

El documento ideal es la "Libreta Sanitaria", pero se ha fracasado al intentar imponerla directamente, de golpe, indiscriminadamente a toda la población.

El estudio reflexivo que para tener éxito y ser efectivo con la población, 17 millones, deben tener su libreta. Esto no es viable y sería muy costoso, sobre todo si se tiene en cuenta que detrás de la libreta existen exámenes médicos complejos y toda una documentación y un archivo clínico que la respalda. Que, además, ese documento debe ser actualizado y mantenido al día.

Es una utopía muy cara el pretender imponerla en poco tiempo. Basta pensar en lo que costó y el tiempo que fué necesario para organizar y realizar el registro cívico femenino, en que se empleó todo el personal especializado del Ministerio de Ejército.

La solución de transición y que requiere por lo menos un ciclo de 20 años para ser integrado, es la siguiente:

1) Entregar, contra el costo, la Libreta Sanitaria a los recién nacidos, cuando sean inscriptos en los Registros Civiles. Deben estar concebidas dichas Libretas en forma útil y práctica para las madres y servir luego, para la edad adulta, incluso como documento supletorio de identificación. Al llegar a los 18 ó 20 años toda la población joven tendrá su Libreta Sanitaria que le servirá como introducción a la vida cívica o militar.

2) A la actual población de cualquier edad que ella sea no se le puede exigir sino una hoja en blanco para las anotaciones médicas en sus documentos de identidad (página de sanidad):

- a) a los hombres, en la Libreta de Enrolamiento, previa autorización del Ministerio de Ejército y reforma de las nuevas Libretas de Enrolamiento;
- b) a las mujeres, en su actual Libreta Cívica, pero a sus efectos debe modificarse su formato, haciéndolo igual, en cuanto a éste se refiere, a las Libretas Cívicas del hombre;
- c) en su defecto, modificar los formatos de las Cédulas de Identidad a fin de dar cabida a la página de sanidad. Para ello debe adoptarse para las Cédulas de Identidad el formato de los Pasaportes que actualmente expide la Policía Federal.

Sobre estas bases generales la Dirección General de Medicina Social preparará y agregará al Plan 1952-58 la unificación de los documentos sanitarios y de identificación en una sola libreta de carácter universal, donde se puedan registrar no sólo las actividades del ciudadano (empleos, profesiones, modificaciones de estado, etc.) sino también todos sus estados patológicos y fecha de los exámenes de reconocimientos periódicos. De ese modo, la libreta única será un documento completo, un verdadero resumen legal de la foja de servicios de un ciudadano argentino.

Objetivo II. — Reconocimientos Médico-preventivos. Dirección General de Medicina Social (D. G. M. Soc.), Dirección Nacional de Investigaciones Demológicas, Dirección de Reconocimientos Médico-periódicos de la Población, Dirección de Medicina del Deporte, Dirección de Reconocimientos Médicos (del Personal de la Administración Nacional) y Dirección de Medicina Tecnológica. Ver partes pertinentes del PASP - 46 y los correlativos de Política Sanitaria.

Objetivo III: Profilaxis por el tratamiento. — Identificados precozmente los enfermos incipientes entre la población aparentemente sana, hacerse cargo de la vigilancia y/o tratamiento de los mismos.

Problemas: 1. — Establecer, con precisión, el temperamento a seguir; métodos de contralor administrativosanitario.

2. -- Saber exactamente los porcentajes promedios por regiones sanitarias de cuántos enfermos se descubren entre la población aparentemente sana.

3. -- Indicar o crear los institutos u organismos que deben dedicarse al contralor administrativo y al tratamiento médico de los identificados como enfermos incipientes o larvados.

Soluciones: 1. -- El examen de salud o examen médico preventivo sería una cuestión poco útil y de carácter más bien teórico, si los enfermos localizados no fueran sometidos a contralor y tratamiento ulterior.

Mejorar y ampliar lo que se hace ahora.

El procedimiento a seguir sería el siguiente:

- a) notificar al interesado de su situación (ya que hasta ese momento la ignora);
- b) hacer una ficha y mantenerla actualizada: 1.º si el enfermo se atiende particularmente, por sus propios recursos, mantener contacto con el médico tratante; 2.º si el enfermo es un "no pudiente" debe hacerse cargo del contralor el Instituto de Exámenes Periódicos; 3.º) el contralor y actualización de las fichas debe estar a cargo de Visitadoras Sanitarias.

A todo esto, interesa centralizar el "Fichero de Diagnósticos Precoces" ya que los casos a considerar deben resolverse dentro del Ministerio, por los más diversos establecimientos o institutos asistenciales. El "Fichero de Diagnósticos Precoces" es, en el fondo, un organismo de Servicio Social y de contralor administrativo de los casos para saber dónde, cómo, cuándo y quién se hizo cargo del enfermo --y seguir su evolución-- e intervenir oportunamente. Además, llevar la estadística. Se puede calcular que por lo menos 100.000 personas por año, podrían ser salvadas de la enfermedad (o de la muerte) antes de que el mal se traduzca en manifestaciones irreversibles.

2. -- El porcentaje promedio de enfermos latentes o larvados que existen en nuestro país, según las estadísticas de la Dirección de Exámenes Periódicos de la Población no pasa del 1,5 % del total de la población sana. Pero dicho índice debe ser analizado por regiones geográficas sanitarias, por la Dirección General de Medicina Social. Se deduce que sobre un total de 17 millones de habitantes, 300.000 están enfermos sin saberlo (1,5 %) sin concurrir a un servicio médico por no sentir la compulsión inherente a manifestaciones clínicas ostensibles y que sólo se descubren en un examen de salud.

Naturalmente, a ese 1,5 % habría que sumar el porcentaje de infradetectados que requieren otro método de diagnóstico.

3. -- El destino ulterior de los identificados por el diagnóstico precoz (examen de salud) debe ser los institutos asistenciales (profilaxis por el tratamiento).

La misión técnica del reconocimiento médico de salud debe identificar *objetivamente* las siguientes enfermedades ignoradas por el paciente:

Grupo I. -- Tuberculosis pulmonar y otras afecciones pulmonares (abreugrafías).

- Grupo II.* -- Lesiones cardíacas orgánicas (electrocardiograma).
Grupo III. -- Hipertensión arterial (esfigmomanometría).
Grupo IV. -- Epilepsia y lesiones orgánicas cerebrales larvadas (electroencefalografía).
Grupo V. -- Diabetes (análisis de orina y dosajes de glucemia).
Grupo VI. -- Nefritis y nefrosis (examen de orina y sedimento).
Grupo VII. -- Focos sépticos (caries, piortrea y amigdalitis séptica).
Grupo VIII. -- Lesiones orgánicas de los sentidos.
Grupo IX. -- Estados de hiponutrición y/o subalimentaciones (peso y antropometría, Tablas).
Grupo X. -- Deficiencia de los sentidos (miopía, astigmatismo, hipoacusia y sordera).
Grupo XI. -- Oligofrenias (test psicológicos).

El examen de salud en serie, en grandes masas de población, debe tener un solo criterio: el descubrimiento de manifestaciones concretas, *objetivables*; es decir, *somáticas*.

El examen de psiquiatría preventiva, el examen psíquico de salud, no obstante su carácter subjetivo, debe fundarse también en documentos objetivos como son los "test psicológicos" que miden --en cifras aproximadas-- el desarrollo mental. Corresponde a la Dirección de Psicopatología Social el tipificar los métodos de reconocimiento psíquico periódico de la población para identificar las psicofrenias, las oligofrenias y las kindinofrenias potenciales.

Objetivo III: Profilaxis por el tratamiento. -- Dirección General de Medicina Social y Ficheros de Diagnóstico Precoz (a organizar). Ver Capítulo X, tomo I, página 579 del P.A.S.P. 46 y tema correlativo (Medicina Preventiva) en Política Sanitaria, tomo I.

Objetivo IV: Organizar la lucha contra las enfermedades crónicas invalidizantes.

Problema: 1. -- Determinar la incidencia, en la República Argentina, del problema de la invalidez prematura sobre la financiación de las Cajas de Jubilaciones.

El estudio estadístico demuestra que si el número de inválidos por enfermedades crónicas sigue aumentando, las cajas de jubilaciones no podrán afrontar, en un determinado momento, la financiación y sostenimiento de dichos inválidos, que viven y consumen y no producen. La medicina, con el perfeccionamiento técnico, prolonga además su vida, por muchos años, con lo cual las Cajas deben sufrir la carga social por mucho más tiempo que el calculado, promoviendo así su descapitalización.

2. -- Métodos aconsejados, dentro de la organización sanitaria actual de la Argentina, para combatir las enfermedades crónicas invalidizantes y efectuar su profilaxis.

3. -- Calcular las pérdidas en trabajo, salarios, rendimiento y valores humanos producidos por las enfermedades en la República Argentina, de acuerdo a los últimos y más recientes datos demográficos.

Soluciones: 1. -- La forma de luchar contra la quiebra de las Cajas y la pérdida de brazos útiles es luchar contra la invalidez prematura.

terminada por las enfermedades crónicas invalidizantes; la lucha contra dichas enfermedades es uno de los objetivos concretos de la medicina social. Son las enfermedades de larga duración, que no hacen sufrir excesivamente, pero que incapacitan para el trabajo.

2. — Los métodos de lucha surgen de lo ya enunciado:

- a) exámenes periódicos de salud;
- b) separación del trabajo y tratamiento inmediato en el periodo incipiente de la enfermedad;
- c) centros de diagnóstico precoz ambulatorios y de tratamiento de las enfermedades crónicas invalidizantes;
- d) centros de capacitación de crónicos para la enseñanza de nuevos oficios compatibles con su salud (tipo Taller de Cardiología Social, por ejemplo).

Estos Centros de Capacitación de crónicos deben poder sostenerse a sí mismos por la venta de su producción. Existirán tantos Centros como grupos de enfermos similares existan.

Adoptar una clasificación del Ministerio sobre invalidez. Las bases de dicha clasificación son las siguientes:

Grupo I. — Inválidos somáticos:

- a) miembros superiores;
- b) miembros inferiores;
- c) cabeza, cuello y tronco.

Grupo II. — Inválidos viscerales:

- a) aparato respiratorio;
- b) aparato circulatorio;
- c) aparato renal, etc.

Grupo III. — Inválidos neuropsíquicos:

- a) orgánicos (neuroológicos);
- b) psíquicos (psiquiátricos):
 1. Alrenias.
 2. Oligofrenias.
 3. Peirofrenias.

Esta clasificación será desarrollada y ampliada en sus detalles por el encargado del presente Capítulo (ver "Política Sanitaria Argentina" Capítulo sobre Rehabilitación de Inválidos, tomo I y Capítulo concordante del Plan Analítico de Salud Pública 1946. Ver además: "Clasificación Sanitaria de los Enfermos Mentales", R. Carrillo).

Objetivo IV: Enfermedades crónicas invalidizantes. — Dirección General de Medicina Social y Asesor Técnico General del Ministerio de Salud Pública (ver Medicina Preventiva, diversos capítulos del PASP. 46).

Objetivo V: Lucha contra la mortalidad infantil, la disminución de la natalidad y el proceso regional de despoblación.

Problemas: 1. — Es un hecho conocido, que a medida que disminuye la mortalidad infantil, disminuye también la natalidad; pudiendo redu-

cirse, con tal motivo, el crecimiento vegetativo de la población. El mismo problema, pero planteado en terminos inversos, podría expresarse, diciendo: que a medida que aumenta o se mantiene alta la mortalidad infantil, tanto más alta se mantiene —compensatoriamente— la natalidad. Más niños mueren, más nacen. ¿Qué ocurre en nuestro país con referencia a esta ley?

2. — ¿Qué métodos e instrumentos técnicos más precisos, simples y económicos pueden arbitrarse en la Argentina para resolver el problema de la mortalidad infantil?

Soluciones: 1. — El conocimiento exacto de los índices de mortalidad infantil y el estado actual del problema de la protección y asistencia médico-social del niño y de la madre, son cuestiones previas a cualquier solución. En el estudio preliminar del PASP, 46, tomo I, capítulo VIII, página 439, el desarrollo estadístico y documental ulterior es impreciso. El planteo y los desarrollos también son vacilantes. Conviendría consultar al respecto el libro que sobre dicho Plan Sanitario escribió el Secretario General del Consejo Consultivo del Ministerio, entonces Director de Maternidad e Infancia.

Es evidente que la despoblación o reducción del crecimiento vegetativo resulta no sólo de la mortalidad infantil, sino también del descenso de la natalidad. Por eso la ubicación de los Centros de Maternidad e Infancia, instrumento fundamental y casi único, de la acción del Ministerio, debe fundarse no sólo en la densidad de la población, radio de acción, sino principalmente en los índices locales de mortalidad infantil. Por eso, su conocimiento y graficación es fundamental y ello debe estar contenido en el Plan 1952-1958, con mayor amplitud e información.

2. — Los métodos e instrumentos prácticos para la acción son de cinco tipos:

- a) médicos;
- b) sociales;
- c) médico-sociales;
- d) educativos;
- e) legislativos.

Todos ellos han sido analizados en el Plan 1946-1951, que debe ser, no obstante, actualizado en todos esos aspectos. El Plan 1946-1951, en esta materia, fracasó en muchos aspectos, pero una cosa dejó en evidencia: que el único sistema eficiente es el "Centro Materno-Infantil". Todas las demás cosas son meros elementos auxiliares. En el Plan de 1946-1951, no se le dió la importancia debida, pero al final, lo único que se hizo de eficiente fué la creación de dichos Centros de Maternidad e Infancia, en número muy elevado, casi 120 Centros. Un segundo fracaso obligó a convertir muchos de esos centros en instituciones polivalentes, en Centros de Salud, con un anexo pediátrico. Por la experiencia recogida en el Plan de 1946-1951, se llega a las siguientes conclusiones:

- 1.º) Que el Centro de Salud Materno Infantil es el mejor instrumento de lucha contra la mortalidad infantil.
- 2.º) Que dichos Centros deben instalarse:
 - a) en todos los hospitales ya existentes;
 - b) en los Centros Sanitarios y Centros de Salud como agregados principalísimos;

en los lugares donde no existen hospitales, crearlos como unidades o instituciones especiales.

- 2) Que se instale un Centro Materno Infantil, su sede física (edificio) debe ser construída especialmente para disponer de los elementos fundamentales:

- a) energía eléctrica o su equivalente, heladeras, etc.;
- b) refrigeración;
- c) pluvioterapia;
- d) ambulancia;
- e) depósitos especiales;
- f) sala de lactantes;
- g) como modelo.

- 3) Que la instalación precaria, económica, en edificios insuficientes, implica el fracaso del Centro, pues el tratamiento de las toxemias y demás enfermedades del lactante que lo llevan a la muerte están condicionadas a una delicada adecuación del medio físico. A lo sumo, sirven, como ahora, para diagnóstico y tratamiento de las madres, también precario, por las causas señaladas.

- 4) El tratamiento de Arquitectura debe programar seis tipos de Centros Materno Infantiles de complejidad o volumen creciente, prototipos, que nacen en la unidad ambulatoria más sencilla y terminan en el Hospital Materno Infantil. El desarrollo tiene un paralelismo con los seis prototipos de Centros Sanitarios que nacen en unidades simples, crecen, se desarrollan y finalmente, para terminar en el Centro Sanitario, y de allí están en conexión con la red hospitalaria (ver trabajo del Ministerio de Salud Pública de la Nación). ¿Qué es un Centro de Salud en la Argentina?

- 5) El Plan 1952 reservará los fondos necesarios para construir 200 centros prototipos materno infantiles, principalmente allí donde ya existen centros de carácter precario, mal instalados, en edificios inadecuados, dando preferencia, por supuesto, a las zonas de mayor mortalidad infantil.

- 6) Estos centros también fracasarán si además de carecer de instalaciones y locales acondicionados, carecen de productos dietéticos propios del lactante, a saber:

- a) leche de vaca;
- b) leche de madre;
- c) leche condensada;
- d) toda la serie de productos dietéticos para el tratamiento de los trastornos gastrointestinales.

Por consiguiente, visto desde Buenos Aires, no parece problema. Sin embargo, en el momento actual, el 80 % de los Centros Materno Infantiles carece de leche para los niños sanos o enfermos de la zona —y carecen de leche porque no hay tambos—. Allí es donde la mortalidad hace mas estragos.

Como el desarrollo de los tambos es un problema cuya solución es lenta y escapa a las posibilidades del Ministerio resolverlo, es preciso

prever fondos para abastecer, mano larga, a los Centros con leche en polvo, condensada y productos dietéticos derivados de la leche. Aquí dar una nómina de los productos dietéticos para niños y sus indicaciones. El Plan 1952 debe calcular el costo, en cinco años, del abastecimiento de productos dietéticos para la primera infancia a fin de reducir la cifra de la mortalidad infantil a guarismos que no sean agraviantes para la cultura nacional.

Objetivo V: Mortalidad infantil. — Dirección General de Medicina Social, Dirección de Maternidad e Infancia, Instituto de Puericultura de Córdoba y Dirección de Medicina Infantil (ver PASP, 46, tomo I, capítulo VIII y capítulo IX).

Objetivo VI: Los días del hombre. — Prolongar la vida útil del hombre, no conformándose simplemente con prolongarla, en base a elevar el promedio de vida de la población, reduciendo la mortalidad infantil, sino a prolongarla en la edad adulta y en la vejez, en condiciones biológicas dignas de ser vividas, sin sufrimientos ni incapacidades deprimentes.

Problemas: 1. — Deslindar, perfectamente, lo que es la "prolongación de la vida humana", desde el punto de vista estadístico, por disminución de la mortalidad prematura, de lo que es prolongar la vida individualmente considerada (prolongación biológica).

2. — La vida que actualmente se prolonga, en base a los cuidados médicos, generalmente, desde el punto de vista social, no vale la pena de ser prolongada. Desde el punto de vista afectivo, moral y cristiano, la medicina cumple un objetivo noble y generoso, pero desde el punto de vista social y económico —insistimos— crea un grave problema al hacer incidir esas vidas improductivas sobre todo el conjunto social indirectamente, y sobre la familia, directamente.

3. — Determinar, desde el punto de vista de la estadística, cómo ha evolucionado en estos últimos años el promedio de vida de la población argentina y sus relaciones con la política social y sanitaria.

Soluciones: 1. — El problema de discriminar entre "prolongación estadística" de la vida y "prolongación biológica" conduce en planteos trascendentales, pero de su solución surgen sugerencias imprevistas y nuevos objetivos para la Medicina (ver Conferencia R. Carrillo: "Estado actual del Problema de la Revitalización").

a) La "Prolongación estadística" se consigue mediante dos tipos de lucha: 1.º) Contra las enfermedades crónicas invalidizantes, y 2.º) Contra la mortalidad infantil.

b) La "Prolongación biológica", mediante la supresión de los achaques prematuros de la vejez y la lucha contra la arterioesclerosis, a cuyo fin, y para investigar al respecto se ha creado el "Instituto Pro Vida" del Ministerio de Salud Pública de la Nación, que se ha iniciado con técnicas de resultados curiosos como la hebeplasmoterapia.

El Plan 1952 debe prever fondos suficientes para ahondar y confirmar estas investigaciones, y una vez comprobadas, llevarlas a su aplicación práctica en la población. **Objetivo:** agregarle años a la vida.

... momentos vitales, durante los cuales se pueda trabajar, producir y recoger los últimos goces de la vida. Resultado: mayor rendimiento de la actividad humana, al evitar la inactividad de hombres formados tras largos y penosos esfuerzos, en momentos en que el país y la sociedad apenas recoger los frutos de su experiencia.

2. — El segundo problema, el evitar la prolongación de vidas inútiles, se vincula con el asunto anterior. La solución es: a) hacer la prevención de la vejez prematura, mediante una vida higiénica y sana, atención de educación sanitaria y voluntad. La salud se conquista y se perfecciona; es un acto de voluntad. Pero hay que enseñarle al pueblo como se la conquista y cómo se la perfecciona (medicina formativa); b) Revitalizar el organismo mediante las nuevas técnicas y conocimientos.

3. — El tercer problema, sobre el cual poco se sabe, es una cuestión de demología. No basta para solucionarlo conocer la cifra promedio de la vida humana en la Argentina, sino compararla con otros países y con otras épocas, desentrañando los factores que gravitan o han gravitado para modificarla.

4. — Un cuarto problema, vinculado al anterior, consiste en establecer un biotipo argentino ideal, somático, visceral y psíquico, al cual debemos aproximarnos como ideal (medicina constitucional, biotipología). Ver R. Carrillo: "Política Sanitaria", capítulo referente a Biotipología). El estudio del "Hombre Argentino" fué iniciado por una comisión especial. Debe ser continuado por el Instituto de Biotipología. Hay que fijar un tipo argentino ideal, en estatura, en conformación somática, visceral y psíquica, al que tenemos que aproximarnos para poder decir algún día, con orgullo, que tenemos un pueblo sano y fuerte. Ese biotipo debe ser precisado en el Plan 1952.

Objetivo VI: a) Prolongación de la vida útil. — Dirección General de Medicina Social, Asesor Técnico General e Instituto Pro Vida. Ver conferencia sobre "Estado actual del Problema de la Revitalización" R. Carrillo.

b) Biotipo argentino. — Dirección General de Medicina Social e Instituto de Biotipología. Ver Política Sanitaria, tomo I.

Objetivo VII: Organización de la profesión médica y ramas auxiliares con criterio social, coordinando los aspectos privados con los oficiales.

Este objetivo si bien es un problema general de la Medicina Social, sus planteos y desarrollos especiales obligan a encomendarlo a un organismo ya especializado: Dirección de Asuntos Profesionales.

Organismos ejecutores. — Los planteos que anteceden y sus soluciones deben ser desarrollados y ejecutados conjuntamente por la Dirección General de Medicina Social, con la colaboración que para cada objetivo se determina de otros organismos de su dependencia. Esos capítulos integrarán una de las partes principales del futuro Plan Analítico de Salud Pública del período 1952-1958.

Objetivo VII: Organización de la profesión médica con criterio social: semisocialización de la medicina. Dirección de Asuntos Profesionales. Ver PASP. 46, tomo I, capítulo IV, página 241.

En síntesis, los objetivos de la Medicina Social, son:

Objetivo I. --- Lucha contra los factores indirectos de enfermedad: defensa de los sanos.

Objetivo II. --- Reconocimientos médico preventivos de la población y diagnóstico precoz (periódicos y en serie).

Objetivo III. --- Profilaxis por el tratamiento de las afecciones incipientes (exámenes de salud).

Objetivo IV. --- Lucha contra las enfermedades crónicas invalidantes.

Objetivo V. --- Lucha contra la mortalidad infantil.

Objetivo VI. --- a) Prolongación de la vida útil del hombre.

Objetivo VI. --- b) Obtención de un biotipo argentino.

Objetivo VII. --- Organización de la profesión médica con criterio social.

B. -- PARTE ESPECIAL DE LA MEDICINA SOCIAL

Capítulo I: Alimentación. --- Organizar y controlar la alimentación popular, a fin de que los vicios de alimentación no constituyan un factor directo o indirecto de enfermedad.

Problemas: 1. --- Determinar la dieta normal promedio del hombre argentino, con sus respectivas variantes, según edad, trabajo y región geográfica.

2. --- Confeccionar el mapa de la subalimentación del país en sus dos aspectos, cuantitativo (cantidad de calorías) y cualitativo (tipo de alimentos). Indices de subalimentación y de carencias. (Ver conferencia sobre "El problema biológico de la alimentación en la República Argentina, por Ramón Carrillo).

3. --- ¿Cómo se debe organizar la alimentación y el abastecimiento sanitario del país?

a) Aspectos biológicos: la producción de alimentos protectores. La producción y el consumo de leche.

b) Aspectos económicos: ¿Es posible aumentar la producción de alimentos? ¿En qué medida?

c) Aspectos sociales.

d) Aspectos industriales.

e) Distribución.

f) Variaciones regionales de la alimentación popular.

Ver: "Política Alimentaria" (Juan Perón) y ver la colección de conferencias sobre el curso de Política Alimentaria, Argentina editadas por el Ministerio de Salud Pública. Edición Cultura Sanitaria.

4. --- ¿Cómo encauzar la alimentación especializada según los casos? (dietología).

a) obreros;

b) madres y niños;

c) enfermos;

d) colectividades.

Ventajas e inconvenientes de los alimentos envasados.

3. — La alimentación como agente terapéutico (Principios de *dieta* a imponer en los distintos tipos de enfermos).

6. — Cálculo de la producción total de alimentos por el país, en distintas categorías. Cálculo del consumo y del excedente exportable. Déficit y desorganización del consumo. Cuadros y gráficos demostrativos.

7. — Régimen de contralor de la industria alimentaria. Código Nacional Bromatológico o Alimentario —su aplicación— Laboratorio de Bromatología. Programa.

8. — Régimen de contralor de los lugares de distribución y consumo.

9. — Registro, Legajos y Ficheros de la Industria Alimentaria.

10. — Bases y orientaciones para la educación alimentaria popular.

Soluciones: Los problemas que anteceden deben ser analizados, explicados y discutidos ampliamente por los organismos ejecutores, que deben dar las soluciones en detalles y planificadas en cada uno de los casos y sin entrar a los pormenores, las soluciones deben propender a:

1. — Fijar una dieta "standard" del hombre argentino.

2. — Determinar estadísticamente índices de subalimentación regional.

3. — Promover la producción y el consumo de alimentos protectores:

a) en los centros urbanos evitar el déficit cuali-cuantitativo, es decir, la carencia de alimentos protectores (leche, huevos, frutas, verduras, aves, pescado) y su compensación con un exceso de calorías incorporadas en forma de carne. Patología hepática;

b) en los centros rurales pobres: lucha contra la subalimentación y el infraconsumo.

4. — Plan para mejorar la calidad de la leche, aumentar su producción y facilitar su consumo.

5. — La educación popular en materia de alimentación debe ser simple y práctica: enseñar a cocinar (ver Programa de educación alimentaria, en conferencia de Ramón Carrillo y subsiguientes). Enseñar a consumir frutas, verduras y pescado.

6. — Poner en evidencia la utilidad y valor alimentario de los platos regionales. ¿Cuáles deben aconsejarse y cuáles prohibirse?

7. — Fiscalizar la producción, expendio y consumo público de alimentos elaborados industrialmente, especialmente los envasados.

8. — Mantener al día las cifras generales de producción y consumo nacional de alimentos, según sus características químicas (hidratos de carbono, grasas, proteínas, vitaminas y alimentos protectores).

Referencias: Dirección de Alimentación y Bromatología. Instituto Nacional de la Nutrición. Antecedentes: PASP - 46, Capítulo XXIII, pág. 1311.

Política Alimentaria (Juan Perón). Idem (Carrillo) y conferencias subsiguientes. Ver Ley N. 13.019, I, Institutos de Investigación y tratamiento y págs. 225, tomo I, Capítulo III del PASP - 46. Trabajos del Instituto Nacional de la Nutrición.

Capítulo II: Vivienda. — Educar a la población y fomentar el conocimiento de la higiene de la vivienda y el ambiente, con énfasis en el aspecto directo de salud e indirecto de enfermedad.

Problemas: 1. — Patología de la vivienda. La vivienda insalubre: ¿Qué debe entenderse por vivienda insalubre?

- a) en la ciudad;
- b) en el campo.

¿Cómo actúa la vivienda insalubre en los distintos tipos de enfermedades? Consecuencias sociales y psicológicas.

2. — Teoría sanitaria de la vivienda:

- a) problemas sanitarios;
- b) problemas sociales;
- c) problemas psicológicos;
- d) problemas económicos;
- e) problemas históricos;
- f) problemas jurídicos y de legislación;
- g) problemas arquitectónicos;
- h) problemas de construcción.

3. — La vivienda higiénica y funcional: ¿cómo debe concebirse? Programas municipales de vivienda asesorada por el Ministerio de Salud Pública.

4. — Principios sanitarios y médico-sociales del barrio obrero. Programas sanitarios municipales y provinciales asesorados por el Ministerio de Salud Pública.

Soluciones: Los problemas y temas que anteceden deben ser analizados, desarrollados, discutidos y explicados ampliamente —con la bibliografía y documentación del caso— por los organismos planificadores y ejecutores del futuro Plan 1952. Sin entrar en mayores pormenores, he aquí, algunas orientaciones que servirán de base para las soluciones:

1. — Definir, desde el punto de vista de la higiene y de la sanidad, cuáles son los factores que condicionan la vivienda higiénica. No basta que una vivienda sea barata; es más importante que sea higiénica.

2. — La vivienda urbana:

- a) la casa individual. Superficie mínima por persona;
- b) la casa colectiva de departamentos. Superficie por persona;
- c) el conventillo. Lucha contra el hacinamiento urbano. Métodos. Frente al hecho consumado: ¿cómo atenuarlo? Censo de conventillos;
- d) caracterización sanitaria de los barrios de Buenos Aires. Mapa de la vivienda en la ciudad.

3. -- La vivienda rural. Sus dificultades y soluciones higiénicas, provisión de agua potable. Técnica de eliminación de los residuos. Problemas de la contaminación de napas. Tifoidea. Anquilostomiasis. Otras enfermedades. Soluciones:

- a) el rancho sanitario como solución económica, higiénica y social;
- b) planificación de la vivienda rural. Inconvenientes higiénico-sociales de la dispersión de la vivienda rural.

4. -- La Dirección de Arquitectura preparará un programa clasificado de viviendas urbanas y rurales de distintas categorías, según el número de habitantes que contemplan y coordinan los cinco componentes:

- a) higiene;
- b) economía;
- c) confort;
- d) estética;
- e) mobiliaje y equipamiento.

Se sobreentiende que esta compaginación de factores, para obtener la vivienda higiénica y barata, implica descubrir y utilizar materiales de construcción, nuevos y de fácil obtención localmente.

5. -- El microclima de la vivienda. Resultados y conclusiones de la Dirección de Climatismo y Termalismo. Condiciones, ventajas y desventajas de la "casa prefabricada" y "premoldeada".

6. -- El porvenir de la casa prefabricada. Análisis, desde el punto de vista sanitario, de los materiales de construcción.

7. -- La Inspección Sanitaria de la vivienda. Muchos problemas podían ser resueltos por indicaciones de la propia Inspección.

Creación de la Dirección Técnica de Sanidad de la Vivienda, segregándola de la Dirección de Higiene Pública. Sería un organismo de estudio, planificación y contralor.

8. -- Ley de Loteo Sanitario. Bases y proyecto. Reglamento Sanitario de la vivienda individual y colectiva. Incidencia de la propiedad horizontal en la situación médico social.

9. -- Plan general de barrios sanitarios. Provisión de agua potable. Discusión de procedimientos. Cloacas. Método aconsejado; los lechos de contacto. Su trascendencia como solución obligatoria en los barrios rurales.

10. -- Plan de educación sanitaria sobre la vivienda. Bases y objetivos.

Organismos ejecutores: Dirección de Higiene Pública; Dirección de Demografía Sanitaria; Dirección de Climatismo y Termalismo. Antecedentes: PASP - 46, tomo I, Capítulo XXII, pág. 253. Ver: Política Sanitaria, Capítulo V, pág. 32.

Capítulo III: Higiene de las ciudades. — Las ciudades deben fundarse, remodelarse y/o planificarse con criterio del urbanismo sanitario y no dejar que su nacimiento y desarrollo quede librado al azar, porque si eso ocurre se termina en la ciudad insalubre (factor de enfermedad).

Problemas: 1. — Patología de las grandes ciudades. Causas que determinan su insalubridad:

- a) clima, suelo y ubicación;
- b) mala construcción. Dificultad para el drenaje.
- c) hacinamiento edilicio;
- d) falta de espacios verdes y de circulación de aire. La respiración urbana insuficiente;
- e) concentración industrial; distribución inadecuada de las actividades humanas colectivas;
- f) falta de bosques periurbanos;
- g) congestión y mala ubicación de los edificios públicos;
- h) mala ubicación, distribución o construcción de mercados, mataderos y ferias;
- i) mala ubicación de cementerios y defectos de técnica en la inhumación. Inconvenientes;
- j) establos, caballerizas, basurales. El problema de las basuras;
- k) ubicación y sanidad de escuelas. Edificio. Aprevisionamiento de agua. Iluminación y ventilación. Equipo sanitario.

2. — Análisis de la Ciudad de Buenos Aires, desde el punto de vista de la patología urbanística. Consecuencias e incidencias sobre la salud de la población de las deficiencias sanitarias de la ciudad. Los problemas del Riachuelo y del Bañado de Flores. El Plan Le Corbusiere.

3. — Análisis de otras ciudades argentinas y de su patología urbanística. Incidencia de las ciudades insalubres y de los distintos barrios de una ciudad sobre los índices de morbilidad y mortalidad.

4. — Errores en la fundación de ciudades. Requisitos a cumplir para su jerarquización.

5. — Las ciudades frente a las catástrofes físicas, incluidos bombardeos y destrucción atómica. Plan de medidas de orden sanitario.

Soluciones: Los problemas y temas que anteceden serán analizados, desarrollados y comentados ampliamente —con la bibliografía y documentación del caso— por la Dirección de Higiene Pública, la que planificará las normas y soluciones prácticas que debe contener el futuro Plan Analítico de 1952-58. A continuación propugnamos algunas soluciones básicas, que en forma somera ya están consideradas en el PASP - 46.

He aquí los métodos para resolver algunos problemas:

- 1.º Definir y caracterizar desde el punto de vista de la higiene pública, cómo debe ser la ciudad sanitaria ideal, que, felizmente, coincide con el programa arquitectónico y urbanístico, ideal y moderno. Su adaptación a la Argentina. La carta de Atenas.
- 2.º Censo sanitario de las ciudades argentinas para determinar la distancia que media entre cada una de ellas y la ciudad sani-

- taria ideal. Plan regulador de las grandes ciudades argentinas. Transcribir algunos de los proyectos tipos preparados.
3. Censo Nacional de Higiene Pública. ubicación y número y condiciones sanitarias de cementerios, mercados, mataderos, basurales, superficies de plazas, superficie de los bosques periurbanos, obras sanitarias, etc.
 4. Organización científica de las ciudades. Zonificación urbana y peurbana. Bases sanitarias de los planes reguladores.
 5. Lucha contra el hacinamiento edilicio y la concentración fabril. Forma de resolverlos. Plan de urbanización sanitaria de Buenos Aires y del Gran Buenos Aires. Principios en que debe fundarse.
 6. Plan de fundación de ciudades: la tierra a lotear con mejoras higiénicas (agua potable y cloacas). Ley de urbanismo. Requisitos sanitarios para la fundación de villas, pueblos y ciudades. Las deyecciones en los ríos, problema a resolverse por ley, imponiendo las soluciones técnicas modernas. Los bañados, lagunas, acequias, arroyos contaminados y depósitos de agua.
 7. Conclusiones y orientaciones de la "Comisión Permanente de Higiene Urbana y Suburbana", creada por Decreto número 5.239/46.
 8. Lucha contra los humos, olores y ruidos.
 9. Sanidad de subterráneos. Bases.
 10. Lucha contra los insectos y roedores en las ciudades.
 11. Higiene de los locales que concentran público (Escuelas, salas de espectáculos). Incidencia de la refrigeración y calefacción sobre la salud de los concurrentes. Reglamento sanitario de calefacción y refrigeración. Saneamiento de piscinas y balnearios.
 12. Anexo: Legislación vigente; proyectos concretos de reformas y de nuevas leyes o decretos.

Organismo executor: Dirección de Higiene Pública. Antecedente: PASP - 46, tomo XXVIII, pág. 1533, Política Sanitaria Argentina, Capítulo sobre Comisión de Higiene Urbana y Suburbana. Ver Política Sanitaria Argentina, Capítulo XXXIX, pág. 285.

Capítulo IV: Higiene rural. — El campo tiene problemas específicos que pueden resolverse llevando las ventajas sanitarias de la ciudad al medio rural, de ese modo, las ventajas atribuidas al campo sobre la ciudad existirán realmente; de lo contrario, el campo, a pesar del aire y del sol, es tanto o más insalubre que una ciudad.

Problemas: 1. — Los inconvenientes más serios en el campo, son los sanitarios, especialmente: falta de conciencia sanitaria. ¿Cómo se resuelve este problema?

2. — La provisión de agua potable, si bien no es un problema que pueda ser resuelto por el Ministerio de Salud Pública, debe ser, sin embargo, en el campo, controlada la calidad y potabilidad del agua.

3. -- Lucha y profilaxis de la contaminación del agua en los pueblos rurales.

4. -- Consecuencias sobre la vida humana de las sequías, con prescindencia de sus consecuencias económicas y sociales.

5. -- El problema de los desechos en la vivienda rural. Soluciones, métodos prácticos a desarrollar en el país sobre:

a) cloacas y letrinas;

b) cloacas y letrinas;

c) basuras.

6. -- Lucha contra la tifoidea endémica rural.

7. -- Saneamiento del suelo. Abonos. Drenaje de los suelos: incidencia sobre la salud de la población.

8. -- Defensa contra las consecuencias epidemiológicas de las inundaciones. Su acción sobre la vida humana.

Soluciones: 1. -- Los problemas y temas que anteceden serán desarrollados y comentados ampliamente --con la bibliografía nacional y extranjera-- y consideraciones de orden local, por regiones, por la *Dirección de Higiene Pública*. Este organismo planificará las normas, leyes y decretos que, en la materia deben dictarse durante el período 1952-58 y las consignará en el Plan Analítico respectivo, perfeccionando y desarrollando con más sentido nacional el programa del PASP - 46.

A continuación se consignan las bases de las soluciones que debe considerar el Plan 1952-58:

1. Educación Sanitaria Rural.

2. Mapa del agua potable de la Nación, por pueblos, regiones y zonas. Características del agua potable o semipotable, por regiones geográficas. Orientaciones para efectuar las perforaciones.

3. Fuentes y calidad de las aguas. Laboratorio Higirotécnico. Métodos y graficación comparada de los procedimientos para evitar la contaminación.

4. Profilaxis de las consecuencias sobre la biología humana de la sequía y de las inundaciones. Estudio de los mecanismos, por los cuales se daña la salud del hombre y de las colectividades vecinas.

5. Divulgación de métodos prácticos para tratamiento de aguas servidas, residuos cloacales y basuras de medio rural.

6. Reglamentos de Higiene suburbana o semirural. Lucha contra pantanos, charcos y lagunas. Su transformación en parques y quintas.

7. Mapa de la epidemia tifoidea rural. Coordinación de la lucha. Vacunación por zonas.

8. Estudio de la incidencia del suelo sobre la vida humana. Brotes y sus efectos biológicos. Abonos y drenajes. Ley sanitaria de protección del suelo.

Organismo ejecutor: Dirección de Higiene Pública. Antecedentes: PASP - 46, tomo III, Capítulo XXVII, pág. 1590.

Capítulo V: Trabajo, Higiene y Medicina Tecnológica. — Conservar la salud y mejorar la eficiencia biológica del trabajador, asegurándose que la fábrica, el taller o los lugares donde trabajan hombres, mujeres y niños, sean compatibles con las normas sanitarias, la dignidad humana y necesidades fisiológicas y psíquicas del hombre, y no un ambiente propicio para el desarrollo de enfermedades.

Problemas: 1. — Promover por leyes o decretos la organización médico-social privada, en los centros de trabajo, a cargo de los empleadores. Estudio sobre la base de proyectos ya existentes en el Ministerio de Salud Pública de la Nación.

2. — Reducir el ausentismo por causas de enfermedad y el ausentismo por simulación o comodidad, no justificada, ni médica ni socialmente.

3. — Conocer en forma permanente y al día el estado de los ambientes industriales y la salud de sus obreros. Clasificación de los ambientes de trabajo.

4. — Examen periódico médico preventivo de las industrias insalubres. ¿Cómo debe perfeccionarse?

5. — Los accidentes del trabajo, que significan falta de previsión obrera o patronal deben combatirse. Lucha contra los accidentes en la calle y en el hogar, que son mayores que en las fábricas. Profilaxis del accidente.

6. — Psicotecnia y orientación profesional. Preparación de un nuevo programa.

7. — Formación del personal de médico de fábrica y de los auxiliares.

8. — Reglamento General de Higiene Industrial. Desarrollos del Código Sanitario Nacional.

9. — Rehabilitación de inválidos y accidentados. Servicio de prótesis. Asistencia Social del Lisiado.

10. — Reforma a la Ley de Accidentes del Trabajo.

Soluciones: Los temas y problemas que anteceden de los cuales sólo se dan los enunciados, deben ser ampliados, reajustados y desarrollados ampliamente por la Dirección de Medicina Tecnológica, la que debe considerar el panorama nacional y las aplicaciones locales. El organismo mencionado planificará las soluciones, previa fundamentación doctrinaria e información estadística—, recurriendo a los archivos actuales y a la experiencia resultante del Plan 1946-51.

A continuación se consignan las soluciones básicas:

1. Ambientes insalubres. Métodos de saneamiento industrial y de los ambientes de trabajo: asesorar a la industria. "No hay trabajo inseguro, no hay ambiente insalubre" (Deseo). Por consiguiente, el objetivo y modo de alcanzarlo está bien prefigurado: todos los métodos para mejorar los ambientes insalubres deben ser impuestos. Aplicación de los nuevos Reglamentos de Higiene Industrial.
2. Para la vigilancia y contralor de lo que antecede, ampliar y desarrollar el actual Laboratorio de Higiene Industrial que

4. — Educación, orientación, reeducación profesional del cardíaco compensado. Talleres de Cardiología social. Su organización tipo.
5. — El problema del cardíaco obrero; consecuencias familiares y sociales. Exposición del problema.

Soluciones: 1. — Amplio desarrollo y aplicación de la Ley N.º 13.200 (Lucha contra las enfermedades cardiovasculares) siendo indispensable prever los fondos respectivos o en presupuesto o dentro del Plan 1952-58.

2. — Fundación de Centros de Cardiología Social con anexos de talleres debiendo el 80 % destinarse a estos últimos y sólo el 20 % a la parte puramente médica.

3. — Coordinación de la lucha contra la fiebre reumática con la lucha general contra el reumatismo (ver párrafo correspondiente).

4. — Profilaxis de la hipertensión arterial, de la sífilis cardiovascular y de la arteriosclerosis. Métodos de identificación y organismos de ejecución de la lucha contra otros factores etiológicos.

5. — Desarrollo de la Cardiología Preventiva, por medio de los exámenes cardiológicos de salud. (Coordinación con la Dirección de Exámenes Periódicos).

Organismo ejecutor: Dirección de Cardiología. Antecedentes: P.A.S.P. 16, Capítulo XXVIII, tomo III, pág. 1625. Política Sanitaria; Cuarta Dimensión en Cardiología.

Capítulo VII: Diabetología Preventiva y Social. — Campaña contra la diabetes, las enfermedades carenciales y de la nutrición. La diabetes es después de las cardiopatías la enfermedad que más incapacidades produce.

Problemas: 1. — Determinar y definir, por el número de diabéticos, los índices de invalidez y de pérdidas causadas por la diabetes. Análisis demológico y bioestadístico. La diabetes como problema social.

2. — Mapa de la Avitaminosis e índices carenciales en el interior del país. Investigación de las avitaminosis e identificación de la pelagra. Lucha contra el bocio.

3. — Problema de la crisis mundial de la producción de insulina.

Soluciones: 1. — Organizar la profilaxis de la diabetes, captando el "Ejército Nacional" de la población en forma de Exámenes Periódicos (coordinación con Exámenes Periódicos de la población). Método y técnica a seguir.

2. — Abastecimiento de drogas y alimentos anticarenciales, racionalizándolos por regiones.

3. — Instituto del Bocio en Cuyo. Su organización y plan de trabajo.

4. — Promover la máxima explotación de la materia prima nacional (páncreas) para la elaboración en el país de insulina.

5. — Desarrollo en todos los hospitales de Consultorios de Nutrición para el tratamiento de diabéticos y enfermos carenciales.

6. --- Creación del Instituto de Patología de las carencias en el Norte y Nordeste Argentino.

Organismo ejecutor: Instituto Nacional de la Nutrición.

Capítulo VIII: Gastroenterología Preventiva. --- Campaña contra las enfermedades del tubo digestivo. Las enfermedades del tubo digestivo son las que ocupan el primer lugar en la estadística por producir el mayor número de enfermos.

Problemas: 1. --- Las enfermedades del tubo digestivo dejan de ser un problema asistencial, para transformarse en social, cuando el número de ausentes al trabajo y de inválidos para el trabajo, llega a un número muy alto.

2. --- La profilaxis de las enfermedades del tubo digestivo debe desarrollarse tanto en los centros urbanos grandes como en todas las ciudades, núcleos de una densidad de población mínima.

Soluciones: 1. --- Desarrollar los Centros de Gastroenterología preventiva de acuerdo al programa ya trazado, a cuyos efectos el Plan 1952-58 debe disponer de los recursos suficientes.

2. --- *Diagnóstico precoz. Catastro radiográfico.* Evitar las internaciones innecesarias de enfermos digestivos que se pueden tratar ambulatoriamente. Educación sanitaria.

Organismo ejecutor: Dirección de Gastroenterología; la cual debe transformarse en un organismo de prevención más que de asistencia.

Antecedentes: Ver "Política Sanitaria Argentina" tomo I, capítulo XXXV, pág. 246, "Las enfermedades del aparato digestivo y la medicina social" y capítulo XV, tomo I, pág. 104, "Instituto Nacional de Gastroenterología".

Capítulo IX: Alergia. --- Campaña contra las enfermedades crónicas alergizantes, especialmente asma. El asma y las alergopatías en general configuran el grupo de enfermedades que más sufrimientos, molestias y angustias atraen sobre el enfermo y sus familias.

Problemas: 1. --- Por el número de enfermos, por su naturaleza y por la incidencia de la enfermedad sobre el rendimiento obrero, debe considerarse a las enfermedades alérgicas como un problema social.

2. --- Desarrollada la planta piloto (Instituto Nacional de Enfermedades Alérgicas), que ha tecnificado la profilaxis y la técnica de los tratamientos especiales, su acción, sin embargo, ha quedado limitada a Buenos Aires.

3. --- Aumentar la producción nacional de antígenos.

Soluciones: 1. --- Las direcciones regionales de sanidad, con la supervisión y asesoramiento del Instituto Nacional de Enfermedades Alérgicas, deberán crear institutos o centros diagnósticos.

Organismo ejecutor: Ampliación, desarrollo y explicación del Plan Anual 1952, sobre las bases que anteceden. Instituto Nacional de Enfermedades Alérgicas.

Antecedente: "Política Sanitaria Argentina", tomo I, capítulo X, pag. 76, aspectos estadísticos y sociales de la alergia.

Capítulo X: Psicopatología Social. — Campaña preventiva contra las enfermedades mentales y neurológicas. Las enfermedades mentales y neurológicas, en sus estados incipientes, son las que mayores problemas sociales, familiares y jurídicos plantean a la población y a la autoridad sanitaria.

Problemas: 1. — Los alienados, los dementes, son enfermos que plantean problemas asistenciales que deben ser separados, técnicamente, del problema del estado mental incipiente, del psicofrénico o del oligofrénico de primer grado, a los que se dedica la Psicopatología.

2. — La asistencia y profilaxis de las neurosis no ha sido abordada en el país, salvo en el Instituto de Psicopatología Aplicada del Ministerio de Salud Pública, ni resuelta, y sin embargo ese tipo de enfermos es el que ofrece los problemas sociales, penales, familiares y jurídicos más graves.

3. — La "captación del psicópata", o "pesca del psicópata", es una expresión primaria que debe definirse y precisarse dentro del concepto de la Psiquiatría Preventiva (ver definiciones en el libro Clasificación Sanitaria de las Enfermedades Mentales" y Resolución Ministerial respectiva).

4. — El delito en sus factores psicológicos y ambientales, ¿puede ser evitado y reducido mediante una acción conjunta de la Psiquiatría Preventiva y los organismos oficiales de prevención del delito? (Profilaxis del delito).

5. — El problema de las toxicomanías ¿cómo debe abordarse y resolverse?

6. — ¿Cómo debe abordarse el problema criminológico en sus aspectos sociales y psicobiológicos? El 30 % de los delitos, en la Argentina, lo producen los enfermos mentales.

7. — ¿Dónde y cómo abordar el problema de la higiene mental?

8. — Contralor psiquiátrico de los inmigrantes.

9. — Contralor psiquiátrico preventivo de la prostitución.

10. — Profilaxis de la heredodegeneración.

Soluciones: 1. — Separada la Psiquiatría Asistencial de la Preventiva, resulta que esta última, forzosamente debe prolongar su esfuerzo más allá del diagnóstico de las psicofrenias (psicópatas y neuropatas), y oligokindinosis (retardados incipientes), para prevenir las consecuencias sociales de estos enfermos, señalando a que nos venimos refiriendo.

2. — El mecanismo por el cual debe desarrollarse la Psiquiatría Preventiva, es el de los Centros especializados en esta materia. El Plan debe calcular por lo menos 25 Centros de Psiquiatría Preventiva en el interior del país.

3. — El estudio médico psiquiátrico de los neurópatas y psicópatas (kindinofrénicos y de las kindinosis) debe estar a cargo del Instituto de Psicopatología Aplicada, que debe actuar, en el Plan 1952, además, como centro de estudios médico-legales en sus aspectos de aplicación, manteniendo el contacto con las cátedras oficiales a los efectos de tener actualizada la doctrina y la técnica.

4. — El actual centro de criminología, para alienados delincuentes y delincuentes alienados, debe ser desplazado a otro lugar, mediante una construcción adecuada y de mayor resguardo (kininocomio).

5. — El problema de las toxicomanías debe resolverse mediante una coordinación entre el Ministerio de Salud Pública, la autoridad policial y judicial. Centro especializado para internación de toxicómanos. Reforma de la legislación en lo referente a toxicomanías que deben equipararse a los enfermos mentales, como en el fondo lo son.

6. — La higiene mental no debe tener en el desarrollo del Plan 1952-58, otro sentido que el de la Educación Sanitaria aplicada a la Psiquiatría.

7. — La estadística demuestra que un alto porcentaje de los inmigrantes están afectados de enfermedades mentales, difíciles de descubrir en el proceso de selección que realiza la Dirección de Inmigración. La solución es, mantenerlos con una vigilancia psiquiátrica dentro del país, tal como está organizándose actualmente, organización que recién puede alcanzar su desarrollo durante el curso del Plan 1952-58. ○

8. — Los estudios sobre prostitución, demuestran el alto porcentaje de enfermos mentales que condicionan la prostitución (oligofrenías). Crear el Centro de estudios Eudísticos a los efectos de afrontar socialmente el problema y no dejarlo librado, exclusivamente, a la solución meramente represiva y policial.

9. — La profilaxis de las enfermedades mentales y degenerativas del sistema nervioso sólo tienen un camino: el certificado de salud mental prenupcial, que podría, por ahora, no hacerse obligatorio, pero sí optativo. El servicio debe comenzar como un organismo de asesoramiento a los futuros contrayentes que lo requirieran voluntariamente.

10. — El contralor del estado mental de los espiritistas.

Organismos ejecutores: Dirección de Psicopatología Social y Dirección de Extensión Hospitalaria. Antecedentes: PASP. 46, tomo II, página 1375 y "Clasificación Sanitaria de las Enfermedades Mentales" (R. Carrillo); capítulo "El problema de la asistencia de alienados".

Capítulo XI: Los problemas del enfermo crónico curado o dado de alta. — Asistir desde el punto de vista médico, social y jurídico al enfermo dado de alta, que no debe ser abandonado por la organización sanitaria ante el solo hecho de dejar el hospital.

Problemas: 1. — Existen dos grandes problemas cuando un enfermo es dado de alta:

- a) Su retorno a la vida puede hacerse directamente y el período de convalecencia es breve. Pero otras veces, ejemplo: el tuberculoso, aunque clínicamente está curado, si retorna a la

vida directamente, en un 80 % recaen en menos de un año, pues por necesidad vuelve a trabajar como si fuera sano y fuerte, sin tener en cuenta que, aquí la convalecencia es larga.

2. — El problema del enfermo crónico curado o simplemente sin curar, se agudiza con los ex tuberculosos, ex alienados, ex leprosos, ex cardiacos descompensados.

Soluciones: 1. — Crear un organismo especializado en resolver los problemas médicos, jurídicos y de convivencia que se presentan con los enfermos dados de alta.

2. — Ese organismo —actual Dirección de Extensión Hospitalaria— ahora apenas esbozado y en vías de organización, debe hacer lo siguiente:

- a) readaptar a los enfermos, durante un período de convalecencia donde realizarán trabajos de readaptación progresivos, hasta llegar al máximo normal posible;
- b) obtener destino, ocupación o trabajo a los crónicos dados de alta, subsanando los inconvenientes legales actuales, que no permiten a los patronos aceptar ex enfermos con secuelas. En dichos casos, si el trabajo es adecuado a la precaria salud de los enfermos, se debe eximir al patrón de las responsabilidades actuales, en caso de enfermedad del obrero subsiguiente, no imputable al trabajo. (Ver proyecto de ley respectivo). Se trataría de obreros inválidos viscerales, somáticos o psíquicos aceptados condicionalmente y sin responsabilidades por parte del empleador;
- c) el Servicio de Extensión Hospitalaria es, en cierta manera un servicio social, pero donde gravita, especialmente, el criterio médico más que el social;
- d) crear e incorporar los servicios sociales típicos, a la misma Dirección de Extensión Hospitalaria, que de esta manera, vendría a transformarse en la Central de Servicio Social.

Organismo ejecutor: El plan será desarrollado y explicado en su parte analítica por la Dirección de Extensión Hospitalaria.

Capítulo XII: Higiene y Medicina del Deporte. — La práctica del deporte —intempestiva o irracionalmente practicado— es un factor directo e indirecto de enfermedad, lográndose efectos contrarios a los fines del deporte mismo que es perfeccionar la salud, educar y formar hombres de honor, dispuestos a afrontar nobles peligros.

Problemas: 1. — Los deportes se practican actualmente sin más criterio que la vocación deportiva de cada uno; debe encontrarse un método práctico que permita la "Orientación Psicofísica" del deportista, indicándole el deporte que más le conviene a sus condiciones psicológicas y somáticas.

2. — Realizar el examen obligatorio médico-preventivo predeportivo con mayor amplitud en todo el país (organismos de aplicación del Decreto N.º 32.912/48).

3. — Contralor médico integral de los esfuerzos físicos y psíquicos de tipo deportivo (campeonatos).

4. — Asistir y vigilar el desarrollo de las tareas en los campos de deporte.

5. — Ahondar las investigaciones sobre fisiopatología de los deportes. Psicología de los deportistas y de los deportes. Efectos de cada uno de ellos sobre el organismo humano.

6. — Formación de médicos del deporte.

7. — Clasificar a los deportistas según sean aficionados o profesionales, llevando por separado su contralor.

Soluciones: 1. — Desarrollar en 1952-58, con más recursos económicos, el actual Instituto de Medicina del Deporte.

2. — Incorporar a dicho Instituto la Comisión Municipal de Box.

3. — Crear el Servicio de Orientación Deportiva, asegurando un trabajo en equipo del médico, del biotipólogo, del psicólogo y de los profesores de educación física.

4. — Adoptar una nomenclatura oficial médico-fisiológica de los deportes que sirva de orientación para efectuar la clasificación somática y psíquica de los deportistas.

5. — Crear servicios de urgencia en los campos de deporte, aumentando la precaria dotación de los actuales.

6. — Tecnificación del examen médico predeportivo y formar legajos y ficheros de acuerdo al sistema standard del Ministerio.

7. — Desarrollar el Instituto de Fisiopatología del Deporte sobre la base de un programa de investigaciones fisiológicas y clínicas que permita seguir los efectos beneficiosos o perjudiciales sobre cada uno de los actuantes.

Organismo ejecutor: Dirección de Medicina del Deporte. Debe preparar un plan analítico para el periodo 1952-58, a fin de utilizar eficazmente los fondos que pudieren acordársele. Antecedente: PASP 46, tomo I, capítulo XII, página 711. Tomo IV, página 6.

Capítulo XIII: Campaña médico-social contra la sordera.

Problemas: La sordera es un problema social y psicológico invalidante que puede resolverse. Se calcula entre un millón y un millón y medio los hipoacúsicos y sordos del país que con tal motivo tienen limitadas sus posibilidades personales y sociales de actuación.

Soluciones: 1. — Dotar de elementos a la Dirección de Prevención y Profilaxis de la Sordera y un Instituto para la profilaxis y tratamiento de la sordera.

2. — Promover por todos los medios la fabricación nacional de audífonos y otros equipos en forma económica y al alcance del pueblo.

Organismo ejecutor: Dirección de Prevención y Profilaxis de la

trabajo para 1952-58, de acuerdo a las normas dictadas para todas Direcciones.

Capítulo XIV: Organización de los Centros de Salud y de los Centros Sanitarios.

Problema: Se han construido Centros Sanitarios en casi todas las provincias, que son producto de los mismos esfuerzos extraordinarios de técnica y de avance en materia de las grandes luchas sociales. Dichos Centros tienen una teoría y una práctica. La práctica debe ser explicada durante el periodo 1952-58, en que dichos Centros funcionarán con más intensidad y además se construirán nuevos (ver Plan de Construcciones).

Solución: Desarrollar una amplia doctrina sobre estas nuevas instituciones que han sido incorporadas por primera vez al sistema sanitario argentino; estos desarrollos corresponden al Plan 1952-58.

Organismos ejecutores: Dirección de Centros de Salud y Departamento de Planificación; ésta presentará una monografía lo más completa posible sobre la teoría y práctica de los Centros Sanitarios. *Antecedentes:* Ver Política Sanitaria, tomo II, capítulo XLVII, página 456. "El Centro de Salud en la Argentina tiene modalidades propias" y capítulo XXVII, página 202, tomo I. "Frente a dos nuevas concepciones: Centro Sanitario y Ciudad Hospital. Ver, igualmente, "Teoría del Hospital".

Capítulo XV: Organización de la profesión médica, incluidas odontología, farmacia y obstetricia. — Creación a cargo del Estado del "médico de familia" para los no pudientes, en zonas o barrios con desamparo médico.

Problemas: 1. — ¿Cuál debe ser la orientación de las profesiones médicas desde el punto de vista del Estado?

El programa argentino: organización celular en equipos de la medicina para cubrir zonas desamparadas o muy pobres.

2. — ¿Cuáles son las necesidades de la Nación que en última instancia determinan y obligan al Estado a orientar las profesiones médicas hacia fines bien precisos?

3. — ¿Cómo resolver el problema de ciertas zonas del territorio, de enfermos sin médico y de médicos sin enfermos?

4. — ¿Cómo hacer llegar a toda la población no pudiente los auxilios médicos preventivos y asistenciales?

5. — ¿Qué influencia puede tener sobre las actividades profesionales libres una mayor ingerencia del Estado en materia de organización de las actividades de los profesionales del arte de curar?

6. — ¿En qué medida se puede gravitar sobre la voluntad del enfermo para asignarle médico?

7. — ¿Cómo resolver las situaciones específicas de los médicos especialistas y las profesiones colaterales de la medicina, la farmacia,

odontología, obstetricia y kinesiología, desde el punto de vista de la organización celular de la medicina?

8. — Reajuste del contralor de las profesiones médicas.

9. — Lucha contra el curanderismo y el charlatanismo.

10. — Relaciones entre el sistema propuesto y los regímenes de seguro social y/o seguro de enfermedad.

Soluciones: 1. — Sobre los planteos generales que anteceden, la Dirección de Asuntos Profesionales actualizara el problema de la socialización de la medicina del Plan 1946, sobre la base de la experiencia recogida. A dichos efectos tendrá en cuenta las siguientes soluciones a cada uno de los puntos planteados en el párrafo de problemas:

1.º) Las orientaciones profesionales de la medicina desde el punto de vista del Estado puede ser:

- a) socializada integralmente. El médico no es libre de ejercer la profesión en la forma que mejor le parezca. Es siempre un funcionario a sueldo del Estado y debe cumplir órdenes. Este sistema de la total absorción de la profesión por el Estado sólo es posible dentro de un sistema colectivista donde todas las actividades están socializadas. Ejemplo: Rusia;
- b) socializada parcialmente o semisocialización. Es la única orientación compatible con un régimen capitalista o semicapitalista, como el nuestro. El Estado sólo absorbe una parte de la actividad del médico para cubrir la asistencia de la población no pudiente. En otras partes se confunde semisocialización con socialización completa, que son no sólo conceptos diferentes, sino excluyentes, que implican uno u otro, organizaciones políticas, sociales y económicas del Estado, completamente distintas y hasta contrapuestas;
- c) libre ejercicio de la profesión, sin que los médicos pasen a depender del Estado ni reciban sueldos de éste, sino que vivan exclusivamente de sus consultorios o de grandes organizaciones técnico-comerciales de prestaciones (hospitales y sanatorios privados). Es el sistema más compatible con las teorías liberales y capitalistas, crudamente liberales. Es el caso de Estados Unidos actualmente, y de la Argentina e Inglaterra hasta hace pocos años.

2.º) Entre los extremos de la total y completa socialización de la medicina (comunismo) y la más absoluta y completa libertad del médico (capitalismo), está la "tercera posición", que es la Argentina (justicialismo), explicada y desarrollada ya por el Ministerio de Salud Pública (PASP - 46).

"El comunismo dice que todo debe ser estatal y el capitalismo "que todo debe ser privado. Nosotros decimos que una parte debe "ser estatal y otra privada. Debemos ir a una solución intermedia entre "ambos extremos". (Perón, al poner en funcionamiento la Comisión Nacional de Cooperación Económica, el 7 de febrero de 1950).

Entre la posición rusa (socialización integral), la americana (libre ejercicio) y la argentina (semisocialización), existe toda una gama de posibles situaciones intermedias de grados de socialización y libertad

profesional, siempre regulado por el Estado y condicionado a las posibilidades económicas de financiarse por sí mismo, individualmente, la población. Cuando más pobre es la población de un país el Estado tiende más fuertemente a socializar la medicina; cuando más rica, más posibilidades individuales de pagar uno su servicio médico, menos tiende el Estado a intervenir y respaldar al servicio médico, como si fuera un servicio público.

3.) La semisocialización tiene, a su vez, diversas soluciones, que dependen un mayor o menor avance del Estado sobre el libre ejercicio. En cada caso, si el Estado comprende el asunto, tiende a resolver los problemas de la salud de la población mediante la utilización, al máximo, de todos los profesionales médicos.

Estas gradaciones de la semisocialización son:

- a) la *nacionalización* de los servicios médicos, que puede ser a su vez total o parcial, según el grado de ingerencia que tome el gobierno de la Nación dejando libres instituciones privadas de beneficencia y privadas de ejercicio profesional (sanatorios particulares para el desarrollo libre de la profesión) y dejando libre el resolver a las provincias el estatizar o no los servicios;
- b) la *estatización u oficialización*: cuando los hospitales y servicios médicos pasan todos al Estado, sea al Estado nacional, provincial o a los comunes. Existen, pues, tres tipos de oficialización:
 - 1) nacionalización;
 - 2) provincialización;
 - 3) municipalización;
- c) la *mutualización*, cuando el Estado promueve el seguro de enfermedad por medio de instituciones de financiación colectiva, como es el seguro de enfermedad, las instituciones cooperativas y filantrópicas financiadas o ayudadas en parte por el Estado;
- d) la *oficialización (y/o nacionalización) celular del ejercicio médico* en forma parcial (regional o total). Consiste en que el Estado no sólo toma a su cargo los hospitales y establecimientos médicos, sino que además contrata a los médicos en forma optativa con su propio consultorio, y les toma horas de trabajo para atender familias no pudientes de su barrio o zona.

Cualquiera de las formas de semisocialización antes mencionadas está condicionada a dos cosas:

- a) a que el Estado toma la asistencia sólo de los no pudientes;
- b) a que deja a los pudientes que paguen su propia asistencia a los médicos que disponen de tiempo libre para el ejercicio privado de la medicina.

4.) No existe en ningún país, salvo en Rusia, una total socialización, ni es posible que exista tampoco en otros países no comunistas. Son, en verdad, las soluciones de Inglaterra, Francia y las proyectadas en Estados Unidos distintas formas de la semisocialización, con mayor

o menor grado de "libre ejercicio de la profesión". Estados Unidos es el país en donde existe la máxima libertad del ejercicio profesional, lo que se explica por el mayor "standard" de vida de la población y porque las organizaciones médicas se financian con el aporte privado y el pago riguroso de los servicios por los beneficiarios.

5.º) El sistema del libre ejercicio tiene a su vez tres formas:

- a) el libre ejercicio absoluto, donde el Estado no interviene en ningún caso. No existe actualmente en su forma pura, pero existió hasta 1853 (Primer Congreso Sanitario de París) y en la antigüedad, antes que el problema de la salud pública dejara de ser un problema individual para transformarse en un problema de Estado;
- b) el libre ejercicio relativo, en coparticipación con instituciones filantrópicas. Es el viejo sistema cristiano, medioeval y de tradición latina (sociedades de beneficencia);
- c) el libre ejercicio relativo con coparticipación filantrópica y del estado; situación transicional (Argentina hasta 1946).

6.º) En el momento actual, habiendo tomado los Estados conciencia de que la salud pública es una cuestión de gobierno de igual jerarquía que la educación pública, se ha incorporado a las constituciones y han aparecido los Ministerios del ramo en todo el mundo, como un índice de esta preocupación de los gobiernos concordante con la noción trascendente de que la salud, como la educación y la libertad, son un derecho que las leyes deben garantizar. De ese modo el pueblo no recibe salud como limosna, del mismo modo que no recibe educación como un acto de gracia y de beneficencia.

7.º) El sistema inglés actual ha sido mal calificado de socialización. No es una socialización total. En el fondo se trata de una oficialización de los establecimientos médicos (que eran en su mayoría privados, lo que no ocurre en la Argentina) y una mayor extensión, por el sistema celular, de los servicios médicos al público. Se trata de una semisocialización: nacionalización obligatoria de los establecimientos y optativa de los consultorios y clínicas particulares.

8.º) La solución al problema de la organización de la profesión médica en la Argentina tiene que plantearse sobre el conocimiento de los siguientes hechos:

- a) que no existe el número de profesionales suficientes, ni el número necesario de personal auxiliar capacitado (enfermeros, visitadoras, etc.);
- b) que los profesionales están mal distribuidos y concentrados en los grandes centros urbanos, lo que se explica, porque allí el número de personas pudientes que pueden pagar los servicios es mucho más alto que en la campaña. La mala distribución geográfica de los médicos es consecuencia de una irregularidad geográfica en la distribución de la riqueza, es decir, de la población con alto "standard". Esto ocurrirá siempre dentro del libre ejercicio de la profesión médica que se rige por la ley de la oferta y la demanda paga. Los médicos se instalan donde existe una población suficientemente rica como para pagar sus servicios;

- c) que tenemos un déficit del 40 % de establecimientos médicos sobre el mínimo indispensable.

De ese modo, en la Argentina, por la mala distribución de profesionales, la falta de número suficiente de médicos y sus auxiliares y la escasez de establecimientos, se produce el siguiente hecho paradójal: *servicios sin asistencia médica y médicos privados casi de clientela.*

9.) La solución argentina, propiciada desde 1946 y mal comprendida en general, es una semisocialización de la profesión médica, con libre ejercicio de la profesión, libre elección del médico por el enfermo e ingerencia suficiente del Estado para resolver el problema de la población "no pudiente", la que no puede pagar privadamente la asistencia (60 % del total de la población). El número de no pudientes durante el quinquenio 1946-51 se ha reducido notablemente con la política social del gobierno de la Nación, lo que se tradujo en un incremento inusitado de las actividades en el consultorio privado y una tendencia espontánea a una mejor distribución geográfica de los médicos. Esto último como consecuencia del progreso económico de zonas del país antes sumergidas y pobres, hoy florecientes y prósperas. Esta prosperidad atrae, espontáneamente, la instalación de médicos.

Cualquier tentativa de socializar la profesión más de lo necesario, sin contar con los efectos salvadores de la política económicosocial, traería un desequilibrio y una catástrofe para la clase médica y una reducción de la eficiencia de sus prestaciones.

10) El sistema argentino de semisocialización se funda en las siguientes soluciones:

A) *Estatización u oficialización* integral de los hospitales y servicios médicos, desapareciendo los organismos de beneficencia —como tales y como doctrina—, los que pasan a poder del Estado nacional, provincial y/o municipal.

Esto implicó de hecho la semisocialización de los médicos, que desde 1946 comienzan a percibir sueldos cada vez mayores pagados por el Estado. Hasta ese año, salvo excepciones insignificantes en sueldos y en número, los médicos prestaban *servicios gratuitos* en hospitales concebidos sobre el modelo filantrópico; incluso eran filantrópicos los sostenidos por el Estado (ex Sociedad de Beneficencia de la Capital, hoy Dirección Nacional de Asistencia Social).

En el momento actual, el 98 % de los médicos argentinos perciben sueldos del Estado, sea en establecimientos nacionales, provinciales o municipales. En la práctica y por vía de la estatización, en la Argentina existe ya una semisocialización de las profesiones médicas en general.

B) *Organización celular de la profesión.* En regiones geográficas ó barrios urbanos desamparados de la medicina por la propia pobreza de los lugares, deberán crearse, durante el período 1952-58, los "médicos de familia" a cargo del Estado.

La implementación de cada uno de los Puntos 10 A) y B) es:

- a) inscripción de las familias pobres en el consultorio privado del médico de familia;
- b) el médico percibe del Estado un sueldo para atender dichas familias pobres de su barrio o zona durante tres veces a la semana, tres horas. El resto del tiempo le queda libre para

- su ejercicio privado con los "pudientes", es decir, con los que desean pagar o pueden pagar su asistencia particularmente. Todo ello sin perjuicio de las demás tareas del médico en establecimientos oficiales, durante la mañana, si deseara mantener dicho ejercicio y percibir los haberes por tal trabajo;
- c) la incorporación del médico privado al sistema oficial de los "médicos de familia" sería optativa y voluntaria. Debe ser solicitada y aceptada por la autoridad sanitaria, que aumentará sus tareas técnicas y horarios;
- d) de acuerdo a las responsabilidades que asuma por su libre voluntad, el "médico de familia" puede ser: "de barrio" o "de zona", según la jurisdicción que se le fije. Las tareas técnicas se sistematizan en diversas categorías, a saber:
- 1.) Servicio exclusivo en el propio consultorio (4.ª categoría).
 - 2.) Servicio en el consultorio y a domicilio (3.ª categoría).
 - 3.) Servicio en el consultorio, a domicilio y de urgencia (2.ª categoría).
 - 4.) Servicio en el consultorio, a domicilio, de urgencia y acción médicosanitaria y médicosocial (1.ª categoría).

La importancia de los sueldos será correlativa con las tareas y la responsabilidad técnica que asuma el médico de familia dentro de su jurisdicción.

El sistema de médicos de familia se implantará por contrato entre la autoridad sanitaria y el médico, sin que dicho contrato sea incompatible con otras tareas específicas del médico.

En síntesis: El Plan 1552-58 prevé la total estatización de los establecimientos y mantendrá los fondos previstos en la Ley 13.019 para semisocialización que no se ha cumplido, sino experimentalmente, con los odontólogos, debido a que aún no existía el clima suficiente entre los médicos, clima de comprensión que ahora existe en virtud de la semisocialización de hecho originado en la estatización de los hospitales.

C) Promover el mayor desarrollo de la mutualización, que es otro de los mecanismos indirectos y concurrentes de la seguridad social a la cual, en última instancia (cuando el país esté preparado), debe desembocarse bajo la forma del seguro de salud. (Ver en este Plan, Capítulo de Financiación).

11) La ingerencia del Estado, por vía de la semisocialización, paulatina y racionalmente llevada, no perjudica en lo más mínimo el libre ejercicio de la profesión. El Estado toma a su cargo y paga, directa o indirectamente, al "médico de familia" el servicio de aquellas personas "no pudientes" que no pueden, por una u otra causa, retribuir el servicio médico privado; con este sistema, el Estado no es un competidor del médico, sino que se asocia con él para financiar la asistencia orgánica de los pobres que hasta ahora quedan librados a la generosidad y buena voluntad del médico o de los establecimientos oficiales. El Estado se haría cargo sólo del "enfermo que no puede pagar" y que hasta ahora gravita sobre el trabajo del médico privado.

...mal por dicho trabajo no percibe retribución alguna, salvo la gratificación afectiva de tales clientes.

Por otra parte, el Estado no necesita tener médicos de familia en barrios, zonas o jurisdicciones ricas, con población pudiente, sino en donde no existe médico: allá donde el médico no puede subsistir porque no hay densidad de población o bien si existe densidad de población son tan pobres que el porcentaje de pudientes no alcanza para sostener al médico, agobiado de trabajo, atendiendo a gente que generalmente no le puede pagar sus servicios, o no puede pagarlo en forma tal que le permita subsistir dignamente. En tales situaciones el médico prefiere venirse a las ciudades, y si hace falta seguir él como pobre, donde puede, cómodamente, vivir en contacto con la población por la cual tiene, como universitario, una extraordinaria e insatisfecha apetencia. Entre vivir pobre en el campo y vivir pobre en la ciudad, sin mayores obligaciones profesionales, opta por esto último.

Esto explica la mala distribución geográfica de los médicos en la Argentina, ya que no todos son apóstoles, ni todos son héroes de la profesión. Allí donde el Ejército o la Gendarmería, para enviar sus oficiales, les provee de habitación, alimentos y casa, el médico, libre, no funcionario, vive en un rancho, haciendo causa común con la población.

12) Las situaciones especiales de los farmacéuticos, odontólogos y obstétricas deben ser contempladas con igual criterio que el del médico, pero con las adaptaciones del caso.

De ese modo tendríamos el odontólogo y el farmacéutico de barrio o de zona; la partera de familia, de barrio o de zona, como el médico.

Como experimento fundamental debe tenerse en cuenta la tarea cumplida por los "odontólogos sociales", implantados en el Ministerio, pero que ahora chocó con la incomprensión del problema por parte de los mismos interesados, inconveniente que desapareció con una sola cosa: hacer entender al profesional cuál es su misión y qué quiere el Estado.

13) El médico de familia debe ser asistido por especialistas en equipo con varios médicos de familia.

14) La Dirección de Asuntos Profesionales actualizará la legislación sobre ejercicio profesional: organizará prácticamente la lucha contra el curanderismo y el charlatanismo sobre nuevas bases, creando seccionales en el interior del país, donde el curanderismo está más desarrollado. Nuevo arancel profesional.

Organismo executor: Dirección de Asuntos Profesionales. Antecedente: PASP - 46, tomo I, pág. 241, cap. IV.

IV. -- CONSTRUCCIONES

Objetivo I: Planificar la construcción de hospitales, centros de programas médicos, elaborar los planes de construcción y coordinar las obras con el Consejo de Enlace Interministerial, con otros organismos del Ministerio y con los propios organismos internos, especialmente el Consejo Nacional de Construcciones Sanitarias.

Problemas: 1. -- Dotar al país del número de camas necesarias (1 cama por cada 100 habitantes) y de edificios adecuados a los institutos de investigación y tratamiento.

2. -- Vigilar, planificadamente, el desarrollo de la obra en todas sus múltiples y variadas etapas, desde su concepción hasta su terminación.

3. -- Coordinación de las construcciones con los organismos ténicosanitarios del Ministerio.

4. -- Coordinación con el Consejo Interministerial del Poder Ejecutivo de la Nación.

5. -- Coordinación con las distintas ramas internas encargadas de cumplir las distintas etapas del plan de construcciones.

6. -- Tener actualizado en forma permanente el plan técnico integral en lo referente a salud pública, de acuerdo a un plan de contabilidad adecuado al carácter de las obras hospitalarias. Preparar, en el desarrollo Analítico del Plan, un índice de todas las obras programadas y su estado actual a realizar en el período 1952-58.

7. -- Proyecto de ley de las obras 1952-1958 y su financiación.

Soluciones: 1. -- Mantener la Subsecretaría de Construcciones como organismo central de coordinación de las obras, fiscalización general y correlación con los organismos de doctrina médica que elaboran los planes.

2. -- El problema asistencial del país y la dotación que éste necesita de edificios adecuados para institutos especializados, sólo puede resolverse mediante nuevas construcciones. Estas deben ser dirigidas por arquitectos y médicos sanitarios, atento a su carácter altamente especializado. La solución de la mayor parte de los problemas hospitalarios depende principalmente de dos factores: a) construcciones; b) financiación adecuada del funcionamiento.

3. -- Construir hospitales hasta cubrir las necesidades que se calculan de 10 camas cada 1000 habitantes, incluídas en las 10 camas toda especie de enfermos: 0,5 maternidad (5 %); 1 clínica (10 %); 1 cirugía (10 %); 3,5 psiquiatría (35 %); 3,5 tuberculosis (35 %);

...especialidades (5 %). Tenemos un déficit calculado a 1952, según el censo, de 70.000 camas (existen 4 camas por 1000 habitantes y debemos llegar a 10 por 1000).

4. — Coordinación permanente de los planes con las provincias y municipios para no superponer obras y para reajustarlas periódicamente. Como principio, la Nación debe tomar a su cargo las grandes obras, y las provincias las complementarias. Del mismo modo que la Nación realiza la construcción de las grandes rutas nacionales, y los caminos complementarios y colaterales los ejecutan las provincias. Esto es una cuestión de norma: puede ocurrir al revés, de acuerdo a la capacidad financiera de la provincia. La Nación construiría las Ciudades-hospitales (órgano central de la Medicina Asistencial) formadas por bloques funcionales de enfermos mentales, policlínico y tuberculosis, centro cívico y hogares-escuelas), y los Centros Sanitarios (órgano central de la Medicina Sanitaria y Social). Las provincias, en principio, construirán los policlínicos de 30 a 120 camas. La Nación, de 120 a 450, y los grandes Centros Psiquiátricos y Fisiológicos, de 1000 a 2000 camas.

5. — Organizar la red hospitalaria de construcciones futuras, regionalmente, con "Centros médicos de coordinación", en cuya coordinación se incluirán todos los hospitales, sean nacionales o provinciales, comunales o privados, mediante convenios con las provincias o instituciones, teniendo en cuenta, como base, el servicio en sí y no la dependencia administrativa.

6. — Imponer el principio de las Ciudades-hospitales y de los Centros Sanitarios en el interior del país, en los grandes núcleos de población, para centralizar los servicios con un criterio de economía en los abastecimientos y funcionamiento; imponerlo como criterio oficial para poderarquitecturar grandes centros médicos con amplia superficie en el presente y con posible desarrollo futuro.

7. — Disponer o convenir, que, todos los hospitales del país, sean nacionales o no, se construyan de acuerdo a normas y leyes científicas de arquitectura hospitalaria, dictadas por la autoridad sanitaria nacional, para evitar el caos, los errores técnicos, la improvisación y el elevado coste resultante de la impericia en esta materia. Iguales disposiciones comunes deben adoptarse con referencia a la habilitación y funcionamiento.

8. — Desarrollo de un plan regulador de los establecimientos ya existentes para repararlos, aumentar su capacidad, ampliarlos y complementarlos con nuevos servicios.

9. — Realizar un estudio, de orden legal, a fin de determinar si la ley 13.019 sigue en vigencia o no para el período 1952-58. Si debe o no ser modificada, en cuanto al número de camas e institutos a construir o si basta para ello un decreto reqlamentario que arrebete los planes anuales de construcción hospitalaria, sobre la base de las creaciones ya previstas en dicha ley y que no se cumplieron durante el quinquenio 1946-51, ya que en dicho Plan 1946-1951 sólo se habilitaron las plantas pilotos "funcionales" --en locales alquilados--. De los institutos previstos por la ley 13.019, el Plan 1952-58 debe contemplar su construcción, reajustada o no por decreto, de las camas e institutos

de la ley 13.019, a fin de dotar a los actuales servicios e institutos de los edificios propios de que carecen.

Organismo ejecutor: Subsecretaría de Construcciones. Sea por un decreto reglamentario de la ley 13.019, por una prórroga de la misma o por una nueva ley, modificatoria de la ley 13.019, el plan de construcciones 1952-58 debe contemplar la siguiente tarea:

V. -- SISTEMA DE CONSTRUCCIONES MEDICO ASISTENCIALES

(Nota: En el término "policlínico" se incluye el "Hospital General" y "Hospital de Niños" que constituyen en el rubro "hospitales generales" y que forman un grupo aparte en la Ley N.º 13.019)

Finalidad	Camas	Estado de la obra
I. Ciudades-Hospitales.		
A. Salta:		
1. Alienados	2.000	A. Salta. Terreno adquirido (Potrero de Linares). Planos terminados. Listo para licitar.
2. Tuberculosis	2.000	
3. Centros Cívico y Administrativo.		
B. Jujuy:		
1. Alienados	1.000	B. Jujuy. Terreno adquirido (Chamical). Planos terminados. Listo para licitar.
2. Tuberculosis	1.000	
3. Centros Cívico y Administrativo.		
C. Tucumán:		
1. Policlínico	420	C. Tucumán Terreno donado por la Universidad (San Javier). Planos terminados en principio de ejecución. En licitación.
2. Tuberculosis	2.000	
3. Alienados	2.000	
4. Centros Cívico y Administrativo.		
D. Santiago del Estero:		
1. Policlínico	300	D. Santiago del Estero. Terreno adquirido (Contreras). Planos terminados. Listo para licitar.
2. Tuberculosis	1.000	
3. Alienados	1.000	
4. Centros Cívico y Administrativo.		
E. Catamarca:		
1. Policlínico	240	E. Catamarca. Terreno adquirido (Cerezo). Planos terminados. Listo para licitar.
2. Tuberculosis	1.000	
3. Alienados	1.000	
4. Centros Cívico y Administrativo.		
F. La Rioja:		
1. Tuberculosis	1.000	F. La Rioja. En los terrenos del Hospital Presidente Plaza, ampliación y remodelamiento del policlínico y construcción de los pabellones para crónicos y del Centro Cívico. Planos terminados. Listo para licitar.
2. Alienados	1.000	
3. Centros Cívico y Administrativo.		
G. Mendoza:		
1. Pabellón de Neurología	200	G. Mendoza. Terreno en propiedad (100 hectáreas), en Guaymallén. Construido en parte; otra en construcción. Planos terminados. Listo para licitar.
2. Instituto del Cáncer	120	
3. Alienados	2.000	
4. Tuberculosis	2.000	
5. Centros Cívico y Administrativo.		

Finalidad	Camas	Estado de la obra
G. Corrientes:		
1. Alienados	2.000	H. Corrientes. Terreno adquirido (200 hectáreas), Punta del Negro. Planos terminados. Listo para licitar.
2. Tuberculosis	2.000	
3. Centros Cívico y Administrativo.		
I. Paraná:		
1. Alienados	2.000	I. Paraná. Terreno donado por la provincia (100 hectáreas). Planos terminados. Listo para licitar.
2. Tuberculosis	2.000	
3. Policlínico	420	
4. Centros Cívico y Administrativo.		
J. San Juan:		
1. Policlínico	300	J. San Juan. Terreno en vías de adquisición.
2. Alienados	1.000	
3. Tuberculosis	1.000	
4. Centros Cívico y Administrativo.		
K. Bahía Blanca:		
1. Policlínico	300	K. Bahía Blanca. Terreno en vías de adquisición.
2. Alienados	1.000	
3. Tuberculosis	1.000	
4. Centros Cívico y Administrativo.		
L. Formosa:		
1. Policlínico	120	L. Formosa. Terreno ya adquirido. Planos terminados. Policlínico en vías de ejecución.
2. Alienados	600	
3. Tuberculosis	500	
4. Centro Cívico.		
M. Rosario:		
1. Policlínico	420	M. Rosario. Terreno cedido por la Universidad. Planos terminados. Listo para licitar.
2. Alienados	2.000	
3. Tuberculosis	2.000	
4. Instituto de Cirugía	300	
5. Docencia.		
6. Centros Cívico y Administrativo		
II. Hospitales Generales.		
1. 50 Hospitales rurales (30 camas c/u.). En total	1.500	Tenemos algunos ya adquiridos, otros donados y otros a determinar oportunamente. Planos prototipos ya terminados, listos para licitar con pequeños ajustes referidos al terreno.
2. 30 Hospitales locales de 60 camas c/u. En total	1.800	
3. 15 Hospitales vecinales de 90 camas c/u. En total	1.350	
4. 10 Hospitales zonales de 120 camas c/u. En total	1.200	
5. 5 Hospitales regionales de 150, 180, 210, 240 y 270 camas.		
6. 3 Hospitales centrales		
III. Ampliaciones, remodelamientos y anexos especializados.		
1. Pabellón de 2.000 camas en Colonia Torres	2.000	Terrenos y planos terminados.
2. Pabellón en Colonia Cabred	2.000	
3. Pabellón en Colonia Oliva	2.000	

Finalidad	Camas	Estado de la obra
4. 10 Anexos Fisiológicos de 30 camas c/u.	300	Listos para licitar.
5. 5 Anexos Fisiológicos de 100 camas c/u.	500	
6. 10 Anexos Psiquiátricos de 30 camas c/u.	300	Terrenos y planos listos para licitar
7. 5 Anexos Psiquiátricos de 100 camas c/u.	500	
8. 5 Anexos Psiquiátricos de 30 camas c/u.	150	
9. 5 Anexos Maternidad de 30 camas c/u.	150	
10. 15 Anexos de Pediatría de 30 camas c/u.	450	
11. Pabellón de Epilepsia (Hospital Nacional de Neuropsiquiatría)	300	Terreno listo. Planos a terminar.
12. Pabellón de Infecciosas (Hospital Nacional de Neuropsiquiatría)	150	Terreno listo. Planos a terminar.
13. Pabellón de Clínica y Cirugía (Hospital Nacional de Neuropsiquiatría)	150	
14. Dos monoblocks de 600 camas c/u. en el Hospital Nacional de Fisiología	1.200	Terreno listo. Planos terminados a licitar.

IV. Hospitales Especializados.

1. Hospital de Urgencia de la Capital. Banco Central de Sangre	500	Terreno adquirido (Devoto). Planos en ejecución.
2. Hospital de Cirugía de Jujuy	300	Terreno cedido por la provincia. Planos terminados.
3. Hospital de Crónicos de Jujuy (Provincia de Bs. As.). Dos pabellones prototipos de 2.000 camas c/u.	4.000	Terreno en estudio (Estancia "La Oriental"). Planos terminados.
4. Hospital Dermatológico. Santa Fe Norte	3.000	Terreno aun no adquirido. Planos terminados (Pabellón de 2.000 camas y pabellón de 1.000 camas).
5. Hospital Dermatológico. de Mercedes	2.000	Terreno sin adquirir.
6. Hospital de Oncología del Norte (Tucumán)	420	Terrenos expropiados ya por el Ministerio. Planos listos, para su licitación.
7. Hospital Hidrotermal de Copahué	120	Terreno a gestionar. Planos prototipos listos.

2. -- SISTEMA DE CONSTRUCCIONES MISMO SANITARIAS

I. Servicios Sanitarios.

1. 150 Puestos Sanitarios.	Zonas alejadas, a determinar, principalmente fronteras.
2. 15 Estaciones Sanitarias.	Zonas portuarias. Terrenos adquiridos o cedidos. Planos terminados.
3. Centros Sanitarios. (Terminación y habilitación).	Zonas urbanas. Obras en su mayoría casi totalmente terminadas. Falta sólo la habilitación.
1. Jujuy.	
2. Salta	

Localidad	Camas	Estado de la obra
I. Santiago del Estero, 1. Facuanan, 2. San Juan, 3. Corrientes 7. Misiones. 8. Rosario.		<i>Nota:</i> Sobre la base de la terminación y adaptación del actual Hospital de Obreros de la Carne.
9. Lomas de Zamora (Buenos Aires). 10. San Martín (Bs. Aires). 11. Albardón (San Juan). 12. Neuquén. 13. Córdoba. 14. Resistencia. 15. Santa Fe. 16. San Luis (ampliaciones). 17. Villa Mercedes (S. Luis). 18. San Nicolás (Bs. As.). 19. Paraná. 20. Bahía Blanca. 21. Posadas.		<i>Nota:</i> Estas obras no cuentan aún con terrenos. Planos prototipos terminados.
II. Laboratorios Sanitarios. (Anexos).		
1. Laboratorio de Bacteriología. 2. Exámenes de agua. 3. Bromatología.		Se desarrollan como anexos a los Centros Sanitarios o en lugares especiales a determinar en el interior del país.
III. Materiales y Equipos.		
1. Maquinarias para excavación y relleno de basurales. 2. Maquinarias y equipos de detoxificación.		
IV. Hospital de Infecciosas (Puerto de Buenos Aires)	120	Terreno propiedad del Ministerio. Planos terminados

3. - SISTEMA DE CONSTRUCCIONES MEDICO SOCIALES

I Centros de Salud.

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 50 Primer tipo (hasta 5.000 habitantes). 2. 40 Segundo tipo (hasta 10 mil habitantes). 3. 30 Tercer tipo hasta 15.000 habitantes. 4. 20 Cuarto tipo hasta 20.000 habitantes. 5. 10 Quinto tipo hasta 25.000 habitantes. 6. 5 Sexto tipo, hasta 30.000 habitantes. | Terrenos y ubicación a determinar. Planos prototipos terminados, listos para licitar con adaptaciones al terreno. |
|---|---|

Finalidad	Camas	Estado de la obra
II. Colonias de niños débiles y no convalecientes.		
1. Ampliación de 100 camas por colonia	800	Sobre la base de la transformación de los actuales Hogares-Escuelas de la ex Dirección de Ayuda Escolar, hoy Dirección de Medicina Infantil.
2. Enfermerías	80	
III. Semisocialización geográfica de la población.		
		Cubrir con médicos (oficiales sanitarios) las zonas desamuebladas y base de estipendios altos y construcción de viviendas, locales para los mismos.

4. — SISTEMA DE INSTITUTOS DE INVESTIGACION Y TRATAMIENTO

I. Central de Institutos y Laboratorios de Salud Pública (Capital Federal).

1. Instituto de Higiene Pública
2. Instituto de Higiene Industrial.
3. Instituto de Clínica Tecnológica.
4. Instituto de Rehabilitación del Inválido.
5. Instituto Central de Reconocimientos Médicos de la Población.
6. Instituto de Kinesiología.
7. Instituto de Higiene Social (con carácter de sifilocomio).
8. Instituto de Educación Sanitaria.
9. Talleres de aparatos de precisión.
10. Instituto Pro Vida (Longevidad, geriatria).
11. Instituto de Medicina del Deporte.
12. Institutos de Enseñanza Técnica:
 - a) Instituto Superior de Cultura Médica.
 - b) Escuela de Médicos Sanitarios.
 - c) Escuelas de ramas auxiliares de la sanidad (visitadoras, agentes diversos, auxiliares de farmacia, radiología, laboratorios, etc.).
 - d) Escuela de Instructoras y Enfermeras.

En gestión ante la Municipalidad de Buenos Aires, 25 hectáreas de tierras recuperadas en el Bañado de Flores. Planos en estudio preliminar, tendientes a reunir en un solo centro todos los servicios públicos, sanitarios y médicos sociales del Ministerio (no asistenciales).

Finalidad	Camas	Estado de la obra	
16. Instituto de Meteoropatología.		En gestión ante la Municipalidad de Buenos Aires de 25 hectáreas de las tierras recuperadas en el Bañado de Flores. Planos en estudio preliminar, tendientes a reunir en un solo centro todos los servicios públicos, sanitarios y médicosociales del Ministerio (no asistenciales).	
17. Instituto de enfermedades transmisibles. Entomología Sanitaria	300		
18. Policlínico	420		
19. Instituto de Investigaciones físicas y químicas (toxicología).			
20. Instituto de Investigaciones cancerológicas.			
21. Instituto de Histopatología			
22. Instituto Central de Reconocimientos Médicos de los Agentes Civiles de la Nación			
23. Instituto de Lucha Antirreumática	120		
24. Pabellón de Becarios.			
25. Centro Cívico y Administrativo.			
26. Hogar-Escuela de Nurses.			
27. Instituto Central de Oncología	420		
28. Instituto de Niños con Enfermedades Infecciosas "Ricardo Gutiérrez" (fondos de la Ley 13.022)	240		
29. Instituto de Enfermedades Cardiovasculares (Fondo de la Ley 13.200)	120		
30. Instituto de Radioterapia y radiaciones	150		
31. Instituto de Biopatología Femenina y Esterilidad ...	60		
32. Instituto de Endocrinología	60		
II. Institutos de Investigación y Tratamiento en el interior de la República.			
1. Instituto de Salud Pública del Litoral (Santa Fe). Facultad de Higiene y Medicina Preventiva	120		Terreno donado por la provincia. Planos en ejecución.
2. Instituto de Enfermedades Tropicales y Paludismo ..	420		En el mismo terreno (Tucumán) donde se levantará el Hospital de Oncología del Norte.
3. Instituto de Fisiología y Tratamiento del Bocio (Cuyo)	90	En el mismo terreno de la Ciudad Hospital de Mendoza (Guaymallén). Planos prototipos de hospital más el laboratorio y cirugía.	
4. Instituto de Parasitología (Corrientes)	60	Anexo a la Ciudad Hospital de Corrientes. Planos prototipos de hospital de 60 camas más el laboratorio.	

Finalidad	Cumas	Estado de la obra
III. Remodelamiento, reconstrucción, reparación y/o ampliación de los Institutos existentes.		
1. Instituto Malbran:		Planos terminados y listos para licitar.
a) Remodelamiento.		
b) Instituto de B. C. G.		
2. Instituto de la Nutrición:		
a) Remodelamiento.	240	Planos terminados y listos para licitar.
c) Instituto de la Alimentación y de Bromatología.		

5. -- SISTEMA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

I. Parque Sanitario Nacional.

1. Depósito.
2. Administración.
3. Talleres.
4. Fábrica de Medicamentos Tipificados.
5. Taller de Equipos Electrónicos.
6. Taller de Instrumental.
7. Fábrica de Ampollas.
8. Centro Cívico.
9. Estación interior del Ferrocarril (carga y descarga).
10. Droguería Central.

Terreno de 80 hectáreas en San Justo (prov. de Buenos Aires). Planos totalmente terminados. Obra en ejecución; a concluir las etapas finales.

II. Garage Central y Taller de Mecánica Ligera.

Terreno en Venezuela 2. Planos terminados, listos para licitar.

III. Edificio Central del Ministerio de Salud Pública de la Nación.

Terreno en la calle Córdoba (una manzana grande) adquirido para dicho objeto, Radio Facultad de Ciencias Médicas.

- a) Oficinas exclusivamente.
- b) Despacho del Ministro y Subsecretarios.
- c) Direcciones Generales y Técnicas.
- d) Escuela de Administración y Sala de Conferencias.

IV. Sedo Administrativa de las Direcciones Generales de Sanidad y Delegaciones Regionales.

Terrenos y ubicaciones a determinar. Obras de adaptación en los edificios ya existentes o proyectados.

V. Cinco depósitos regionales en cada Región Sanitaria.

Terrenos y ubicaciones a determinar en los terrenos existentes o a adquirir.

VI. Ambulancias, camiones, "jeeps", aviones y barcos sanitarios.

Dotación fija a establecer por regiones.

VII. Instalación de una red de telecomunicaciones desde Buenos Aires con todos los servicios.

A determinar por medio de la Subsecretaría Administrativa.

VIII. Adquisición de tierras de 500 a 2.000 hectáreas alrededor de Open Door, Oliva, Punilla, etcétera, para granjas y chacras.

De cada una de estas obras el Departamento de Planificación incorporará al Plan Analítico 1952-58 los respectivos programas y la documentación técnica de acuerdo a la planilla de censo de obras preparada por el Ministerio de Asuntos Técnicos.

Objetivo II: Adquisición y posesión de tierras. — Obtención de los terrenos suficientes donde efectuar las construcciones hospitalarias y/o sanitarias.

Problemas: 1. — Elegir y/o gestionar las tierras adecuadas a cada obra, sea por su ubicación, dimensiones y accesos. Las obras se señalan en el programa médico, en el Plan Sanitario Nacional o en la nómina de proyectos que anteceden.

2. — Tomar posesión legal, lo antes posible, de dichas propiedades y documentar dicha posesión mediante escrituras bien terminadas.

3. — Medir, tomar nota de los accidentes geodésicos, hacer el estudio de los suelos y subsuelos respectivos.

4. — Disponer de un censo integral permanente de los bienes raíces, sus valores y características físicas.

Soluciones: 1. — Disponer de un instrumento legal (Ley) que permita la expropiación o compra, mediante un mecanismo rápido, de los terrenos que la autoridad sanitaria señale como indispensable para construir hospitales, servicios o institutos.

2. — Reglamentar, exactamente, el mecanismo de la compra, expropiación y/o aceptación de donaciones de tierra.

3. — Facultar al Consejo Nacional de Construcciones Sanitarias para que decida en forma ejecutiva o definitiva sobre expropiaciones, mediante una ley especial.

4. — Legajos y Ficheros de los bienes raíces. Censo de los bienes raíces, recopilación completa de los antecedentes legales, arquitectónicos, de agrimensura, planos y estudios para ordenamiento y aprovechamiento racional de los terrenos actualmente adquiridos o donados (hay más de ciento cincuenta donaciones de tierras en el período 1946-51).

Organismo ejecutor: Dirección General de Bienes Raíces. Debe ampliarse su organización actual dotándola de más personal técnico, medios materiales y equipos.

Objetivo III: Planificación especial y estudios preliminares. — Preparación de programas médicos y de planos.

Problemas: 1. — El programa y los objetivos de una construcción destinada a fines médicos debe ser absolutamente preciso y redactado de una manera tal que sea realmente útil al arquitecto que prepara los planos.

2. — Los planos deben contener una interpretación funcional del programa médico, sin dejar librado nada a la improvisación.

3. — Los planos deben resolver el problema médico con el máximo de economía de espacio, de tiempo, de personal y de materiales.

4. — Tipificar los planos, standardizando las construcciones de acuerdo a las leyes generales de la arquitectura hospitalaria.

5. — El programa médico y el plan del arquitecto serán "integrales", considerarán no sólo el edificio, sino también, al mismo tiempo, el equipamiento y presupuesto de funcionamiento (en personal y otros gastos).

Soluciones: 1. — Crear y desarrollar una doctrina médica, lógica, simple y adecuada a las necesidades que se cubrirán con el edificio, antes de la ejecución de los planos (Teoría del Hospital, Teoría de la Ciudad-Hospital, Teoría del Centro de Salud, Teoría del Hogar-Escuela, Teoría de la Vivienda, etc.).

2. — Disponer de un elenco de médicos y arquitectos suficientemente preparados como para efectuar el análisis completo de los problemas desde el punto de vista médico y arquitectónico.

3. — Redactar reglamentos y normas de arquitectura sanitaria concretando las conclusiones y perfeccionando las desarrolladas hasta ahora, como base del plan de construcciones hospitalarias y sanitarias.

4. — Terminar el "Nomenclador y Catálogo de Equipos, muebles, materiales, instrumental y aparatos" destinado a tipificar todo el material para las habilitaciones.

Organismo ejecutor: Dirección de Arquitectura, Asesoría Médica de dicha repartición y Departamento de Habilitaciones de la misma.

Objetivo IV: Planificación general. — Ubicación, financiación y coordinación de las obras proyectadas.

Problemas: 1. — Ubicar las obras de acuerdo a la planificación general, en el lugar exacto, desde el punto de vista de caminos, servicios anexos, transportes, medios de acceso y de comunicaciones, etc.

2. — Efectuar la financiación y determinar la partida disponible dentro del Plan Técnico y Financiero, en función de la trascendencia médica de la obra y de los servicios a prestar.

3. — Coordinar los programas técnicos del Ministerio con los organismos superiores de Planificación del Poder Ejecutivo de la Nación, en cuanto a recursos, oportunidad y necesidades y con los organismos técnicos internos del Ministerio para preparar los planes en función de la demología y de los factores ambientales.

Soluciones: 1. — Disponer de un legajo completo de las obras proyectadas por la Nación, las provincias y comunas, y antecedentes geográficos, demográficos y demológico-sanitarios de la zona económico social donde se proyecta la obra.

2. — Disponer de un fichero completo de recursos y de materiales de construcción en cada zona, su disponibilidad y su costo, y los legajos completos de los antecedentes administrativos de cada obra a fin de apreciar el costo general.

3. -- Mantener una delegación permanente ante el Consejo Interministerial y otra ante la Subsecretaría Técnica para coordinar las áreas en ambos sentidos, hacia arriba y hacia abajo.

Organismo ejecutor: Departamento de Planificación de la Subsecretaría de Construcciones y Departamento de Política Sanitaria y Planificación de la Subsecretaría Técnica.

Objetivo V: Consejo de Construcciones Sanitarias. -- Aprobación legal, financiación definitiva, contralor de la documentación y supervisión general de las obras.

Problemas: 1. -- Tener un mecanismo jurídico administrativo, un organismo de gran responsabilidad técnica y moral, que intervenga en última instancia para disponer acerca de las obras proyectadas, sin que su intervención implique demoras o perturbaciones.

2. -- La documentación preparada por los organismos técnicos y los proyectos de gastos, debe ser aprobada en forma tal que se excluya toda influencia u opinión unipersonal.

3. -- Ejercer un contralor administrativo permanente sobre el desarrollo material del plan de construcciones, autorizando, contratando y supervisando las obras en ejecución.

Soluciones: 1. -- El mecanismo jurídico, y administrativo de contralor es un consejo o cuerpo colegiado con amplias facultades: el consejo creado por la Ley N.º 13.019.

2. -- Perfeccionar el funcionamiento del actual Consejo Nacional de Construcciones Sanitarias.

3. -- Dictar una nueva reglamentación de dicho consejo y asegurar legalmente su perduración para el futuro.

Organismo ejecutor: Consejo Nacional de Construcciones Sanitarias y sus dependencias (Ley N.º 13.019, artículo 8.º).

Objetivo VI: Contratación e Inspección de obras. -- Ejecución, fiscalización e inspección permanente de las obras.

Problemas: 1. -- Que la obra se ejecute en plazos preestablecidos por el Consejo Nacional de Construcciones Sanitarias.

2. -- Que los contratistas cumplan con las condiciones técnicas establecidas en las licitaciones en cuanto a la calidad y condiciones del material.

3. -- Que los pagos de personal y certificaciones de obra se cumplan regularmente.

4. -- Recibir de conformidad la obra terminada.

Soluciones: 1. -- Disponer de un organismo ejecutor de las disposiciones del Consejo Nacional de Construcciones Sanitarias, que prepare los pliegos de condiciones y efectúe las licitaciones en forma legal y en condiciones convenientes para el Estado (D. N. de C. S.).

2. — Disponer de un cuerpo de inspectores y de organizaciones regionales, zonales o distritales que efectúen la inspección permanente.

3. — Que exista un mecanismo propio de contabilidad y una delegación permanente de la Contaduría General de la Nación, a sus efectos (Ley N.º 13.019).

4. — Reorganizar y adaptar mejor a la actual Dirección General de Construcciones Sanitarias. Dictar una reglamentación detallada de procedimiento.

Organismo ejecutor: Dirección General de Construcciones y sus delegaciones regionales. Delegación Permanente de la Contaduría General de la Nación (Ley N.º 13.019).

Objetivo VII: Servicios especiales de la construcción. — Energía eléctrica, provisión de agua y cloacas, calefacción y refrigeración, caminos de acceso, parques y jardines.

Problemas: 1. — No existe establecimiento médico actual, especialmente del interior, que no tenga graves problemas con la provisión de energía eléctrica (imprevisiones de otro tiempo), dificultades en la luz eléctrica, instalaciones, funcionamiento de equipos de rayos X y aparatos médicos diversos, teléfonos, etc.

2. — Iguales problemas se repiten en lo referente a provisión de agua y cloacas, calefacción y refrigeración.

3. — Tampoco se han estudiado debidamente los caminos de acceso y caminos interiores, los parques y jardines, que cuando existen, están prácticamente abandonados.

4. — Las tareas de planificación de estos servicios anexos están entregadas al Departamento de Arquitectura, que no siempre puede cumplir, fuera de los planos, con la vigilancia en la ejecución (inspectores especializados) ni con las tareas de sostenimiento y conservación.

Soluciones: 1. — Crear un organismo especializado, la Dirección de Servicios Anexos a la Construcción, encargada exclusivamente de resolver los problemas señalados, con jefes y personal especializado.

2. — Sobre la base de la actual Dirección Electrotécnica y las secciones dependientes de la Dirección de Arquitectura (Cloacas, agua potable, obras sanitarias, caminos, etc.), por fusión y ampliación, crear la Dirección de Servicios Especiales de Construcción.

3. — Organizar la Dirección Servicios Especiales de Construcción y dictar su reglamentación.

Organismo ejecutor: Dirección Electrotécnica. No hay antecedentes en el PASP. 46.

Objetivo VIII: Conservación y ampliación. — Conservar, reparar y/o ampliar las obras existentes para darles mayor capacidad, eficiencia y rendimiento.

Problemas: 1. — Conservar en buen estado los edificios e instalaciones, mediante tareas de conservación permanente y reparaciones anuales.

2. -- Las tareas de conservación deben ser "integrales", comprendiendo no sólo al edificio, sino a todo el equipo, muebles e instrumental del establecimiento (pintura de muebles, camas, reparación de equipos de rayos X, etc.), sea con medios propios o con la colaboración de otros organismos afines, del Ministerio.

3. -- Ampliar las obras existentes para darles mayor capacidad (anexos fisiológicos, psiquiátricos, infecciosos, maternidades anexas, laboratorios, etc.), por administración. Plan Regulador de Hospitales.

4. -- Destinar un valor equivalente al 4 % del coste integral del edificio a su conservación y reparación. Tomar las provisiones correspondientes en todos los presupuestos respectivos.

Soluciones: 1. -- Dada la importancia que adquiere el problema, transformar la actual Sección de Conservación, en Dirección de Conservación, Reparaciones y Ampliaciones, con autonomía con referencia a la Dirección de Arquitectura.

2. -- Aliviar de las tareas de proyectar reparaciones y mejoras a la Dirección de Arquitectura, a fin de que ésta no distraiga su atención que debe concentrarse en la planificación de las obras nuevas.

3. -- Desdoblar las tareas de arquitectura en dos sectores independientes: 1) obras nuevas; 2) reparaciones y ampliaciones (obras por administración).

Organismo ejecutor: Sección Conservación y Reparaciones, actualmente dependiente de la Inspección General de Construcciones e Ingeniería Sanitaria.

V. — FINANCIACION DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD PUBLICA

Objetivo I: Financiación Social de la salud pública. — Dictar una ley de financiación de los servicios de Salud Pública, atento a que es imposible continuar sosteniéndolos con Rentas Generales, orientando dicha financiación hacia las soluciones sociales adoptadas por países más avanzados.

Problemas: 1. — Los hospitales y todos los servicios sanitarios y médico sociales están insuficientemente financiados, lo que se traduce en pobreza, falta de medios técnicos, mala organización y por ende, deficiente servicio.

2. — La deficiencia de los servicios médicos del estado se agrava a medida que las necesidades de la política social, obligan a nuevas creaciones que crecen en proporción mucho mayor que los recursos.

3. — Para poner en marcha un dispositivo sanitario de acuerdo a las necesidades perentorias de la población es indispensable crear una financiación adecuada.

4. — El único servicio público, absurdamente gratuito, es el servicio médico sanitario del Estado. Siendo los servicios médicos del Estado, servicio público debe financiarse o por sí mismo o por fondos especiales.

5. — No corresponde la financiación por renta, generales por tratarse de un servicio público, debiendo pagarlo por consiguiente en forma directa o indirecta los beneficiarios, es decir, prácticamente, toda la población.

6. — El programa principal de la financiación de la salud pública es un problema de procedimiento, de doctrina y de método.

La solución consistirá en encontrar el medio más sencillo, más justo y más adecuado a nuestro régimen rentístico, compatible con la psicología de la población y las posibilidades técnicas de las prestaciones.

7. — Los servicios médicos sanitarios son cada vez más complejos y caros, los más caros de todos.

Soluciones: 1. — Aumentar las partidas de presupuesto con imputación a rentas generales. No es procedente:

- a) porque dichos fondos, en principio, se destinan a la administración pública y no a los servicios que presta el Estado. Sólo por excepción, y con carácter de emergencia, se aportan fondos de este origen a Correos y Telecomunicaciones.

Transportes, Obras Sanitarias de la Nación, Viabilidad, Energía Eléctrica, etc. De cualquier manera todos esos servicios tienen propia financiación, suficiente o insuficiente, según los casos, pero aquí la colaboración financiera de rentas generales es supletoria:

- b) porque los fondos de rentas generales son inespecíficos;
- c) porque ha llegado el momento en que los fondos de rentas generales son insuficientes para seguir sosteniendo los hospitales. ¿Podría sostenerse el servicio de gas, luz, teléfonos y correos, solamente con rentas generales? Evidentemente, no. Por las mismas razones no pueden sostenerse los servicios médicos; llega un momento en que las posibilidades de rentas generales, como es lógico, están colmadas. En este momento se detiene el desarrollo de los servicios, que deben crecer proporcionalmente con la población, se resienten o se determina el fracaso de la política sanitaria, que es también el fracaso de una política social. En principio no hay política sanitaria sin financiación suficiente.

2. — Cobrar los servicios que se prestan por medio del dispositivo hospitalario y sanitario a los beneficiarios directos.

Esta sería una solución más racional. Los hospitales deberían cobrar sus prestaciones, lo mismo que deberían cobrarse los trabajos de saneamiento. ¿Hay derecho a que se reintegren al país millones de hectáreas saneadas del paludismo y que los beneficiarios de tal saneamiento -- con la colosal valorización de sus tierras -- no paguen, absolutamente nada? ¿Es posible que dicho esfuerzo sanitario se cumpla dentro de las mayores penurias con técnicos a \$ 300 mensuales y médicos a "full-time" con \$ 800? ¿Es posible que se realicen, por los mejores cirujanos, millares de operaciones quirúrgicas, costando cada una de ellas, solamente en materiales la suma de \$ 100?

El sostenimiento de una cama -- promedio general -- cuesta en el momento actual \$ 12 por día. De dichos \$ 12, el coste se distribuye

1. Personal	\$ 6.--
2. Alimentos	" 2,40
3. Medicamentos	" 2,40
4. Gastos Varios	" 1,20

Preguntamos: ¿quién paga esto?

Hasta ahora, en la Argentina, paga el Estado los servicios médicos del 80 % de la población. El 20 % lo pagan los interesados cuando recurren a los servicios médicos particulares.

Los servicios médicos (hospitales) serán siempre malos y sujetos a críticas, porque no cuentan con los recursos necesarios. Resulta más lógico cobrar, por lo menos el coste de cada servicio prestado.

De adoptar este sistema habría que cobrar lisa y llanamente los gastos realizados por el interesado y facturarlos. Nada de aranceles ni descuentos: el costo liso y llano. De cualquier manera siempre serían más baratos que los servicios médicos privados que cuestan por enfermo internado \$ 50 a \$ 200 diarios, promedios bajos y altos, respectivamente, de la asistencia médica particular. Del mismo modo deberían cobrarse las consultas externas y los servicios de farmacia.

De esta manera, los servicios médicos se financiarían holgadamente y mejoraría la calidad de las prestaciones. No tendríamos que estar sometidos a la crítica diaria.

Pero el sistema del "cobro al coste" tiene un grave inconveniente: es impolítico, máxime en un gobierno que avanza con una fuerte política social. Psicológicamente, en nuestro pueblo, debido al origen filantrópico de los servicios médicos (concepto cristiano de caridad y beneficencia) se ha consubstanciado la idea de que el servicio médico, un enfermo, es un acto de aproximación a Dios, y por ende gratuito, ya que quien presta el servicio lo realiza como un gesto espiritual. Pero, ahora, la técnica de atender enfermos es mil veces más cara que en la Edad Media; por consiguiente, alguien debe pagarlo. O lo paga el interesado o lo paga el Estado, si el paciente es un "no pudiente".

Los ingleses --hasta el advenimiento del partido Laborista-- y los americanos aún ahora, siguen el sistema del "cobro directo" al beneficiario (empresas particulares), o bien, del "cobro al coste" en los establecimientos del Estado. Sólo se eximen de pagar un 20 % de los recurrentes, siempre por razones muy fundadas, cuando son "pobres de Solemnidad". Pero bastó que el partido Laborista llegara al gobierno, en Inglaterra, para que se "nacionalizaran" todos los servicios médicos, incluso los del médico en su consultorio, para ofrecer *servicios médicos gratuitos a la población*. Esta fué la base del programa social del Laborismo, y que lo llevó adelante a sangre y fuego: ofrecían salud ya que no podían ofrecer mayores salarios, ni más alimentos.

Ya veremos como lo financiaron. El mismo camino de nacionalizar los servicios (no socializar, como ellos le llaman) arrastra a Truman. Es claro que el programa de nacionalizar todos los hospitales por parte de Truman ha le cantado una grito general entre los médicos americanos.

Ningún gobierno, apoyado en una fuerte política social, puede --sin riesgos-- imponer el "cobro al beneficiario", si es que los servicios eran ya gratuitos con anterioridad, como es el caso de nuestro país. Más, al contrario, los gobiernos socialistas tienden a ofrecer servicios médicos gratuitos, si no lo eran, como en el caso de Inglaterra y Estados Unidos, que venimos citando como ejemplo.

Pero dicha gratuidad, como veremos, es relativa: hay alguien que los paga y ese alguien es nada menos que toda la población, pudiente y no pudiente.

3. --*Implantar el "Seguro de Enfermedad"*. Esta solución no es más que un aspecto quizás el más complejo del seguro social, del cual el servicio médico absorbería el 25 %. De adoptar este sistema, el Ministerio de Salud Pública de la Nación aconsejaría concretarse por ahora solamente al "seguro de enfermedad" para financiar los hospitales y la sanidad.

El fondo del seguro se funda en la participación tripartita del empleado, el empleador y el Estado. Esta participación para el "fondo del seguro" es del 3 % al 5 % del monto de todos los sueldos, incluso los del Estado a cargo del empleado: igual cantidad aporta el empleador y una parte similar el Estado.

El Ministerio de Salud Pública ha aconsejado a las provincias a fin de que puedan financiar sus hospitales, el promover un aporte patronal del 2 % (Impuesto hospitalario, sin darle el carácter de un

"seguro"), 2 % que se deduciría sobre el monto de los sueldos, a cargo del empleador y el resto a cargo del Estado. Sería una primera etapa del Seguro de Enfermedad; la segunda, dentro de unos años, sería el de hacerlos contribuir con un 2 % a los propios beneficiarios. Se llegaría, así, en dos etapas, por vía provincial, al seguro de salud completo.

Tiene los siguientes inconvenientes el seguro de enfermedad, en su forma completa:

- a) que el seguro implica la obligación de una contraprestación. El que aporta (el Estado y empleador) tiene derecho a exigir a su socio (Estado) la prestación en excelentes condiciones técnicas y, en cualquier momento;
- b) que para afrontar la obligación de las prestaciones es necesario disponer del dispositivo técnico sanitario, hospitales y servicios médico sociales, en cantidad y calidad suficiente como para hacer efectivo el servicio a que se compromete el Estado o la Caja de Seguro de Enfermedad.

Alemania, cuando Bismark implantó el Seguro de Enfermedad (1870), contaba con dicho dispositivo sanitario y lo perfeccionó con el aporte del seguro. Por eso triunfó, pero también por el espíritu de previsión del pueblo alemán.

Inglaterra y Francia, recientemente, sólo hace muy poco, pudieron implantarlo; Inglaterra no tuvo mayores inconvenientes, por contar con una mejor y más completa organización médica. No así Francia. En cambio, Chile, Méjico y en parte el Perú (caso sui generis y excepcional) prácticamente fracasaron lamentablemente y por dos razones:

- a) por no contar con el número suficiente de hospitales y servicios para efectuar las prestaciones. Chile tuvo que recurrir a los hospitales de beneficencia y Méjico a la expropiación de los sanatorios particulares, lo que no es solución;
- b) por haber puesto el manejo del dispositivo médico hospitalario y médico sanitario en manos de la "Caja del Seguro de Enfermedad o del Seguro Social", que no puede jamás manejar servicios médicos de tal magnitud, técnicos, en lugar de limitarlo a sus funciones de mero organismo financiero. Las prestaciones deben ser canalizadas por el Ministerio específico (Salud Pública) o por donde éste determine y no dejar un sector fundamental de la Salud Pública en manos legas en Medicina como son las Cajas.

Nuestro país tiene un déficit de 90.000 camas (que reducirá a 70.000 en 1952) y no cuenta con un dispositivo sanitario suficientemente fuerte. Por ende fracasaríamos; por falta de hospitales no se efectuarían las prestaciones. También fracasaría Estados Unidos, que guardando los proporciones tiene el mismo déficit que nosotros. En su "Health Plan" (1948-1958) "The New Plan" se propone, recién ahora, dotar al país de 1.000.000 de camas; las que necesita Estados Unidos.

Conclusión: Teórica y doctrinariamente el seguro de enfermedad es la solución socialmente justa y económicamente suficiente para financiar los servicios médicos aparentemente gratuitos. Pero antes de llegar al seguro, hay que pasar por un período inespecífico, que con una finan-

ciación de emergencia permita montar el dispositivo asistencial y sanitario indispensable para que, cuando se implante el seguro, puedan efectuarse las prestaciones.

4. — *Crear el Fondo Nacional de Salud Pública.* Esta es la solución ideal, en las circunstancias y condiciones actuales de la sanidad argentina. Es el procedimiento de transición que permitirá llegar al seguro, en su oportunidad. En una primera etapa (1952-1958) se pondría en vigencia un "Fondo de Salud Pública" para la creación y organización de los nuevos servicios.

En una segunda etapa (1958-1964) recién se podría poner en vigencia el Seguro de Enfermedad, funcionando éste, insístmamente, como un mero organismo financiero que exige y paga al Ministerio de Salud Pública de la Nación por los servicios que éste le presta a su afiliado y familiares.

Es el principio sostenido en las leyes 13.019 y 13.012, sancionadas en 1947.

El hecho de la inespecificidad del "Fondo Nacional de Salud Pública", permite al Estado, por un periodo de seis años, eludir la obligatoriedad y el compromiso de la prestación. No sería un estafador como el caso del seguro, sino un medio legal y justo de que se vale el poder público para montar y equipar un sistema de prestaciones. Es la puesta en marcha de una empresa que por el momento da pérdidas, a cambio de ganancias indirectas que por invisibles, dejan de gravitar profundamente en la economía, al aumentarse la capacidad productora del caudal biológico de la Nación.

El cuidado del capital humano, de su salud y capacidad de producción, está demostrado: es un negocio. Todo peso que se invierte en Salud Pública es una buena inversión para el Estado porque vuelve aumentado en días de trabajo, rendimiento, prolongación de la vida útil del hombre y reducción de la invalidez prematura. La salud popular tiene un precio. Tanto se invierte en ella, tanto se tiene de salud. Pero ¿cómo se formaría ese Fondo Nacional de Salud Pública? Según el artículo pertinente a la Ley 13.012, "a los efectos del artículo anterior" (por el cual se crea el Fondo Nacional de Salud Pública) y con el asesoramiento de los organismos correspondientes, se estudiará la unificación del impuesto a la transmisión gratuita de bienes, sin perjuicio de la afectación de los mismos, del seguro de salud o la creación de "cualquier otro impuesto justo y equitativo".

Naturalmente, que este artículo de la ley, para un buen entendedor, no tiene más valor que el de una declaración de principios, de enunciado doctrinario, pero que para el autor de la misma (el suscrito) implicaba poner el dedo en la llaga, que no se evidenció, ni se evidenciará, en el periodo de gobierno 1946-1952, gracias a las previsiones de la Ley 13.019, pero que si no se trata seriamente el asunto, será un problema crítico para el periodo 1952-1958.

Para integrar el Fondo Nacional se contaría:

- a) con los créditos transferidos de la Ley 13.019;
- b) con un "impuesto hospitalario" que habría que crear de acuerdo a lo que aconsejen los organismos financieros y de hacienda.

A mero título de colaboración se hicieron las siguientes sugerencias:

1. — Unificación del impuesto a la transmisión gratuita de bienes, respetando su afectación actual para educación, que percibiría los mismos porcentajes actuales; y respetando las afectaciones que hubieran dispuesto las provincias. Al hacerse la unificación se acordaría un aumento del 10 % cuyo producido sería para el Fondo Nacional de Salud Pública.

2. — "Impuesto Hospitalario", que podría gravitar sobre el movimiento de cheques (uno o dos por mil de su valor), que se estudia en la ley de coparticipación federal. (Ver el proyecto en el Anexo, incluido al final).

3. — Aumento a un 1 % de todos los impuestos (así globalmente).

4. — Aumento en un porcentaje del 5 % sobre réditos (sería lo más simple), etc.

5. — "Tasas Sanitarias" sobre todo producto o mercadería que en modo directo o indirecto afecta a la salud (alcohol, tabaco, consumos de lujo, artículos de tocador, etc.). Se cobraría por su Registro y Contralor que ahora realiza casi gratuitamente el Ministerio de Salud Pública.

Estos recursos podrán ser discutibles, pero es indudable que si se justificó un aumento al impuesto a las ventas —con repercusión directa al consumidor— para educación, para hacer gratuita la enseñanza universitaria, y fué perfectamente aceptado, con más razón se justificaría un impuesto indirecto para justificar un servicio médico, que ahora se presta en forma deficiente, tanto en fábricas, talleres e industrias, además de hospitales, centros de salud y de saneamiento.

Objetivo II: Financiación de los hospitales provinciales. — Dictar una Ley de Coparticipación Federal en virtud de la cual se ejerza la acción concurrente de la Nación y provincias en materia de salud pública, y que garanta, al mismo tiempo, a cada provincia, un mínimo de financiación de sus servicios, en función de su número y rendimiento, sin menoscabar de esa manera el concepto federal. En principio, cada provincia debe organizar un Ministerio de Salud Pública para atender especialmente las necesidades médico asistenciales, y subsidiariamente las médico sociales y médico sanitarias, que estarán principalmente en manos de la Nación. (Ver el proyecto de ley en Anexo).

Organismo ejecutor: Queda encargado del desarrollo, tramitación y organización de los principios aquí enunciados, la Subsecretaría Administrativa del Ministerio de Salud Pública de la Nación.

VI. — ADMINISTRACION

Objetivo I. Programar y estructurar un servicio administrativo

plificado, que permita resolver todos los problemas en pocas horas, comunicando lo resuelto al interesado y que, por otra parte, esté, además, en condiciones de ampliar sus prestaciones sin modificar la estructura, y asimilar las nuevas creaciones y nuevos servicios que se incorporarán, diariamente, al Ministerio con motivo del cumplimiento del plan 1952-1958.

Problemas: 1. — Encontrar una organización administrativa que pueda crecer indefinidamente para afrontar la incorporación de nuevos organismos del Plan Sanitario, sin introducir desorden ni perturbación en el organismo vigente; todo ello también sin aumentos mayores de gastos ni de personal.

2. — Equilibrar los programas médicos con las disponibilidades, de modo tal que exista una relación correcta entre los objetivos esenciales y aquellos de importancia secundaria.

3. — Estar en condiciones de presentar diariamente un informe absolutamente exacto sobre el estado de las distintas partidas del presupuesto y de los saldos disponibles, por rubros funcionales y por repartición.

4. — Asegurar un método de trabajo, moderno y tecnificado que permita la rendición de cuentas semanales en todo el país y facilite cualquier contralor en cualquier momento.

5. — Si los organismos administrativos actuales crecieran paralelamente al desarrollo técnico previsto en el Plan, y siguieran aplicándose los métodos administrativos vigentes, al terminar el periodo 1952-58 el 50 % del personal estaría empeñado en la tarea de administrar y controlar al otro 50 %, un 30 % en ayudar a rendir cuentas y mantener inventarios, un 10 % encargado de abastecer, y sólo un 10 % quedaria para atender enfermos y efectuar prestaciones sanitarias. Luego: es necesario introducir profundas y revolucionarias innovaciones, si no queremos, que el pésimo planteo administrativo, termine en una burocracia cancerosa; puesto que actualmente los servicios técnicos aumentan en proporción aritmética y los administrativos en proporción geométrica. La falla no es de los hombres, sino de los sistemas, y de los métodos prehistóricos que aún se emplean en la administración del Ministerio de Salud Pública como consecuencia de la costumbre y de los mecanismos generales.

6. — Humanizar los números. Enseñar y crear el espíritu dentro de la administración sanitaria de que cada expediente y/o cada crédito o

partida está cubriendo una "necesidad", pero no una necesidad cualquiera sino una "necesidad angustiosa de vida o muerte", la salvación de un hijo o de una madre. Organizar además una campaña de formación espiritual del personal administrativo para que no sólo vea números y cifras de presupuesto, sino seres humanos.

Soluciones: 1. --- El crecimiento burocrático del personal, su costo excesivo, su falta de rendimiento sólo puede detenerse imprimiendo tres orientaciones ya universalmente adoptadas en países más evolucionados administrativamente:

- a) Mecanización.
- b) Tipificación.
- c) Racionalización.

Sabemos que una máquina ahorra 300 empleados y que una ficha tipificada ahorra el trabajo de otros 300 empleados.

2. --- El próximo Plan debe contemplar las cosas de modo tal, que al final del período 1952-1958, todo el proceso de mecanización tipificación y racionalización, que si bien ya está iniciado (1948) no está aún terminado ya que no es posible desarrollarlo sino en cinco u ocho años.

3. --- Mecanización total y absoluta de la contabilidad.

4. --- Mecanización total y absoluta de la liquidación de sueldos.

5. --- Mecanización total y absoluta de las rendiciones de cuentas.

6. --- Mecanización total y absoluta de los inventarios.

7. --- Tipificación de las fichas y planillas y de todo el sistema de papeles empleados.

8. --- La solución obtenida por vía de las máquinas, la tipificación y la standardización del trabajo debe ser tal, que los 1.500 empleados actuales directa o indirectamente vinculados a la administración central y los 1.500 restantes, encargados del manejo de fondos distribuidos, por todo el país, produzcan el trabajo equivalente a 30.000 empleados y no por 3.000 como ocurre en la actualidad. Y la solución es simple: en lugar de la "tracción a sangre" empleada hasta ahora como sistema administrativo, utilizar la mecánica pues está probado que en un automóvil se puede desarrollar una velocidad diez veces mayor que en una carreta. Ejemplo: nuestra oficina de liquidación de sueldos, con el sistema actual necesita 150 empleados centrales y 500 periféricos que preparan a mano las planillas. Total: 650 empleados, trabajando angustiados durante todo el mes, siete horas por día, para pagar los sueldos, mal, con errores, atrasos y protestas de los interesados. Una máquina y seis empleados realizan ese mismo trabajo, en 24 horas, sin errores, y con una serie de trabajos complementarios que sería imposible realizar con tracción a sangre. Iguales ejemplos se pueden poner con referencia a rendición de cuentas, patrimonial y contabilidad en todas sus formas y momentos.

9. --- A los efectos anteriores, gestionar el levantamiento de la interdicción o prohibición de adquirir máquinas para oficina, que por economía fué implantada en 1948, pues de lo contrario, será necesario elevar los empleados administrativos de 3.000 a 30.000.

Objetivo II: Adoptar un sistema de presupuestos científicos, complementario del oficial, que responda a las necesidades fiscales del Ministerio de Hacienda, pero que no ayude ni facilite la justificación de las actividades específicas del Ministerio de Salud Pública, del rendimiento de cada repartición, grande o pequeña, y de la responsabilidad y eficiencia de los funcionarios encargados de cumplir el plan.

Problemas: 1. — El sistema actual de presupuesto es estático, descriptivo y no funcional. Sirve exclusivamente a los fines del contralor de las inversiones.

2. — El sistema actual sólo permite decir si una inversión ha sido correcta o no. No habla del grado de cumplimiento de la ley de Contabilidad y sus disposiciones complementarias. Nada dice, si desde el punto de vista sanitario, las partidas guardan la proporción debida con la importancia, magnitud o urgencia de los problemas.

Soluciones: 1. — Los presupuestos sanitarios dentro del Plan 1952-58 deben ser presentados de cuatro maneras a la vez:

- a) *Estructuralmente*, por regiones y por reparticiones, a los fines del contralor que ejerce el Ministerio de Hacienda y de acuerdo a los desenvolvimientos de detalle que resultan de la Ley anual de presupuesto. (*Presupuesto orgánico, descriptivo, estático, estructural*). De ese modo tenemos los distintos items posibles: I Ministerio, II Subsecretarías, III Direcciones Generales de Sanidad (por regiones), IV Asuntos Legales, V Defensa Nacional, VI Demología Sanitaria, VII Industrias Sanitarias y Farmacias, etc.
- b) *Funcionalmente*, por el destino técnico de los fondos: I. Medicina Asistencial, hospitales etc., II. Medicina Sanitaria: lucha antituberculosa, antivenérea, etc., III. Medicina Social: Centros de Salud, Control de Alimentos, Control de medicamentos, etc., IV. Construcciones, V. Administración, etc. (*Presupuesto dinámico o funcional*). Esta forma de presentar un presupuesto tiene las siguientes ventajas:
 - 1) Indica lo que cuesta globalmente cada servicio o cada campaña técnica.
 - 2) Permite apreciar —de acuerdo a los informes médicos— donde se deben o pueden reducir los gastos y donde debe colocarse el centro de gravedad de los mismos.
 - 3) Compara los gastos de las actividades científicas de un período con referencia al anterior.
 - 4) Es posible informar en cualquier momento lo que se gasta por habitante en una determinada lucha sanitaria o médico social.
 - 5) Permite inferir, por comparación entre los resultados científicos obtenidos (índices sanitarios) y el gasto exigido, la mayor o menor eficiencia de una organización técnica.
 - 6) Se puede advertir la superposición de gastos, que con fines similares, efectúan reparticiones distintas, permitiendo la fusión de partidas.

- c) *Ontológicamente*, es decir, según la naturaleza del gasto en sí. De ese modo los gastos se dividirán:
- 1) Gastos generales.
 - 2) Sueldos.
 - 3) Inversión en bienes capitales: adquisición de bienes muebles, edificios y tierras e inmuebles (materiales no consumibles).
 - 4) Gastos en bienes de consumo (alimentos, medicamentos, ropa, etc.).
 - 5) Inversión en construcciones, reparaciones y/o ampliaciones.
 - 6) Cargas sociales. Descuentos, bonificaciones, salario familiar, seguros, etc.
 - 7) Deudas pendientes de pago. Todos aquellos compromisos, que del o de los ejercicios anteriores quedaron sin pagar (reapropiaciones, legítimo abono, etc.).
- d) *Etiológicamente*, según el origen o procedencia de los fondos (Presupuesto etiológico) de ese modo, según las fuentes de recursos, éstos se dividen en:
- 1) Rentas generales (Presupuesto ordinario).
 - 2) Refuerzos extraordinarios.
 - 3) Casinos y Juegos de Azar.
 - 4) Cuentas especiales.
 - 5) Donaciones.
 - 6) Otras contribuciones.

El ideal, es que el presupuesto se ordene de tal manera, que permita ulteriormente hacer un análisis de estos cuatro aspectos. Ese sería el presupuesto "ideal-integral" que podría concebirse así:

- 1) Los ítems: con criterio estructural.
- 2) Los incisos: con criterio funcional.
- 3) Las partidas: según la naturaleza.
- 4) El cálculo de recursos: según la etiología.

Pero el presupuesto "ideal-integral" debe ser desintegrado, analizado y graficado de acuerdo a los cuatro grandes grupos.

El ejercicio individual de la medicina es una ciencia, un arte y un apostolado que debe ajustarse a principios científicos espirituales y éticos; en cambio, el ejercicio estatal de la medicina, la salud pública es un problema financiero y debe ajustarse a los principios generales que rigen una empresa cualquiera, porque los fondos públicos no pueden ser administrados según un criterio filantrópico o sentimental, sino según los altos fines de la Nación.

Objetivo III: Implantar un régimen de contralor técnico-administrativo de las unidades de ejecución (direcciones, establecimientos y servicios), a fin de determinar exactamente el costo por cada prestación, por día, por mes y por año.

Problemas: 1. — Para determinar los costos de las prestaciones debe conocerse el monto global de los gastos por año, por mes y por día, y el número de las prestaciones (estadísticas).

2. -- Establecidos los costos reales de acuerdo al criterio fijado en el párrafo anterior, deben ser comparados con los costos ideales de rendimiento máximo que deben ser prelijados teóricamente.

Soluciones: Encontrar un método de formulación administrativa que permita hacer las confrontaciones entre costos reales e ideales, de donde resulta, la demostración de la "eficiencia" de cada servicio en particular, que se mide por el mayor número de prestaciones al menor costo. (Ver y desarrollar el Capítulo de "Formulación Administrativa": Teoría del Hospital, Ramon Carrillo, 1950).

Objetivo IV: Preparar, perfeccionar y/o edacar al personal para el desarrollo de las tareas específicas de la Administración.

Problemas: 1. -- La dificultad mayor de la Administración es la falta de personal capacitado en materia administrativa, especialmente en el interior del país.

2. -- La falta de comprensión, de sensibilidad, de sentido humanitario, de los que ya están administrativamente capacitados, pero que sanitariamente no miden los verdaderos alcances de su acción, que son tan importantes como las del médico o enfermero ejecutor de la prestación.

Soluciones: Desarrollar la actual e incipiente, "Escuela de Administración Sanitaria", con los siguientes objetivos:

- 1) Formar el nuevo personal antes de su ingreso o prepararlo especialmente para ello.
- 2) Perfeccionar a los que ya estén incorporados y prestando servicios.

Sólo con empleados administrativos "humanizados" se conseguirá que el trámite burocrático y las cifras del presupuesto, adquieran un sentido que ahora no tienen ante los ojos de los empleados actuales, fríos y displicentes ante su tremenda responsabilidad, ignorada o no valorizada por ellos. Es una cuestión de educación formativa e informativa que sólo podrá cumplirse dentro del Plan 1952-1958.

Objetivo V: Preparar el programa y supervisar los planos del proyecto de edificio del Ministerio (calle Córdoba).

Problemas: 1. -- Concentrar en un solo edificio todas las oficinas administrativas y técnico-administrativas (despacho del Ministro, Subsecretario y Directores Generales y Técnicos).

2. -- Evitar los desplazamientos del personal, la falta de cohesión física en la dirección del Ministerio.

3. -- Calcular y demostrar, como con lo que ahora se gasta en alquileres se puede construir el edificio propio, sobre el terreno ya adquirido para tal fin.

Soluciones: Ver Capítulo XII, página 2015, tomo III, del Plan Analítico de Salud Pública 1946. Perfeccionar y detallar este planteo, atento a que en dicho edificio sólo deben existir oficinas, no servicios médicos, gestionando la terminación de los planos ya en comienzo de ejecución. Reunir más antecedentes sobre edificios similares en otros países del extranjero.

Un método simple sería adoptar directamente, con ligeras modificaciones arquitectónicas los Planos del actual edificio del Ministerio de Guerra.

Objetivo VI: Establecer un sistema de comunicaciones radiotelefónicas con sede en la Administración Central.

Problemas: 1. — La demora en comunicar los pedidos, las demoras de un sistema disperso como es el del Ministerio del Interior del país, impide la rápida solución de los asuntos y los partes diarios, que ahora sólo pueden ser quincenales y con dos o tres meses de trámite para ser resuelto.

2. — El servicio radiotelefónico interesa principalmente a la administración y subsidiariamente a los efectos técnicos, problema que se resuelve con una simple operación de coordinación.

Soluciones: Ver Apéndice del tomo III del Plan Analítico de Salud Pública de 1946. Ampliar dicho informe con los estudios ya realizados, de orden técnico, que corren por expediente especial, programa que no se pudo cumplir en el Plan 1946-1951, por falta de recursos, pero que debe ser resuelto durante el periodo 1952-58.

Objetivo VII: Mantener al día el presupuesto comparado de la Nación, con el de las provincias: es decir, el presupuesto total del país en materia de Salud Pública.

Problemas: 1. — Saber exactamente en cualquier momento, cuánto invierte la Nación, las provincias, comunas o instituciones privadas, en la asistencia médica del país.

2. — Esa determinación debe ser hecha por provincia, territorio, zona o ciudad, en proporción al número de habitantes y extensión geográfica.

3. — Saber exactamente cuánto, qué porcentaje, sobre el total de los presupuestos se invierte en la salud pública y cuánto por habitante.

4. — Presupuestos comparados con otros países.

Soluciones: Ver trabajos y publicaciones anteriores de la Dirección Nacional de Demología Sanitaria (Ministerio de Salud Pública de la Nación):

- 1) Mantener una oficina permanente de presupuestos comparados que recoja los datos y los mantenga actualizados.
- 2) Establecer las correlaciones y correspondencia necesaria con otros organismos, capaces de aportar informaciones.
- 3) Elaborar un programa de trabajo para el estudio de la Nación al Ministerio de Salud Pública y al Ministerio de Hacienda.

Debe excluirse todo lo que sea Asistencia Social por no corresponder —estrictamente— a la memoria sanitaria.

Organismo ejecutor: El programa sintético que antecede debe ser analizado (Plan Analítico) y ejecutado por la Dirección General de Administración del Ministerio de Salud Pública en el próximo periodo presidencial. Antecedentes doctrinarios: Demología Sanitaria.

VII. — ABASTECIMIENTOS

Objetivo 1: Abastecimiento de materiales. — Asegurar el abastecimiento de bienes materiales, muebles, equipos, implementos sanitarios, instrumentos, aparatos, automotores, repuestos, etc., a todos los servicios, en forma regular, oportuna, suficiente y bien controlada, técnica y administrativamente.

Problemas: 1. — El problema fundamental, en el abastecimiento de bienes no consumibles, reside en la dificultad de saber exactamente la necesidad y utilidad de cada pedido.

2. — La compra, por cada servicio, a su gusto y paladar, de un tipo u otro de material, trae un verdadero caos en la apreciación de las necesidades.

3. — Dificultad de mantener en buen uso y conservación los elementos materiales provistos. La cantidad de equipos, aparatos o instrumentos con desperfectos que no se usan, por pequeñas dificultades mecánicas, asciende al 40 % del total.

Soluciones: 1. — Desarrollar al máximo durante el período 1952-58, el incipiente organismo central, la Dirección de Materiales, dotándola de medios de trabajo, y de un "stock" suficiente en depósitos.

2. — Censo de materiales, para identificar, en cada establecimiento y/o servicio, los equipos, aparatos e instrumental existente, por fichado triple (una ficha la Dirección de Materiales, otra en Patrimonial y otra en el Servicio).

3. — Implantar el sistema de legajos y ficheros (tipo Salud Pública) donde cada equipo (ejemplo: automóvil, ambulancia, microscopio, equipo de rayos, electro-bisturi, etc.), tenga su respectivo legajo, con su vida completa y documentada, completando y desarrollando el modesto e incipiente sistema actual, a todas luces insuficiente, insuficiencia que se acentuará a medida que pase el tiempo. El instrumental de cirugía se fichará en un legajo único por establecimiento.

4. — Organizar un "service" permanente para la conservación y vigilancia del uso y/o funcionamiento de cada equipo o instrumento.

5. — Puesta en marcha del Parque Sanitario Nacional (San Justo, Buenos Aires) en lo pertinente a Talleres y Materiales (ver expediente con los planos respectivos y que cubre el programa y el régimen de funcionamiento).

6. — Organizar los talleres locales y de los establecimientos, tomando conocimiento y creando directivas sobre el procedimiento a emplear para la conservación local de los materiales.

7. — Transferir, metódicamente, todos los datos acumulados al sistema "Hollery".

8. — Con los datos estadísticos del sistema "Hollery", determinar las necesidades reales y estudiar con la asesoría médica, el grado de utilidad de cada equipo, su rendimiento, evitando que sobren materiales en un lado (como ocurre) y falten en otros.

9. — Redistribución de equipos y adquisiciones centralizadas de los materiales no perecederos.

10. — Preparación del "Catálogo de Materiales Tipo" de acuerdo con el Departamento de Habitaciones a cargo del Nomenclator Oficial.

11. — Instalación, habilitación, funcionamiento y reglamentación del Parque Sanitario Nacional.

Organismo ejecutor: El Plan que antecede será desarrollado y ejecutado por la Dirección de Materiales.

Objetivo II: Abastecimiento de especies. — Asegurar el abastecimiento de elementos perecederos o consumibles, alimentos, ropa, medicamentos, etc., a todos los servicios, en forma regular, oportuna, suficiente y bien controlada.

Problemas: 1. — ¿Cómo efectuar el contralor de materiales perecederos o consumibles que es sumamente difícil, por su naturaleza?

2. — Determinación de los consumos fundada en las necesidades a cubrir y en la naturaleza de dichas necesidades.

3. — ¿Cómo subsanar la imposibilidad de centralizar las compras, por ejemplo: de alimentos? Esto aumenta las dificultades del contralor, tanto del consumo como de los precios.

4. — La existencia de grandes extensiones de tierra apta para la agricultura, ganadería y chacras que deben ser explotadas por la mano de obra de enfermos capaces de trabajo (alienados, tuberculosos curados, hansenianos, etc.), con rendimiento, y al mismo tiempo con un doble beneficio para sí mismo (terapéutica por el trabajo) y para el establecimiento.

Soluciones: 1. — Desarrollar al máximo durante el periodo 1952-1958 el incipiente organismo abastecedor, actualmente precario, la Dirección de Economatos, dotándolo de personal, elementos, materiales de trabajo y de un stock fijo periódicamente renovado.

2. — Implantar un racional régimen de contabilidad de especies y de materiales perecederos.

3. — Implantar el sistema de legajos y ficheros (tipo Salud Pública) donde cada stock de mercadería consumible, subclasificada por establecimientos, pueda ser apreciado y valorizado en cualquier momento. Ejemplo: existirá un legajo de "Harina" y allí, dentro del legajo, una planilla por establecimiento de las existencias al día, de dicho producto.

El dispositivo debe ser tal que en cualquier momento el Ministerio pueda informar sobre sus existencias en víveres, medicamentos, ropas y otros materiales perecederos o consumibles.

5. — Los economatos locales deben estar organizados de acuerdo a un mismo plan de contralor y de distribución.

6. — Puesta en marcha del Parque Sanitario Nacional, en lo pertinente a Economatos (Fábricas, Sastrería y Ropería, Depósitos, etc.).

7. — Regulación, ordenamiento y funcionamiento técnico-sanitario de las cocinas de los establecimientos, elaboración de pan, producción de verduras, frutas y otros elementos de granja, utilizando para ello el mano de obra disponible del establecimiento, a fin de ofrecer distracción, trabajo y jornales a los enfermos crónicos.

Objetivo III: Producción local. — Organización del trabajo y de la producción de los establecimientos.

Problemas: 1. — ¿Es posible que cada establecimiento produzca lo necesario para alimentar y vestir a sus internados?

2. — ¿Es posible, que en un establecimiento de crónicos, cada enfermo pueda producir lo suficiente para pagar su asistencia e incluso ganarse un jornal?

Soluciones: 1. — La respuesta a las dos preguntas anteriores, de acuerdo a la experiencia recogida en el Plan 1946-1951, es afirmativa: todo es cuestión de organización, de buenos capataces y de inteligente dirección. Esto explica, por qué el coste por enfermo de establecimientos como Open Door y Oliva, sea de \$ 3 y \$ 2,50 por día, cuando en realidad el coste real es de \$ 12 por enfermo. Porque cada enfermo produce por valor diario de \$ 9 en viveres, productos de chacra y en talleres. En cambio en el Hospital Nacional de Neuropsiquiatría el coste es más alto, por falta de la producción de granja, pero desde que se lo abastece de viveres frescos desde Open Door (1949), el coste por enfermo ha bajado a la mitad.

2. — Con inversiones no muy altas en el Plan 1952-1958, se puede quintuplicar la producción, dotando a los establecimientos para ello de mayor número de equipos agrícolas, maquinarias diversas, mecanizando la fabricación de pan y fideos; desarrollando los viveros y talleres, imprenta, zapatería, alpargatería, zapatillería, cunicultura, apicultura, tambó, porquerizas, fábricas de mosaicos y ladrillos, herrería y carpintería, alfarería, jabonería, etc., de acuerdo al Plan iniciado en 1946-1951. (Ver Plan Analítico de Salud Pública, tomo III, pág. 1962).

3. — Es posible, incluso, desde los establecimientos de crónicos, proveer a las necesidades de los hospitales de agudos que se encuentren dentro de su radio. Para ello, además de máquinas y equipos, el Plan 1952-1958, debe prever la adquisición de nuevas tierras alrededor de los grandes establecimientos de crónicos.

4. — Reajuste de los jornales que actualmente perciben los enfermos que trabajan en talleres o en el campo, a fin de elevarlos proporcionalmente al coste de la vida.

Organismo ejecutor: Los objetivos II y III serán planificados y desarrollados en sus detalles analíticos, listos para su ejecución, por la Dirección de Economatos.

Objetivo IV: Almacenaje. — Instalación de cinco grandes depósitos regionales (Norte, Cuyo, Noreste, Sud, Centro y Buenos Aires-Litoral).

Problemas: 1. — Dar cumplimiento a la Ley N.º 13.019 (Plan Analítico 1946-1951) cuando dispone la construcción de cuatro subdepósitos regionales y un depósito central.

2. — Dotar de mejores instalaciones a los actuales depósitos de carácter provisorio.

Soluciones: 1. — Vencer los obstáculos que se presentaron en la instalación de los depósitos regionales. Dichos depósitos fueron instalados, tanto el central, como los regionales, en viejos edificios alquilados, dando cumplimiento parcial a la Ley.

2. — La única solución será la construcción adecuada de edificios específicamente concebidos para depósitos de materiales sanitarios, incluidas, droguerías.

Organismos ejecutores: En este asunto, la planificación le corresponde, en forma conjunta a las Direcciones abastecedoras de Materiales y Económicos y a las Direcciones Generales de Sanidad, de carácter regional. La ubicación de los depósitos debe estar, preferentemente, en el Centro Administrativo de las Ciudades-Hospital, con excepción de Tucumán, donde podrían instalarse en los terrenos destinados a Oncología y Enfermedades Tropicales.

Objetivo V: Transportes. — Reorganización de la flota de transportes.

Problemas: 1. — El plan de abastecimientos oportunos y racionales, a expensas de los mismos establecimientos, no puede efectuarse sin contar con un sistema de distribución por camiones.

2. — La flota, actualmente en uso, insuficiente ya originariamente, al cabo de cinco años de uso, está en condiciones lamentables, por falta de repuestos e insuficiencia de los talleres.

3. — El transporte sanitario, ambulancias y aviones está igualmente en malas condiciones no obstante todos los procedimientos ideados para mantenerlo en buenas condiciones.

4. — Las habilitaciones y aprovisionamiento de materiales, que al comienzo y aún ahora, se efectuaron intensivamente por medio del transporte automotor, si no se renuevan los materiales, cesará de funcionar. Se recurrirá entonces al transporte en ferrocarril que es largo, difícil y penoso, amén de que las líneas férreas no llegan a ciertos lugares alejados donde precisamente más falta hacen los materiales y abastecimientos.

Soluciones: 1. — El Plan 1952-1958 deberá prever la adquisición de una flota de camiones, suficiente, eficiente y económica para asegurar los abastecimientos de los servicios.

2. — Igualmente, en el Plan Analítico 1952-1958 se consignará un estudio sobre el modelo y el prototipo de ambulancias, adecuadas a la zona: características de los camiones, determinando el tipo según las ca-

racterísticas de los caminos de la zona por donde deben desplazarse. Los transportes sanitarios bien organizados y mantenidos economizan la construcción de hospitales, que a veces surge como necesidad, más por el aislamiento de la población que por el alejamiento del centro médico más próximo.

Organismo ejecutor: Direcciones de Materiales y de Económicos.

Conclusión final a ser tomada en cuenta: El problema de los abastecimientos y de los transportes sanitarios ha sido, en el cumplimiento del Plan 1946-1951, el más difícil de todos, habiendo quedado casi sin solución. Debe ser un punto capital a considerar dentro del Plan 1952-1958. Ejemplo: la solución del problema del paludismo se encontró gracias a dos circunstancias: a) a la disponibilidad de camiones; b) al empleo del D.D.T., pero sin camiones, nada se hubiera podido hacer; ahora esos camiones están vencidos y deben ser reemplazados.

VIII. — PERSONAL.

Objetivo I: Psicotecnia. — Selección y calificación del personal de acuerdo a "tests" psicológicos y cursos de perfeccionamiento.

Problemas: 1. — En una organización cualquiera, su rendimiento depende de la calidad del personal (la organización, el cuerpo social está constituido de hombres). En Salud Pública este problema ocupa un primer plano por la extraordinaria diversidad de profesiones y oficios existentes y necesarios para el correcto funcionamiento de los servicios.

2. — Siendo inevitable la heterogeneidad del personal, que va desde el más jerarquizado hombre de ciencia, hasta el cocinero de un hospital, pasando por un capellán, un cirujano, una hermana de caridad, un arquitecto, un aviador y todos los ramos obreros posibles (fidecos, panaderos, portuarios, marineros, mozos, etc.), se comprende que el problema de la selección y calificación, no puede ajustarse a las normas comunes a otras reparticiones donde priva el personal administrativo, o donde domina un sólo tipo de especialidad técnica; es decir, de aquellas reparticiones más homogéneas en cuanto a la composición de su cuerpo social.

3. — Atento al ritmo vertiginoso con que se creó, estructuró y puso en funcionamiento el Ministerio de Salud Pública, el proceso de selección fué sumario y el régimen de calificaciones, psicológicamente concebido, se ajustó a normas muy elásticas; por lo cual se plantea el problema de mejorar constantemente a los ya ingresados y efectuar una selección racional, antes de su incorporación del nuevo personal que se debe tomar en el futuro.

4. — El problema concreto, en conocimiento de los antecedentes mencionados en los párrafos anteriores, se traduce en la pregunta de cómo y dónde se efectuará la selección y calificación del personal, con un criterio científico.

Soluciones: 1. — Contándose en la actualidad con un sistema de Legajos y Ficheros de antecedentes del personal, que puede considerarse un modelo en su género, fácil es superar la etapa meramente administrativa de la Dirección General de Personal, y transformarla, por añadidura, en un organismo de capacitación, selección, calificación, orientación, con un sentido paternalista, y verdaderamente directivo en lo espiritual de todo el personal, que es, en primera y última instancia, el material con el cual se cumplen los fines de la organización y del Plan de Gobierno.

2. — El Plan 1952-1958 debe prever que, el crecimiento del personal, para la habilitación de nuevos servicios en todo el país, exige una

preparación previa y una selección ajustada de los nuevos empleados; incluso será necesaria la formación de obreros y subtécnicos auxiliares, no conocidos en los lugares donde se habilite el nuevo hospital o servicio.

3. — La Dirección General de Administración, por medio de la Escuela de Administración Sanitaria, preparará el personal técnico-contable especializado en el nuevo sistema. Dicho personal deberá, además, preparar, por su parte, en cursos previos al ingreso, personal de oficina capacitado en el manejo de máquinas de oficina, legajos, ficheros y máquinas de estadística; el proceso de mecanización de los servicios de oficina a efectuarse en el período 1952-1958 exigirá la presencia de personal capacitado.

4. — La selección previa, intelectual y física, se hará por el Servicio de Psicotécnica del propio Ministerio y luego se complementará el proceso con un curso abreviado de capacitación. Esta operación deberá repetirse en todas las Delegaciones Regionales y Federales.

5. — El problema de poner en marcha un nuevo hospital, hasta tanto se haya la selección y entrenamiento del nuevo personal, estará a cargo de una "División Móvil de Habilitaciones". Dicha División estaría integrada por personal seleccionado y muy competente de los cuatro grupos funcionales del Ministerio (Grupo I, Profesionales; Grupo II, Administrativos; Grupo III, Auxiliares Técnicos y Grupo IV, Obreros y Maestranza). Estaría a cargo de la Dirección General de Personal y tomaría la responsabilidad del funcionamiento transitorio del nuevo servicio inaugurado. La falta de esta "División Móvil de Personal" dentro de las habilitaciones del Plan 1946-1951, ha sido muy sentida y su falta será más notable en el desarrollo del Plan 1952-1958, donde la tarea de nuevas habilitaciones será más parentoria. Hasta ahora se ha superado la ausencia de la División Móvil de Personal de Habilitaciones con medidas de emergencia, traslados temporarios, adscripciones, etc., sin que esto resuelva el problema en forma orgánica. Por otra parte, los métodos a enseñar, siendo típicados, conviene que sean impartidos por personal muy competente y especialmente entrenado para ello.

6. — Reajuste del Reglamento de Personal de acuerdo a la experiencia ya recogida.

Organismo ejecutor: Le corresponde planificar y desarrollar el programa que antecede a la Dirección General de Personal.

Objetivo II: Docencia. — Formación y/o capacitación del personal profesional médico y del personal de las ramas auxiliares de la medicina.

Problemas: 1. — Si bien el personal administrativo (Grupo II) y el obrero y de maestranza (Grupo IV) puede ser seleccionado y su capacitación controlada por la Dirección General de Personal, no ocurre lo mismo con el personal médico, odontológico y/o farmacéutico, enfermeros generales, enfermeros especializados, visitadoras, etc.

2. — Se calcula que para el nuevo Plan 1952-1958 se necesitarán nada más que para las obras del Ministerio de Salud Pública de la Nación no menos de 5.000 enfermeros de los cuales 3.000 tienen que ser

especializados (cirujía, anestesia, transfusionistas, radiología y fisioterapia, embriología, oxigenoterapia, instrumentadoras, puericultura, etc.). Se debe abordar la posibilidad de formar por lo menos 15.000 enfermeros ya que el 75 % de ellos abandonan la carrera y queda sólo ese 25 %, 5.000 que es lo que se necesita.

3. — El personal de enfermeros a formar en el futuro debe orientarse dentro de las modernas orientaciones de la "enfermería científica" para no seguir incorporando personal de aficionados, inculco y sin capacidad, que necesidades perentorias, falta de enfermeros con títulos habilitantes, obliga a tomar empleados "in situ", en el caso de la habilitación de hospitales en el interior del país, y que por regla general debe aprender el oficio después de ingresado en la repartición.

4. — En la formación y capacitación del personal médico la dificultad y problema fundamental reside en crear, en el médico, la mentalidad "sanitaria", ya que nuestras universidades sólo forman médicos "asistenciales". Igualmente, la otra falla que se advierte en el personal directivo superior, es su falta de cultura general, sociológica, filosófica, literaria y jurídico-administrativa lo que impide tener iniciativa y capacidad para analizar los problemas del estado con una mentalidad más amplia que la de un simple médico asistencial. Esto debe ser debidamente resuelto en la forma que se consignará más abajo.

Soluciones: 1. — En el nuevo Plan 1952-1958 se debe promover un mayor desarrollo de la Dirección de Enseñanza Técnica e Investigación Científica a fin de que, por medio de filiales, extienda su acción a todo el país, o mejor, dicho con más precisión, allí donde exista un Centro Médico dependiente del Ministerio de Salud Pública de la Nación.

2. — Las Escuelas Técnicas del Ministerio, por ejemplo, la de Enfermería, la de Instrumentadoras, etc., concebida con el moderno criterio dotándola de mayores recursos, debe crear sus filiales en el interior. En el Plan 1946-1951, sólo se programaron "cursos que se han cumplido, en su casi totalidad". En el Plan 1952-1958 esos "cursos" deben transformarse en "escuelas" permanentes y orgánicas. (Ver Planteos del Plan Analítico de Salud Pública 1946-1951, tomo III, páginas 1863-1883).

3. — La formación de ciertos enfermeros especializados (instrumentadores y anestesiistas, por ejemplo) y de las visitadoras sanitarias y de auxiliares de radiología, laboratorio y farmacia debe proseguirse por dos años más, en la forma en que se viene haciendo desde 1948 en esta Capital (Internado a full-time, calle Viamonte 1045) trayendo grupos de 200 personas jóvenes no mayores de 20 años seleccionados entre maestras y bachilleres de todas las provincias y territorios. Con el compromiso de que a su retorno los grupos respectivos, de cada provincia o territorio, constituyan en su lugar nativo una escuela similar con jóvenes procedentes del interior de la provincia o territorio respectivo. En el Plan 1952-1958, se debe desarrollar un programa para idéntico tipo de escuelas a "full-time" por lo menos una en cada región sanitaria del país (son cinco regiones sanitarias).

4. — La formación del "médico sanitario" o "médico higienista" es la base técnica del trabajo del Ministerio. Su progreso tuvo en camino

a la formación de la mentalidad sanitaria del médico debe realizarse en todas partes: a) en la Escuela Superior Técnica del propio Ministerio; b) en la Facultad de Ciencias Médicas; c) en la Facultad de Higiene y Medicina Preventiva de Santa Fe. Los cursos sean o no organizados por la repartición, deben ser subsidiados, propiciados y ayudados de todas maneras ya que el único beneficiario es el Estado, atento que el médico sanitario, no puede ser útil ni aplicar sus nuevos conocimientos, sino estando al servicio del Estado.

5. — La incapacidad directiva del personal superior (inevitable ya que los médicos han sido preparados para "trabajar" y no "dirigir" organizaciones), debe subsanarse mejorando, ampliando y haciendo obligatorios los cursos actuales de cultura general del Ministerio. Es necesario agregar al médico sanitario, que es ya "médico-jefe" o "médico-director" la mentalidad del hombre de estado, cubriendo sus lagunas con un curso completo de Biopolítica en el "Instituto Superior de Cultura Médica", curso que debe ser dictado profundamente por verdaderos maestros en la materia respectiva. Esto es muy importante: si el personal no se encuentra frente a un auténtico profesor de la materia, el personal cumple de mala gana y a los solos fines del ascenso, pero, no por deseo de ilustrarse. Es la experiencia recogida hasta ahora.

En el Plan 1952-1958 deben consignarse los fondos para contratar para el Instituto Superior Técnico de Cultura Médica, todo un elenco de profesores extranjeros (se necesitarían por lo menos 12 maestros bien pagados).

6. — La formación de investigadores, es de todos, el proceso docente más difícil. Hay que crear el espíritu de la investigación y orientar a los jóvenes hacia las disciplinas médicas de interés para el Estado.

Se ha iniciado ya la tarea con los practicantes de investigación (Ver Decreto de Escalafón del M. S. P.).

La futura "Central de Institutos de Investigaciones y Tratamiento" (Plan 1952-1958) deberá funcionar con el respaldo de investigadores argentinos auténticos; para ello es necesario crear centenares de becas en el exterior, y luego asegurar un escalafón especial para investigadores. Continuar, en el mismo sentido, con que, con módicos recursos está trabajando la Dirección de Enseñanza Técnica e Investigación Científica. Si no se mandan jóvenes argentinos al exterior (tienen que ser no mayores de 25 años de edad y bien seleccionados, por su vocación y espíritu de trabajo) es mejor abandonar, desde ya, la idea de que la Argentina progrese científicamente algún día. Sin investigadores propios el país irá simplemente a la zaga de todos, tratando de no quedarse muy atrás, nunca a la cabeza de nadie; salvo que, en alguna rama de la ciencia se dé el caso de la aparición de un genio, como Cajal o Vucetich, pero en el orden normal y regular de las cosas no se debe contar con los genios, sino, con seres comunes y corrientes, dotados, eso sí, de vocación, entusiasmo y patriotismo.

7. — La formación de personal médico-asistencial tiene que hacerse orientado: a) hacia aquellas materias asistenciales de interés sanitarios o en los aspectos médico-sanitarios o médico-sociales de la misma materia; b) hacia materias asistenciales, donde el número de profesionales es insuficiente en todo el país:

- a) *Materias asistenciales de interés sanitario*, por los aspectos sociales de la especialidad: leprología, fisiología, asistencia de alienados, cardiología social, maternología, puericultura, cancerología preventiva, etc.
- b) *Materias asistenciales o técnicas que tienen un déficit de especialistas en todo el país*: 1) laboratoristas; 2) anatómopatólogos; 3) radiólogos; 4) radioterapeutas; 5) oftalmólogos; 6) cirujanos. También faltan farmacéuticos, que por razones profesionales, no desean hacerse cargo de las farmacias de los hospitales en el interior. Hay una aguda concentración de farmacéuticos en Buenos Aires, mucho más que de médicos, careciendo de ellos pueblos importantes del interior.

8. — Formación de "médicos-administrativos". Esta nueva categoría deberá desarrollarse en la "Escuela de Administración"; son los únicos, que en el futuro, deberán dirigir hospitales. Para ello, debe exigirse "full-time" y ser dignamente retribuidos.

En el Escalafón actual existe esta función. Pero hasta ahora, en 4 años, no se ha dado un solo caso de médicos que anhelan tal tarea. Eso prueba la incomprensión de los médicos funcionarios y de los médicos en general.

Conclusión: El problema de formar el personal útil al Estado y que pueda ejecutar el Plan, es decir, de técnicos que no sólo sepan "curar" enfermos, sino dirigir organizaciones sanitarias, es una cuestión de tiempo y de estipendios adecuados y de estímulo. Todo puede hacerse en los años del Plan 1952-1958, ya que las bases han sido sólidamente establecidas y ejecutadas parcialmente al cumplirse el Plan 1946-1951.

Organismo ejecutor: El encargado de la planificación y su cumplimiento práctico: Dirección de Enseñanza Técnica e Investigación Científica. (Ver como antecedente: Capítulo XXXIV, tomo III, página 1863, del Plan Analítico de Salud Pública de 1946 y el Capítulo XXXV, página 1905, tomo III de la misma obra.

IX. — DEMOLOGIA Y POLITICA SANITARIA

Objetivo I: Estadística vital. -- Orientar y crear una doctrina demológica y demográfica, informando regularmente sobre los factores que inciden colectivamente sobre la salud de la población, mediante una estadística vital permanentemente actualizada.

Problemas: 1. -- Al prepararse el Plan de 1946 se advirtió la falta de estadísticas vitales, sobre morbilidad y mortalidad, disponiéndose de datos confusos, mal elaborados, cuando no inexactos. Durante el período 1946-51, se ha subsanado este inconveniente, pero falta aún concretar orientaciones, sobre la base de la documentación ahora acumulada. ¿Cómo se aprovechará esa nueva documentación informativa?

2. -- No puede haber Política Sanitaria, ni el Plan 1952-58 puede ser debidamente controlado en sus resultados desde el punto de vista de la salud pública, si no existe un método regular de trabajo estadístico y de elaboración comparada de los índices técnicos considerados en el tiempo y en el espacio.

3. -- La política sanitaria nacional debe ser regulada y orientada de acuerdo a las estadísticas, para conocer, por medio de índices técnicos, a dónde corresponde concentrar la acción y el esfuerzo del Estado.

¿Qué tipos de índices? He aquí el problema. ¿Cómo deben ordenarse los datos para tener cifras y curvas de comparación?

4. -- La política sanitaria internacional, que trata de la cooperación con otros países, especialmente limítrofes, se funda también en la comparación de datos estadísticos elaborados de la misma manera. Por ello es indispensable que, la Argentina, tome la iniciativa en el sentido de ponerse de acuerdo con la nomenclatura y con la técnica bioestadística, según las bases del Código Sanitario Panamericano y la de los distintos Tratados Internacionales que hemos firmados en 1948.

5. -- Fijar la política a seguir, desde el punto de vista de la Salud Pública con la "Organización Mundial de la Salud" y con la "Oficina Sanitaria Panamericana".

Soluciones: 1. -- El Plan 1952-1958 debe prever la dotación de equipos y medios de trabajo, aumentando los existentes (tipo Hollery) de la Dirección Nacional de Demología Sanitaria, a fin de perfeccionar y desarrollar las estadísticas vinculadas a la salud pública. Hasta ahora su rendimiento ha llegado al máximo, pero el nuevo plan exigirá un nuevo esfuerzo técnico y financiero.

2. — Coordinar e intercambiar en forma permanente informaciones sobre natalidad, nupcialidad, mortalidad, movimientos migratorios e inmigración, en lo referente a la calidad humana y desde el punto de vista sanitario, de toda la población. (Ver Reglamento Interno del Ministerio, pág. 379, art. 1240).

3. — Organizar sobre bases más seguras el conocimiento de mortalidad por enfermedades, de la morbilidad general, de la morbilidad hospitalaria y de la estadística epidemiológica.

4. — Concretar, en la práctica, los distintos convenios, que sobre Demología Sanitaria, se han firmado con las provincias, con el propósito de intercambiar informes, unificar procedimientos y métodos para la determinación de los índices.

5. — Promover, por la Argentina, una reunión internacional en Buenos Aires, para que los países del continente americano acuerden métodos y procedimientos uniformes de estadística sanitaria. Si es posible, dentro de las bases generales de O.M.S.

6. — Ampliar, dotándolo de elementos y personal suficiente, al Instituto de Geografía Médico Social.

7. — Proyectar una ley que permita perfeccionar el sistema de certificados de defunción, de modo tal que éste sirva, también, al contralor sanitario y estadístico.

8. — El organismo encargado de aprovechar la información estadística sanitaria será el Departamento de Política y Planificación Sanitaria (actualmente en vías de organización) dependiente de la Subsecretaría Técnica, porque no le es posible a una organización técnico mecánica, como es el que recibe la estadística, realizar las grandes síntesis, con vistas al Plan Sanitario.

9. — Además de la dotación de nuevos y más completos equipos mecánicos, hace falta que en el Plan 1952-1958, se prevea intensificar la formación de bioestadísticos, con planes de estudio ya más completos que los desarrollados hasta ahora.

Objetivo II: Control Planificado. — Intensificar y mejorar el contralor planificado de los hospitales, centros médicos e institutos del Ministerio, para determinar si los servicios prestados están en proporción con los gastos que demanda su prestación.

Problemas: 1. — Muchas veces, por razones de distancia y porque los Servicios se crearon —apresuradamente— para cubrir urgentemente una necesidad reclamada por la población, resultan de un elevado coste, incluso no se justifica el seguir sosteniéndolos con la orientación originaria. El problema consiste aquí en determinar, exactamente, cuánto puede ser el costo más aplanar, en caso de resultados onerosos, una racionalización o una aplicación más eficiente de los fondos. ¿Con qué criterio debe hacerse esa racionalización?

2. — Las síntesis finales de la estadística aplicada a los fines internos del Ministerio, tiene tantas dificultades, como las referentes a las estadísticas demológicas para los efectos fuera del Ministerio. Princi-

palmente, la dificultad reside en la falta de personal competente o de la no existencia de servicios estadísticos, de ninguna clase, o bien, si existen, están mal organizados. ¿Cómo se deben organizar los servicios estadísticos internos?

3. — Las estadísticas deben presentarse en forma esquemática. En consecuencia, debe adoptarse, para todo el Ministerio y sus respectivos servicios, un mismo sistema de graficación.

¿Qué sistema de graficación es el más conveniente?

Soluciones: 1. — El análisis estadístico del rendimiento de los servicios, demuestra y ratifica la verdad de un viejo principio, en el cual deberá fundarse la racionalización del Ministerio: directivas centralizadas, ejecución descentralizada. Porque se trata de una organización extendida en una enorme superficie, imposible de controlar desde un solo centro.

2. — La racionalización del Ministerio debe conducir a la centralización "administrativa" regional y a la descentralización ejecutiva "médica", es decir, de la función específica o de aplicación directa.

3. — La racionalización conduce también a eliminarse, casi automáticamente, ciertos servicios antieconómicos; por ejemplo, hospitales que, analizadas, no cumplen una misión satisfactoria; centros que están demás, etc. La causa del déficit de rendimiento debe ser investigada y puede obedecer:

a) a incapacidad directiva del personal superior;

b) a la mala ubicación del establecimiento, fuera de un ámbito sanitario "controlable".

4. — La organización de los servicios estadísticos internos de que están dotados todos los establecimientos, deben reajustarse, cumplido ya el período experimental, para entrar a funcionar con directivas más precisas y objetivas.

5. — El sistema de graficación puede ser el que ya se adopta para el Plan Analítico de Salud Pública 1952-58, es decir, el de Moroder (Facultad de Higiene y Medicina Preventiva de Santa Fe). Ver Resolución Ministerial pertinente. El que redacte este punto del Plan debe explicar, con reproducciones de los gráficos, todo el sistema explicativo del Tratado del doctor Moroder.

Objetivo III: Economía Sanitaria. — Vigilar atentamente la incidencia del estado de salud de la población sobre su capacidad de producción y sobre la economía general.

Problemas: 1. — Encontrar la forma de adaptar, "in extenso", todas las fórmulas consagradas por los creadores de la Economía Sanitaria (ver René Sand), a los hechos estadísticos de nuestro país en relación con el problema económico.

2. — Estudiar y clasificar las industrias que se vinculan con la sanidad en una forma directa (medicamentos, instrumentos, equipos, materiales sanitarios, etc.). El estudio es simplemente de recopilación e información, debiendo elaborar ellos la información estadística para orien-

tae a la Dirección de Industrias Sanitarias y Farmacias, que es el organismo de aplicación y contralor.

Soluciones: 1. — El Plan 1952-1958 determinará los medios y forma en que ampliará sus posibilidades de estudio el Instituto de Economía Sanitaria del Ministerio de Salud Pública, encargado de la adaptación de las modernas doctrinas que establecen la estrecha correlación e interacción entre economía y sanidad.

2. — El mismo Instituto sería el encargado de confeccionar un sistema combinado de legajos y monografías sobre las industrias sanitarias de que se trata, y obtener los datos referentes a materias primas, procedimientos de elaboración, rendimientos y stocks existentes.

Objetivo IV: Política Demográfica. — Política sanitaria interna y externa con referencia a las directivas demológicas del Ministerio.

Problemas: 1. — Los problemas han sido ya planteados en los párrafos anteriores, quedando sólo por aclarar que hay tres clases de orientaciones demológicas:

- a) unas *internas*, que conciernen exclusivamente al manejo de los establecimientos y su contralor;
- b) otras *externas*, al Ministerio, que tienen a su vez, dos ámbitos:
 - 1.º Nacional, en lo referente a las demás instituciones sanitarias nacionales, provinciales, comunales y privadas;
 - 2.º Internacional, donde deben fijarse directivas, una pública y otras reservadas.

Organismos ejecutores: Encargados del desarrollo analítico del Plan 1952-1958 y su ejecución: 1.º) Dirección Nacional de Investigaciones Demológicas y sus institutos; 2.º) Departamento de Planificación y Política Sanitaria de la Subsecretaría Técnica; 3.º) Oficina de Política Sanitaria Internacional (Secretaría General).

Antecedentes: Plan Analítico de Salud Pública, capítulo XXXV, página 1912, tomo III y página 1897. (Ver además Reglamento Interno y demás publicaciones).

X. — CULTURA Y EDUCACION SANITARIAS

Objetivo I: Conciencia Sanitaria. --- Formar una conciencia sanitaria popular sobre el valor de la salud y el modo de protegerla.

Problemas: 1. --- Por un hecho psicológico, la salud, como la libertad sólo se la aprecia bien cuando se la pierde; es, por eso difícil, en la población aparentemente sana, inculcar los principios de higiene y hábitos cuidadosos que evitan el desarrollo de las enfermedades.

Sobre este hecho psicológico deben edificarse todos los programas de divulgación.

2. --- Es también un problema el hacer comprender, popularmente, el objeto y la misión del Estado en materia sanitaria. Al Estado le interesa tanto o más la vigilancia de los sanos (medicina preventiva) que la de los enfermos. Sin embargo es el enfermo, como hecho consumado, el que impresiona más vivamente la mente popular y de los gobiernos.

3. --- Los hábitos de vivienda higiénica, alimentación suficiente y bien balanceada, higiene y adecuación del trabajo y educación sanitaria en todos sus aspectos, deben llegar en forma de "slogans" persuasivos e ilustrativos de acuerdo al nivel cultural de los destinatarios de la propaganda. ¿Cómo se consiguen tales efectos y cómo se eligen los slogans?

Soluciones: 1. --- La conciencia sanitaria popular se crea mediante una constante propaganda y difusión, por medio de todos los dispositivos posibles que permiten llegar a las masas (prensa, radio, cine, conferencias, teatro, espectáculos diversos, etc.).

2. --- El plan de 1952-1958, debe contemplar el desarrollo del actual organismo encargado de la educación sanitaria, dotándolo en forma definitiva, de los recursos, que para tal fin, ordena la Ley 13.039.

3. --- La propaganda y difusión sanitaria se hace efectiva por acción de propaganda directa e indirecta, habiéndose comprobado, por lo menos en nuestro país, que la propaganda indirecta (secciones de divulgación científica en los diarios y radios) es más eficaz en Buenos Aires y la directa (afiches, por ejemplo) en el interior del país.

4. --- La difusión y propaganda sanitaria se hará de acuerdo a un alto y refinado sentido periodístico, porque de lo contrario, se cae fácilmente en el ridículo o vulgar, poco ilustrativo. La propaganda directa (páginas en los diarios, tipo aviso, audiciones demasiado técnicas en la radio) debe ser evitada en lo posible, por ineficaces y costosas.

5. --- Propiciar una revista popular de divulgación de medicina social y sanitaria y de la higiene, donde se excluya todo concepto asistencial ("Cuide su salud", "Viva 100 años", etc.) pero sin la orientación

terapéutica de esta última revista. La revista no debe ser oficial sino semi-oficial o subsidiada.

6. -- Las "campañas de salud", que tienden a fijar conceptos en la mente del destinatario de la propaganda, deben ser "orientadoras", mientras que otras campañas tienen que ser educativas (las referentes a determinadas enfermedades). Las campañas de salud deben dirigirse a los siguientes temas: 1.º la salud; 2.º la alimentación; 3.º la vivienda higiénica o higiene de la vivienda; 4.º el trabajo saludable; 5.º la educación sanitaria; 6.º la ignocancia sanitaria; 7.º sobre el abuso de los medicamentos; etc. Todo ello debe buscar un propósito: crear nuevos hábitos en la población.

7. -- Terminar la instalación del Museo Permanente de la Salud, según el modelo de la ciudad de Dresden (Museo de Higiene). Ya se está trabajando.

Objetivo II: Popularización de ciertos conocimientos sobre patología. —

Ilustrar al público sobre cierto tipo de enfermedades, su origen, desarrollo y métodos para curarlas.

Problemas: 1. -- ¿En qué medida conviene poner al público en contacto con los conocimientos terapéuticos?

2. -- ¿Conviene referirse en la propaganda a todas las enfermedades o a cierto tipo de enfermedades?

3. -- ¿Conviene hablar en todas partes, o sólo en ciertas zonas del país donde domina una determinada afección endémica?

Soluciones: 1. -- El Plan Analítico 1952-1958, deberá contemplar el desarrollo científico de la enseñanza popular de la patología, sistematizando aquellos conocimientos que "deben" ser difundidos "como" y "donde". En el desarrollo del Plan se hará un estudio de los temas médicos a difundir.

2. -- Las "campañas de salud", como su nombre lo indica, deben insistir sobre el concepto positivo (salud) y no sobre el negativo (la enfermedad); deben ser --además-- generales en todo el país, con ligeras adecuaciones regionales.

En cambio las "campañas de enfermedad" tienen que reducirse a ciertos objetivos, difundiendo conceptos profilácticos y terapéuticos y de diagnóstico precoz. Estas campañas deben ser restrictivas y tomar sólo algunos temas. Por ejemplo: lepra, tuberculosis y cáncer. Se debe buscar que la población pierda el miedo y la aprensión a tales enfermedades, siempre que pueda percibir del mismo el origen, diagnóstico y tratamiento precoz.

3. -- La nómina de enfermedades, sobre las cuales hay que difundir conocimientos, debe ser seleccionada con criterio del grado de incidencia regional o social de la enfermedad de que se trata. De ese modo, por ejemplo, sobre hidatidosis la difusión debe hacerse en la Patagonia y en la Provincia de Buenos Aires y no en la Capital Federal, donde no existe; del mismo modo contra la anquilostomiasis, sólo deben divulgarse conocimientos en Corrientes y Misiones; sobre chagas y paludis-

mo, sólo en el Norte; sobre bocio en Cuyo y no en Buenos Aires y sucesivamente.

4. — En cuanto a la norma de qué es lo que se debe enseñar, la norma en el Plan debe ser: enseñar recursos terapéuticos, en forma limitada; sólo aquellos que son de acceso popular, debiendo tenerse como directiva el aconsejar la consulta médica, cuando la persona presenta, por los síntomas, que ya está afectado.

Objetivo III: Difusión de la profilaxis y de la higiene. — Difundir conocimientos médicos, útiles y prácticos, en casos de emergencia o en casos normales, cuando dichos conocimientos tienden a solucionar problemas de determinados grupos sociales o biológicos.

Problemas: 1. — Un *grupo social*, es aquel que, desarrollando un determinado trabajo *sui generis* o viviendo de determinada manera, está expuesto a ciertos riesgos a que no está expuesto el resto de la población. Por ejemplo: los obreros del petróleo. Solo ellos son los interesados en conocer las dermatosis del petróleo. A nadie más le interesa. Por eso, la propaganda sanitaria para los obreros del petróleo tiene que limitarse a su círculo. ¿Cómo debe hacerse esa difusión?

2. — Un *grupo biológico* es aquel que, por su propia situación, requiera una enseñanza específica. Por ejemplo: las madres, en período de embarazo o crianza; los niños en edad escolar, etc. ¿Cómo debe hacerse esa difusión?

Soluciones: 1. — La propaganda y difusión dentro de los medios de trabajo o dentro de determinados grupos sociales debe ser limitada y específica al grupo. En aquellos lugares de trabajo insalubre deben dirigirse las acciones al industrial y al obrero al mismo tiempo, para informarlos, educarlos y ponerlos a la defensiva, crear su conciencia sobre los peligros que los acecha. Ejemplo: cierto tipo de accidentes de trabajo; enfermedades profesionales y del trabajo, etc. Esta propaganda no puede ser difusa ni general, porque *no interesa* a toda la población.

2. — Los grupos biológicos serán abordados aprovechando su concurrencia a los lugares de consulta. Ejemplo: consultorios de maternidad e infancia y aprovechar las salas de espera para transmitir consejos a las madres mediante altoparlantes y/o folletos o afiches.

3. — Instalar museos y exposiciones de carácter permanente especializados en esos ramos. (Ejemplo: Museo de Medicina Tecnológica).

Objetivo IV: Técnica de la difusión y de la divulgación. — Divulgación popular, y divulgación médica bien diferenciadas una de otra.

Problemas: 1. — La educación, información y difusión populares requieren una técnica distinta a la divulgación científica, pero ambas, en determinado momento, tienen estrechos puntos de contacto.

2. — ¿Cómo debe hacerse la divulgación científica destinada a los profesionales? Y ¿qué objetivos debe alcanzar?

3. — Esta divulgación debe ser centralizada o descentralizada?

Soluciones: 1. -- Siendo dos cosas diferentes la divulgación popular y la científica, se requiere una estrecha colaboración, *muy difícil de conseguir normalmente*, entre los médicos, los periodistas y los especialistas en propaganda. La solución sería constituir una "Comisión Permanente de Cultura Sanitaria", integrada por médicos sanitarios e higienistas de las distintas ramas técnicas, periodistas y jefes de propaganda que actuarían como asesores y ejecutores. Está demostrado, por la experiencia del Plan 1946, que los médicos no tienen capacidad para tales tareas, ni las comprenden; de modo que su función debe limitarse a dar las orientaciones y el contenido de la propaganda. La forma es de los periodistas y de los jefes de propaganda.

2. -- Tan difícil es la separación entre la divulgación científica y la popular que en el Plan 1946 se confunden ambas cosas, confusión justificable, ya que en aquel momento, nuestro país, no conocía los objetivos de la Educación Sanitaria, considerada actualmente, en todos los países, como el instrumento de trabajo más eficaz de toda la sanidad. La solución: establecer límites entre una y otra y designar organismos distintos para ejecutarlas.

3. -- El problema de que si la propaganda, divulgación y/o difusión debe ser centralizada en un solo organismo o descentralizada entre varios, es un problema universal en materia de programa de gobierno, y debe ser resuelto en cada caso. La difusión a cargo de un solo organismo central, tiene el inconveniente de que la difusión pierde profundidad, se superficializa, porque la multiplicidad y complejidad de los objetivos, desvía la atención de los ejecutores. La propaganda descentralizada, en cambio, es unilateral, pero profunda; suele ser poco sostenida, circunstancial, incoordinada y se superpone, fácilmente, con la de otros organismos afines.

La solución del Ministerio: "La Comisión Coordinadora" con facultades resolutorias dejando cierta libertad, para la acción directa, a ciertos organismos, tales como los de higiene social. Es un término medio entre la descentralización y la centralización, de acuerdo al principio de que normas y directivas centralizadas y ejecución descentralizada, es el mejor procedimiento para hacer actuar a una organización extensa o compleja.

4. -- La difusión científica debe ser destinada a todos los médicos del país, sin excepción, mediante un procedimiento de hábil penetración intelectual, con altura, con sentido informativo y conocimiento de la psicología del médico, según sus actividades o especialidad.

Para ello es necesario, entre otras cosas:

- a) continuar publicando los "Archivos de Salud Pública" con un gran tiraje, revista donde todos los artículos deben ser orientados hacia la medicina social y sanitaria, eludiendo en lo posible la parte asistencial, para no hacer una revista más de medicina, sino una revista de acuerdo a la orientación del Gobierno.

Dicha revista tiene un solo objetivo: contrarrestar la formación mental de los médicos, exclusivamente individualista y asistencial, como consecuencia de los malos planes de estudio.

dio, y ponerlo a tono con la tónica mundial de la medicina actual, que es tónica también, del movimiento peronista.

- b) editar una serie de monografías científicas sobre temas que interesan al Ministerio que se conozca por los médicos generales (Editorial Monografía Salud Pública). A estos temas, las revistas médicas, escritas con fines profesionales, no les asignan espacio, porque no sirven a los fines del ejercicio privado. Los temas de orden médico social le interesan poco a los médicos generales. Debe crearse ese interés intelectual y esa conciencia sanitaria en los médicos argentinos, al mismo tiempo que en el pueblo. A módico costo, o libres de costo, estas monografías podrían difundirse entre la clase médica;
- c) crear la "Central de Revistas Especializadas", tomando a cargo del Ministerio la impresión y distribución, respetando las directivas científicas de sus creadores sin intervenir en la parte técnica, sino solamente en lo que se refiere a la presentación y difusión. La incorporación a la "Central", por parte de las Revistas especializadas, sería optativa. El Ministerio aseguraría así la difusión mundial, especialmente sudamericana, de dichas revistas, que de lo contrario desaparecerán por la falta de papel y de recursos para financiar su aparición. Esa difusión se dirigirá a los especialistas de nuestro país y a las clases cultas de los países extranjeros, manteniendo en alto el prestigio científico argentino, muy venido a menos últimamente, porque los médicos que producen trabajos científicos tienen dificultad para publicarlos y hacerlos conocer.

Objetivo V: Optimismo y seguridad sanitaria. — Instaurar confianza a la población en los organismos sanitarios y en su eficiencia.

Problemas: 1. — Este objetivo es una resultante psicológica de la acción de los diversos esfuerzos que convergen al fin preestablecido: la confianza del pueblo. El problema consiste en saber cómo deben hacerse concurrir las circunstancias para obtener esa confianza.

2. — ¿Cómo suprimir la desconfianza y temor a la acción de los centros médicos, especialmente hospitales, temor primitivo que aún se advierte en algunos lugares del interior del país? La creencia popular —en esos lugares— atribuye al hospital, el valor de un sitio donde se va a morir.

Soluciones: 1. — Para mantener la confianza o crearla, los comunicados oficiales sobre estado sanitario y los informes técnicos, destinados al público, deben tener un tono serio, circunspecto, preciso, sin dejar lugar a dudas, y trasuntar una gran seguridad, no dejando nada dudoso. Es el criterio seguido hasta ahora; pero para prestigiar y obtener una confianza, los comunicados sobre estado sanitario deben ser mensuales y muy concretos, con cifras y datos, como se da la información del tiempo. Se tiene la ventaja de que los informes sanitarios pueden ser más seguros que los pronósticos meteorológicos.

2. -- Los prejuicios, temores y supersticiones acerca de los servicios médicos en el interior del país, deben ser combatidos implacablemente, y la mejor arma contra ello, e incluso contra el curanderismo, es la de la educación sanitaria. Cada hospital, cada centro médico, cada instituto, debe tener, además de sus secciones técnicas, un departamento de educación sanitaria.

Objetivo VI: Propaganda de gobierno. — Difundir la obra de gobierno en materia sanitaria y médico social.

Problemas: 1. -- Evitar la confusión entre propaganda de la obra de gobierno, que tiene por objeto hacer conocer al pueblo la forma en que cumple su misión el gobierno, con la cultura, educación, difusión y propaganda sanitaria.

2. -- Coordinar la tarea de la propaganda de gobierno, con la central que el Poder Ejecutivo de la Nación indique en cada caso, ya que la propaganda de gobierno no puede estar al libre albedrío de un departamento de estado, por más específica que pudiera ser dicha propaganda.

Soluciones: 1. -- Separar netamente, como hasta ahora, lo que es simple información periodística o propaganda en la prensa o radio, de lo que es educación sanitaria, es decir, la transmisión de ciertos conocimientos populares, básicos, sobre la salud y la enfermedad, de lo que es o puede ser mera información.

2. -- La mejor propaganda de gobierno es la información periodística, seria, diaria, pero ininterrumpida. Basta obtener una buena publicación de sintéticas informaciones para obtener efectos superiores al sistema de avisos.

3. -- La propaganda de Estado y de obra de gobierno debe ser coordinada con la Subsecretaría de Informaciones.

Objetivo VII: Organizar la colaboración sanitaria popular. — Obtener la colaboración popular, cuando sea necesaria, a fin de que las medidas sanitarias no sólo no sean resistidas, sino que se cuente con la cooperación de todos, pueblo y autoridades.

Problemas: 1. -- Las medidas sanitarias a veces tienen que ser drásticas, molestas para la población y a muchos les traen aparejados inconvenientes, sobre todo en los casos de emergencia ¿Cómo atenuar tales males dentro de la técnica?

2. -- La colaboración popular no se obtiene sino se reúnen las siguientes condiciones: a) que exista conciencia sanitaria, que tiene que ser creada; b) que exista preparación psicológica sobre el asunto; c) que el pueblo tenga confianza absoluta en la palabra de sus autoridades sanitarias y en su eficiencia. ¿Cuál es el orden de prelación y metodología para llegar a tales resultados?

Soluciones: 1. -- La conciencia sanitaria, no obstante ser una abstracción, un estado de ánimo o estado de convicción, es, sin embargo,

una fuerza operante que debe ser manejada como tal, como una fuerza. Su existencia es la mejor manera de evitar la resistencia popular a las medidas de orden sanitario, y a esa conciencia sanitaria, no se llega sino por un trabajo perseverante, diario y prolongado de la psicología de la población, difundiendo conocimientos, educando, enseñando, repitiendo e insistiendo por todos los medios, mediante los cuales una autoridad puede estar en contacto con el espíritu de una población. Ejemplo: en la Argentina se preparó en tal forma la conciencia sanitaria popular, en el sentido de la obligación ciudadana de vacunarse — como una sola orden, por radiotelefonía, para conseguir revacunar a todo el país, tanto, que en sesenta días se vacunaron trece millones de personas. Las únicas "colas" que existían, en esos días, fueron las de los ciudadanos que concurrían a los centros médicos a cumplir con su deber.

2. — ¿Cuál es la metodología para llegar a tales resultados? La metodología debe ser exhaustivamente analizada en el Plan 1952-1958, de acuerdo a la experiencia de los últimos cinco años. Dicha sistematización se efectuará de acuerdo al siguiente esquema:

- a) Objetivo: determinación de la finalidad de la campaña; si se va a actuar sobre el tema salud o el tema enfermedad (positivo y negativo). Haga esto, no haga aquello. Si va a ser una campaña puramente popular, o dirigida a los médicos o a ambos a la vez;
- b) Contenido: el contenido se clasificará en: 1.º) asistencial, cuando se van a divulgar conocimientos de diagnóstico y tratamiento; 2.º) sanitario, cuando se divulgarán conocimientos de profilaxis (infecciosas) o de defensa — en el medio físico (ejemplos: insolación, aguas termales, clima); 3.º) sociales, si se dirige a los factores indirectos de enfermedad: vivienda, alimentación, trabajo, hábitos (medicina preventiva). Puede ocurrir que el contenido de la campaña tenga algo de cada uno de los aspectos mencionados;
- c) Duración: desde este punto de vista puede ser la campaña: 1.º) permanente, 2.º) semipermanente, 3.º) circunstancial, 4.º) de emergencia, 5.º) periódica y 6.º) cíclica;
- d) Medios: aquí se trata de elegir el vehículo de la acción: 1.º) cine, 2.º) radio, 3.º) prensa, 4.º) conferencias, 5.º) afiches, 6.º) teatro, etc.;
- e) Forma: se refiere a la presentación literaria: prosa, copla, teatralización, sketch, humorística, seria, espectacular, etc.;
- f) Método: el método con que debe desarrollarse la campaña, debe ser claramente dividido en periodos de tiempo pre fijados:
 - 1.º) período de preparación del material;
 - 2.º) período de preparación psicológica (entrega de informaciones parciales);
 - 3.º) período de lanzamiento;
 - 4.º) período intensivo, donde se concretan todos los recursos previstos;

5.º) período de reducción y consolidación;

6.º) período de apreciación de los resultados por medio de encuestas.

Organismo ejecutor: El Plan Analítico 1952-1958 debe desarrollar en los problemas concretos las distintas campañas a realizar durante ese período, de acuerdo a los objetivos generales y metodología precedentes. Encargado de preparar y ejecutar el Plan: Dirección de Cultura Sanitaria.

Antecedente: Ver Plan Analítico de Salud Pública de 1946, Capítulo XXXIV, página 1884, tomo III, en lo pertinente a divulgación sanitaria.

XI. — INVESTIGACION CIENTIFICA

Objetivo I: Orientación de las investigaciones médico-sanitarias. — La investigación médica tiene por objeto el conocimiento profundo y el descubrimiento de causas nuevas que gravitan o pueden gravitar sobre el fundamento científico de la ciencia aplicada, que es la medicina.

Problemas: 1. — La investigación médica con fines de la terapéutica o del conocimiento del hombre enfermo, corresponde a un tipo de estudio distintos, del que interesa a Salud Pública, aunque aquellas investigaciones pueden interesarle indirectamente. En general, por su naturaleza, escapa a sus posibilidades y objetivos. ¿Cuál debe ser, pues, la orientación de las investigaciones de Salud Pública?

2. — ¿Es conveniente que Salud Pública restrinja sus investigaciones a un determinado campo de la medicina —o en su defecto— que prescinda de toda tentativa de orientación y/o sistematización, de dichas investigaciones dejándola librada al azar o a la iniciativa individual, improductiva, como se ha comprobado en nuestro país?

En caso de respuesta afirmativa, ¿cuál debe ser el campo de investigaciones del Ministerio de Salud Pública?

Soluciones: 1. — La investigación científica pura sobre la cual se funda la medicina, referente a la biología y a la biopatología, es campo más bien de la Universidad y de los institutos privados que investigan con fines de perfeccionar la terapéutica. Sin que las investigaciones biológicas puras, dejen de ser un terreno vinculado a la Salud Pública, porque ésta aprovecha, íntegramente, de sus resultados cuando trascienden a una aplicación práctica, es evidente que hay otros problemas menos considerados por la investigación biológica y por la investigación privada o farmacológica que interesan en forma inmediata al Estado. Estos son los aspectos relacionados, en primer término, con la medicina social, y en segundo término con la medicina sanitaria. Una adquisición dentro de la medicina asistencial, la penicilina o la estreptomicina, por ejemplo, sólo le interesa a la salud pública, cuando las consecuencias de su aplicación pueden resolver el problema de millares de personas. Mientras tanto, no le interesa, directamente como investigación, ya que la salud pública es una técnica, una rama del Estado, es decir, una ciencia aplicada a la población, tomada esta en sus intereses y necesidades de conjunto.

2. — El campo de las investigaciones de salud pública debe limitarse —entonces— al conocimiento, lo más profundo posible, de los factores indirectos de enfermedad, y de los factores directos cuando estos son conocidos e identificables, lo suficiente como para comba-

ellos. El aprovechamiento de las investigaciones curativas o su ampliación y/o perfeccionamiento es un problema, desde el punto de vista de la investigación, que menos puede interesar al M. de S. P. De ese modo tendremos la siguiente escala de investigaciones de Salud Pública:

- 1) De biología aplicada. La investigación y contralor de nuevas drogas de trascendencia social.
- 2) de etiología: investigación directa de gérmenes patógenos y de toda otra causa o factor de enfermedad. Siempre que dicha enfermedad pueda afectar a miles de personas. Transmisores, bacteriología, parasitología y entomología sanitaria.
- 3) De bioestadística: estado sanitario general de la población, investigado a través de las cifras con miras a identificar los factores colectivos de enfermedad. Demopatología y sociopatías.
- 4) De medicina aplicada a las masas, con el propósito de investigar la influencia de las distintas actividades del hombre.
 - a) trabajo. Sus condiciones, investigaciones de Medicina Tecnológica;
 - b) vivienda. Sus factores psicológicos y biológicos. Investigaciones sobre higiene de la vivienda;
 - c) hábitos. Investigaciones sobre hábitos, régimen de descanso, distracción, alcoholismo, tabaquismo, etc.;
 - d) alimentación. Investigaciones sobre consumo y hábitos populares y su incidencia sobre la salud. Dietología e higiene de la nutrición;
 - e) deportes. Investigaciones estadísticas sobre su gravitación en el desarrollo físico, mental y sobre la salud;
 - f) enfermedades. Investigación sobre la forma de hacer el diagnóstico precoz a los fines de la Medicina Preventiva;
 - g) recuperación social de los enfermos lo antes posible. Investigaciones sobre los resultados terapéuticos y número de "curas sociales al egreso";
 - h) revitalización y mejoramiento de las condiciones biológicas del adulto y del viejo para prolongar su rendimiento frente a las contingencias de los achaques crónicos e invalidizantes (Instituto Pro Longevidad o Pro-Vida);
 - i) psicología médica;
 - j) economía social y biológica;
 - k) legislación sanitaria comparada;
 - l) derecho sanitario;
 - m) biopolítica.

Estos son los puntos fundamentales de la investigación del Ministerio de Salud Pública.

Objetivo II: El investigador en Salud Pública. — Formar el personal cualitativa y cuantitativamente suficiente para afrontar las investigaciones precedentes, que más que a la esencia de las causas, se remonta a las consecuencias sociales visibles.

El objeto de la ciencia sanitaria no es solamente "saber", sino saber para "prever", pero, principalmente, y en última instancia, para "actuar". Por eso que las investigaciones de salud pública son pragmáticas.

Problema: 1. — Carecemos del tipo de investigador en los temas de salud pública, aunque contamos con algunos especialistas en el terreno de la fisiología y de la medicina asistencial, brillantes desde el punto de vista de la medicina individual, pero inútiles para los fines inmediatos y específicos del Estado. ¿Cómo se enjuga este déficit?

2. — Los investigadores que han venido del extranjero, por ser de tercera o cuarta categoría, o carecerse del equipamiento necesario y otras razones, han rendido muy poco hasta ahora. ¿Cómo deben contratarse los investigadores extranjeros?

3. — La investigación científica para que pueda desarrollarse, lo mismo que el arte, necesita de un clima, de un medio cultural especial que, por ahora no existe en nuestro país. Hay que formarlo. ¿Cómo se puede desarrollar ese ámbito propicio a la investigación, del que ahora carecemos?

Soluciones: 1. — Existen sólo dos o tres procedimientos que deben tenerse en cuenta para promover la formación de investigadores:

- a) *enviando al extranjero jóvenes argentinos.* — No menos de doscientos por año deberían estudiar en lugares fijos, en países más avanzados que nosotros, con planes de investigación concretos y bien controlados. Es obvio que deben ser elegidos rigurosamente por vocación, antecedentes y capacidad. Hay que calcular de los mil becados, sólomente un 10 % que servirán a su vuelta a los fines científicos. El 90 % fracasa y es una pérdida que debe soportar el Estado en beneficio de los cien auténticos que ha logrado. De todas maneras la pérdida es relativa. Los novecientos restantes serán pseudo-fracasados, porque aportarán otros elementos de cultura, ya que no capacidad de investigación;
- b) *formar los investigadores en el propio país.* — Esta tarea que a lo sumo puede servir, antes de enviar a los candidatos al extranjero, está condenada al fracaso por falta de clima propicio y de maestros. Tendrían que descubrir la ciencia por sí mismos y eso está reservado sólo a los genios y con los genios no podemos contar dentro del desarrollo común y corriente de las cosas;
- c) *asegurar de antemano un destino y un sueldo digno a los becarios.* — Cuando los jóvenes investigadores se reincorporen al país, a quien ellos deben devolverle lo que éste ha hecho en su beneficio y en su formación, no deben ser abandonados a su suerte. Deben volver con un destino prefijado.

2. — Otro sistema, más económico, es traer "maestros" auténticos, consagrados investigadores extranjeros. — Hay que exigirles el compromiso de "formar escuela argentina". El desarrollo de la medicina argentina científica, se debe en gran parte a Wernicke, —por ejemplo— sabio alemán contratado para enseñar patología. El desarrollo de la bacteriología y fundación del Instituto, se lo debe a Kraus, célebre bacteriólogo alemán, y Jakob, que aún vive, fundó la neurología biológica en la Argentina lo mismo que se le debe a Pio Hortega el desarrollo de la Histología Argentina. Ejemplos tomados al azar y frente a los cuales pueden oponerse otros tantos o más fracasos de pseudo-sabios extranjeros. Pero el fracaso se produce cuando el "maestro" y el investigador no es auténtico, cuando no es de primera categoría. Entre traer un mediocre hombre de ciencia europeo y mandar jóvenes argentinos al exterior es preferible lo último. Para no fracasar hay que seleccionar hombres de gran categoría científica, cueste lo que cueste. De lo contrario, tiempo perdido y complicaciones innecesarias.

3. — La solución del plan 1952-1958, debe ser pues, combinar armónicamente ambas soluciones: la remisión de jóvenes al extranjero y la introducción, desde el exterior, de auténticos valores en materia de salud pública.

4. — El medio ambiente, necesario para la investigación en Salud Pública, lo configuran los siguientes factores:

- a) la existencia de centros importantes para el desarrollo de tales tareas;
- b) la presencia espiritual de verdaderos investigadores en sus laboratorios o gabinetes; y
- c) la alta consideración y respeto, de parte de las autoridades por una tarea puramente intelectual y "aparentemente" poco útil de inmediato.

Estos factores serían estimulados y mantenidos por los métodos que se consignarán en el Plan Analítico 1952-1958.

Objetivo III: Los Centros de Investigación. — Donde se instalarán los futuros Centros de Investigación del Ministerio de Salud Pública de la Nación.

Problemas: 1. — Las instalaciones actuales son viejas, deficientes, insuficientes y en algunos casos no existen ni siquiera en esas condiciones. El Instituto Malbrán está igual que lo dejó Kraus hace más de 30 años. Quizás más pobre aún, en su contenido, que en aquel entonces.

2. — El Ministerio de Salud Pública debe contar con modernos centros de investigación, similares a los que ya existen en otros países, especialmente en Estados Unidos, donde el concepto de salud pública y sanidad está mucho más tecnificado que en el nuestro. ¿Cómo y dónde se levantarán esos Institutos?

3. — No existe, en los planes de estudios universitarios, una materia oficial "Salud Pública" que se confunde, por ahora, con la enseñanza de los principios de la "Higiene y de la Medicina Social", modesta

asignatura a la cual se le dedica poco tiempo. ¿Cómo puede resolverse esta falta de preocupación y su incidencia sobre la fuente psicológica de los futuros investigadores?

Soluciones: 1. — La construcción de los nuevos Institutos de Salud Pública (ver Plan de Construcciones 1952-1958) en forma centralizada y el remodelamiento de los viejos (Bacteriológico y Nutrición) permitirá resolver el problema material del lugar y locales. Ya existen las plantas piloto de casi todos los institutos en el Plan 1946-51 previstos en el plan y ya están funcionando (Ley 13.019, Instituto de Investigación).

2. — Los institutos se deben levantar en una extensión no menor de 25 hectáreas, en los alrededores de la ciudad o en la ciudad. Por ejemplo, en parte de las tierras recuperadas al Banado de Flores, como se prevé en el Plan. El Ministerio de Salud Pública tendría a su cargo el relleno, saneamiento y utilización de los bañados que le transferiría la Municipalidad, tierras actualmente no aprovechables para otros fines.

3. — En cuanto a la omisión de la asignatura "Salud Pública", evidentemente tiene el inconveniente de cerrar los ojos a los jóvenes estudiantes sobre la forma "peronista", es decir, sobre el estilo médico social y económico de la medicina.

Esta omisión, que no se concibe en Estados Unidos, por ejemplo, donde existen hasta Facultades de Salud Pública, lo mismo que en el Brasil, se ha compensado, en pequeña parte, por los esfuerzos del Plan 1946, con la creación de la Dirección de Enseñanza Técnica e Investigación Científica. Las Escuelas Universitarias afines, la Facultad de Higiene y Medicina Preventiva en Santa Fe y cursos especializados "para médicos" en distintas Facultades, como se ha dicho. Pero eso no basta, es necesario que todos los médicos del futuro no ignoren los fines de Salud Pública; por eso la materia debe intercalarse en el curso "para alumnos". De allí surgirá la curiosidad y el interés que más tarde permitirá identificar a los jóvenes con vocación para la investigación científica en esta rama del gobierno del Estado.

Objetivo IV: La Enseñanza y la Investigación. — La investigación y la docencia en los Institutos de Salud Pública deben correr paralelos mediante una adecuada coordinación con las Universidades.

Problemas: 1. — Existe un sector específico del Ministerio de Salud Pública tanto en las investigaciones como en la docencia. ¿Cómo deben precisarse los límites para no incurrir en avances sobre las funciones típicas de la Universidad?

2. — ¿Con qué sectores y cómo debe mantenerse la coordinación y correlación con las Universidades y con otros institutos de fines similares en el orden local?

3. — ¿Cuál es la relación que debe establecerse entre investigaciones y docencia para los trabajadores científicos de los distintos institutos?

Soluciones: 1. — Para evitar superposiciones, la investigación médicosocial y sanitaria debe considerarse típica de Salud Pública, en

cambio la patología individual, la fisiología y todo lo que se refiere al hombre enfermo, como individuo enfermo, es de competencia de las Facultades de Medicina. Naturalmente que esta separación es convencional, pero así se ha producido por imposición de los hechos y de la forma en que juegan, respectivamente, los objetivos del Ministerio de Salud Pública y de las Facultades afines, excluida la Facultad de Higiene de Santa Fe, que es, en principio, una Escuela de Salud Pública. De la determinación de esto, resulta interesante que la docencia universitaria y de Salud Pública coincidan en un punto.

2. — El punto de coincidencia de la Enseñanza de las Facultades y del Ministerio de Salud Pública son las escuelas para graduados, y los cursos para graduados, que dictan o pueden dictar las Universidades. En realidad, allí es, en forma precaria por supuesto, donde se forman algunos técnicos útiles a la sanidad.

3. — Las escuelas para graduados de las Universidades están abiertas a "todos", a cualquiera. Se diferencian de los cursos para médicos y técnicos, que forma el Ministerio de Salud Pública, en el hecho fundamental de que éstos son reclutados entre su propio personal, condición "sine qua non" para poder ascender a los cargos directivos. En esto el mecanismo es similar a la Escuela Superior Técnica y de Altos Estudios del Ejército, similitud que se extiende con la Escuela de Servicios Auxiliares del Ejército, que es la equivalente de la Escuela de Administración del M. de S. P.

4. — En cuanto a los investigadores, debe establecerse que no tendrán otra obligación que la investigación y la docencia, siendo incompatible cualquier otra tarea. Sin full-time no hay investigador posible; del mismo modo, no hay investigación sin docencia. Sólo en países muy evolucionados, ó en situaciones muy especiales, puede darse el caso del investigador puro.

Objetivo V: Financiación de las investigaciones. — ¿Con qué fondos y cómo se administraría la Central de Institutos desde el punto de vista de su financiación y de su manejo técnico?

Problemas: 1. — ¿De dónde vendrían los recursos?

2. — ¿Cómo se administrarían la parte técnica y la económica?

Soluciones: 1. — Los recursos deben proceder del fondo nacional de Salud Pública y ser reforzados por las prestaciones muy especiales que harían los institutos. Habría que combinar lo práctico con lo científico.

El caso de los Institutos de la Universidad de Rutgers (E.E.UU.) es típico. Se financia a sí mismo y tiene investigadores como Selman Waksman, descubridor de la estreptomina. Las investigaciones de éste, casi fundieron a la Universidad, en cinco o seis años se gastó un millón de dólares, pero descubierta la estreptomina, ésta le rendía a la Universidad nueve millones de dólares al año. Es el riesgo de toda investigación: resolver un problema científico ó no resolverlo cuesta lo mismo. Pero una vez resuelto, la solución es integral, científica y económica. Por eso no debe haber industria sin investigación, y esto

rige especialmente para los estudios referidos a la salud pública, incluyendo aquellos estudios que parecen totalmente alejados de una complicación práctica inmediata, como son las estadísticas vitales.

2.- Deben existir dos comisiones para manejar los institutos centralizados:

- a) comisión administrativa;
- b) comisión o consejo de investigaciones para coordinación interna y externa de los estudios, donde pueden estar representadas instituciones afines como las Facultades de Medicina.

Organismo ejecutor del Plan de investigaciones: Dirección de Enseñanza Técnica e Investigación Científica, la que: a) redactará el capítulo correspondiente del Plan Analítico de 1946, sobre las bases que aquí se consignan; b) preparará el programa científico, técnico-aplicado y funcional de la Central de Institutos de Salud Pública; c) preparará los programas para la elaboración de los planos por la Dirección de Arquitectura.

Antecedentes: Ver pág. 1905, tomo III del Plan Analítico de 1946, capítulo "Organización de la Investigación a los Fines de la Sanidad" y páginas subsiguientes.

XII. -- INDUSTRIAS SANITARIAS Y FARMACIAS

Objetivo I: Fomento industrial. -- Promover el desarrollo de toda industria que tenga por objeto ayudar a la curación de los enfermos, conservar la salud o perfeccionarla y prevenir los peligros físicos, químicos o biológicos que pueden afectar al hombre o su rendimiento social.

Problemas: 1. -- ¿Debe el Ministerio de Salud Pública de la Nación, por sí mismo, financiar y desarrollar industrias sanitarias o limitarse a promoverlas, orientando la iniciativa privada?

2. -- ¿Qué tipo de industrias deben ser estimuladas y cómo?

3. -- ¿Debe fijarse una política sanitaria industrial o no? En caso afirmativo ¿cuál debe ser el criterio?

Soluciones: 1. -- El Ministerio de Salud Pública no debe, por sí mismo, asumir la responsabilidad de instalar nuevas industrias o desarrollar otras paralelas a las ya existentes por iniciativa privada. Debe limitarse a promover y/o orientar a los empresarios particulares, atento a que la estatización de una industria carece de todo sentido, si no está determinada por otros factores, tales como:

- a) el "interés nacional", cuando la iniciativa privada no puede afrontar el desarrollo de una industria sanitaria, que sea empero es imprescindible para la salud pública de la Nación. Por ejemplo, la fabricación de vacuna antivariólica --y otros sueros y vacunas-- es, en general, antieconómica; no se traduce en ganancias. En ese caso, el Estado debe hacerse cargo de esa industria. Lo mismo ocurría con la penicilina en 1946; no era económica su producción, por eso, el Estado, proyectó la instalación de una planta. Cuando se descubrió la forma de industrializarla y la producción de penicilina despertó vehementemente el desecho de los industriales, se lo dejó a la iniciativa privada;
- b) la "defensa nacional", cuando se trata de productos necesarios para la tropa en tiempos de guerra ó de paz, y que no se producen en el país, o su producción sea insuficiente o no hubiere quien asuma su elaboración en forma privada. En esos casos deben agotarse los estímulos, seguridades y ventajas al productor privado antes que el Ministerio de Salud Pública asuma la responsabilidad de su elaboración (atomos de DDT, morfina, etc.)

2. -- El tipo de industrias a estimular y proteger tiene que ser debidamente estudiado. En principio, toda industria sanitaria, debe

declararse de "interés nacional". Sólo deben excluirse aquellas producciones no "fundamentales", ni "imprescindibles" y aquellas que de mera transformación.

3. — Sancionar una ley de protección y seguridad de las industrias sanitarias, consignándose definiciones y criterios precisos, sobre los siguientes tipos de producción, que son los que deben ser ayudados y estimulados por todos los medios del Estado:

- a) producciones originales, imprescindibles en la terapéutica y en el uso médico;
- b) producción de materias primas — extractos — de carácter básico en la elaboración ulterior de medicamentos;
- c) producciones de transformación, pero en cuyo proceso interviene un elevado número de componentes técnicos;
- d) producciones de carácter extractivo, fundamentales para el desarrollo ulterior de industrias de transformación;
- e) producción de máquinas para la Industria Médico Farmacéutica.

La ley debe acordar los beneficios de la protección aduanera contra el "dumping" exterior, y la libre importación de maquinarias para los casos que, especialmente, determine el Poder Ejecutivo como "industria sanitaria de interés nacional" que tendrá el doble privilegio:

- a) por ser industria vinculada a la salud pública;
- b) por ser de interés nacional y afectado a la defensa nacional, como es el caso del DDT y de la fabricación de anestésicos y analgésicos.

4. — Es indudable que debe fijarse una política sanitaria industrial del Estado con referencia a las empresas. Con lo que hemos dicho se han precisado algunas líneas, en el sentido de las obligaciones que puede contraer el Estado, pero tratándose de una materia en que está en juego la vida o la salud de la población, dichas obligaciones no pueden ser contraídas sino con industrias que deseen radicarse en el país, pero que ofrezcan las siguientes garantías mínimas:

- a) capacidad financiera para afrontar la instalación de una planta perfecta, completa, moderna, con posibilidades de producir cantidad suficiente para el consumo interno y obtener un excedente del 25 % para exportar;
- b) capacidad técnica y científica abonada por largos años de experiencia y prestigio en el mercado industrial;
- c) solvencia moral, abonada por una historia de corrección comercial, de procedimientos y cumplimiento de obligaciones;
- d) capacidad para desarrollar investigaciones científicas en gran escala y respaldar así la nueva industria.

No debe aceptarse la radicación de ninguna industria sanitaria para elaborar medicamentos básicos, procedente del extranjero, si no ofrece severas garantías técnicas y un prestigio internacional, sólido e indiscutido.

5. — Debe propiciarse —en el Plan 1952-1958— el desarrollo de la gran industria sanitaria, y el desplazamiento de la pequeña, que

es antieconómica y peligrosa por las dificultades de contralor, y por la falta de respaldo técnico industrial y de la investigación científica.

6. -- A los efectos que antecede, adoptar una clasificación general de las industrias sanitarias, que por medio de un nomenclador, determine fácilmente la capacidad técnica y de producción de cada una, similar a la que actualmente ya ha impuesto el Ministerio de Salud Pública de la Nación a las industrias farmacéuticas.

Objetivo II: Desarrollo de industrias críticas y no las de mera transformación. -- Promover el desarrollo y la protección de la industria farmacéutica, en los casos que ésta ofrezca solvencia financiera, científica, técnica, industrial y moral.

Problemas: 1. -- Determinar qué tipos de drogas, productos químicos o medicamentos deben ser sometidos a un régimen de protección, de seguridad y de facilidades.

2. -- Evitar el exceso de desarrollo de pequeños laboratorios, sin respaldo financiero, ni industrial, aceptando los mismos, sólo en casos de producción altamente especializada.

3. -- Mejorar la dotación y el equipo de la actual industria privada de los medicamentos.

4. -- Facilitar el desarrollo de ciertas industrias colaterales y de algunas investigaciones que puedan estar a cargo del Estado en su aspecto puramente científico (investigación de antibióticos, por ejemplo).

Soluciones: 1. -- A los efectos de la protección sanitaria industrial debe tenerse en cuenta que la fábrica o laboratorio se destine, exclusivamente, a la elaboración de medicamentos; si no fuere así debe determinarse en que proporción el producto tiene carácter sanitario. La protección será solamente por esa proporción. Ejemplos de drogas totalmente sanitarias:

- a) productos químicos, sintéticos o extractivos. Ejemplo: sulfamidas, benzoles, DDT para uso médico, etc.:
- b) drogas, productos extractivos de origen vegetal. Ejemplo: opio y sus derivados (cultivo de adormidera), digital, etc.:
- c) medicamentos puros, que resultan de un proceso específico de elaboración: antibióticos, especialmente los de origen biológico.

2. El desarrollo de los pequeños laboratorios debe limitarse a los simples procesos de terminación de productos semielaborados; la producción original no les puede ser permitida, salvo que por error de interpretación no se entienda el concepto de "original", fijado por el actual Poder Ejecutivo de la Nación.

3. -- La industria sanitaria privada, por falta de equipos y utilaje, en el momento sufre una crisis de rendimiento científico. El plan de 1952-1958 debe estudiar la forma de reemplazar y mejorar instalaciones; para ello, podría determinarse que un cierto porcentaje del exceso de ganancias se invierta en mejorar el equipo industrial.

preparadas exclusivamente con fines farmacéuticos. Las investigaciones científicas, a cargo del Estado, serían entre otras: el Centro de Investigaciones de Antibióticos (a construirse sobre la base de la Comisión de Antibióticos y el Laboratorio de Micología).

Objetivo III: Industrias de equipamiento hospitalario. — Promover y proteger el desarrollo de las industrias sanitarias relacionadas con la fabricación de equipos, muebles y materiales sanitarios.

Problemas: 1. — Estas industrias necesitan de una protección menos aguda que para el caso de medicamentos, de modo que el problema consiste en precisar cómo debe hacerse dicho estímulo y promoción.

2. — La industria médica de muebles, equipos y aparatos en la Argentina es una industria incipiente.

En algunos aspectos nos abastecemos, exclusivamente, por vía de importación. Resulta, en consecuencia, que es necesario protegerla y promover su desenvolvimiento, como única manera de bajar los costos, y elevar la calidad, a fin de que el proceso de habilitaciones de las obras previstas en el Plan 1952-1958 no insuma el 70 % de los créditos disponibles, como ocurre ahora, por la gran demanda y la escasa y mala producción.

3. — Desarrollo y especialización de ciertas industrias colaterales del equipo médico, que ahora viven de la ayuda que implica suplir otras necesidades no sanitarias, ni médicas. Por ejemplo: muebles de acero, que tanto abastecen oficinas, como hospitales. No obstante, el mueble de acero de hospital, tiene otras características que merece contar con una industria plenamente especializada.

Soluciones: 1. — La discriminación de la utilidad sanitaria de la industria de equipos debe determinarse en cada caso:

- a) equipo de rayos X. No interesa proteger el equipo en sí, la carrocería, sino el "tubo generador de Rayos" es lo único que hasta ahora no se hace en el país en escala industrial;
- b) fabricación de película radiográfica. En este caso si se protege sólo la película radiográfica no es negocio para la industria; debe protegerse al mismo tiempo la película para fotografía y la película para cine. Esta última "subsidiará", en cierta manera, la película radiográfica;
- c) aparatos ópticos, microscopios, cristales para anteojos, etc. Esta industria debe tener una protección total y absoluta en materia de facilidades, seguridades y ventajas. El Estado no necesita aportar capital, lo mismo que en las anteriores, pero debe acordarse la protección a la empresa de mayor solvencia financiera, científica, moral y técnica, de acuerdo al principio general.

2. — La insuficiencia de la industria de aparatos y muebles para hospital es, en estos momentos, notoria. No alcanzan a cubrir las necesidades y lo hacen con un material de baja calidad, aunque, a veces, de bella forma. Solución: darles facilidades y exclusividades en el aprovisionamiento de materias primas, o en su defecto, si el standard no

mejorara, invitar a industriales especializados en muebles de hospital a trasladarse al país, permitiendo la libre introducción de maquinarias y otras facilidades y/o seguridades.

3. --- El desarrollo de industrias colaterales, en los aspectos sanitarios deben ser contemplados, tales como la fabricación de camas, de cocinas de hospital, de equipos de calefacción y refrigeración para hospitales.

Objetivo IV: Fomento de la industria del instrumental médico. --- Promover y proteger el desarrollo de la fabricación de instrumental, de aparatos de precisión y de materiales sanitarios.

Problemas: 1. --- La fabricación de instrumental (especialmente cirugía) en nuestro país, el de buena calidad es escaso y el de mala calidad abundante. El de buena calidad, casi experimental hasta ahora, no alcanza ni remotamente a cubrir las necesidades.

2. --- El material de cirugía a adquirir debe ser el de alta calidad, y debe recurrirse, entonces, al sueco o al francés. Está demostrado que nuestro país puede producir en alta calidad. ¿Cómo hacer para abastecernos -- en nuestro propio país -- de instrumental de forma y calidad suficiente?

3. --- Igual planteo cabe para la fabricación de equipos mecánicos de precisión.

4. --- Los materiales sanitarios de curación, gasas, algodón, compresas y vendas plantean un problema aún no analizado por las autoridades, que merecerá, un capítulo en el Plan 1952-1958.

Soluciones: 1. --- El apoyo a los talleres de instrumental debe fundarse en un conocimiento de dicha industria. La industria del instrumental de cirugía es todavía de artesanado; es una industria familiar, de trabajo manual puro, donde el obrero y su capacidad técnica y la experiencia del Jefe de la fábrica lo es todo. Para ello las soluciones son:

- a) apoyar otorgando créditos y dando facilidades para la adquisición de la materia prima a las dos o tres fábricas existentes;
- b) en el Taller de Instrumental del Ministerio dictar cursos para obreros, con becas, a fin de formar personal técnico obrero;
- c) convenio con la Comisión Nacional de Aprendizaje y Orientación Profesional para que ésta incorpore a sus programas de enseñanza, la de los obreros del instrumental quirúrgico.

2. --- En cuanto a las demás fábricas o talleres de otras clases de aparatos debe buscarse su especialización y apoyo por medio del crédito industrial, ya que son manufacturas de una técnica relativamente simple.

3. --- En cuanto al material sanitario de curaciones, debe hacerse un Censo y un fichaje de los establecimientos que se encuentren en condiciones de afrontar la producción de dicho material, y clasificarlos, por sus posibilidades técnicas.

Objetivo V: Racionalizar la distribución de medicamentos en todo el país. — Organizar la distribución de los medicamentos a todo el país, dando prerrogativas y facilidades para la instalación de botiquines, farmacias y droguerías en los lugares donde se carece del servicio público farmacéutico.

Problema: 1. — En ciertos lugares alejados o de poca densidad de población se carece de servicios farmacéuticos, creando más fácil, obtener — en cambio — el servicio médico, debido a la diferencia (en cuanto a las características profesionales) de una y otra actividad. La instalación de una farmacia es un acto técnico-profesional, pero al mismo tiempo, es comercial y se organiza, como tal.

2. — El número de farmacéuticos egresados no cubre las necesidades del país. Si se calcula un farmacéutico cada 2.000 ó 3.000 habitantes (ver cálculos del Plan Analítico 1946) se advierte que sólo en forma supletoria se pueden cubrir los claros.

3. — Dificultades en los farmacéuticos jóvenes para financiar su instalación.

Soluciones: 1. — En los lugares alejados (territorios) deben aplicarse normas especiales, muy liberales, diferentes a las vigentes, en la Capital Federal, liberalidades otorgadas para facilitar la instalación de farmacéuticos o idóneos.

2. — El apoyo al farmacéutico recién egresado en esos casos, puede hacerse:

- a) facilitándole préstamos bancarios de instalación;
- b) autorizarlo a asociarse, directamente, con un socio no farmacéutico, manteniendo él sólo la responsabilidad técnica;
- c) promoviendo la formación de auxiliares de farmacia e idóneos;
- d) subsidiando a los farmacéuticos del mismo modo que se subsidian a los médicos que deseen instalarse en ciertas zonas inhóspitas o alejadas (semisocialización de la farmacia). El mismo principio del "médico de familia".

Objetivo VI: La fitoterapéutica. — Fomentar el desarrollo de la fitoterapéutica y la fitoquímica, controlando su expansión comercial.

Problemas: 1. — Existe un divorcio entre la herboristería popular y la fitoterapéutica científica, divorcio fomentado y mantenido por la industrialización de la farmacia, no obstante que, los humildes orígenes de ésta y de todo lo terapéutico, reside en el rico acervo vegetal (ver planteo del problema en tomo I, pág. 422 y 427 (II) del Plan Analítico de 1946). ¿Cómo puede subsanarse esta separación a todas luces artificial?

2. — La herboristería tiene un aspecto popular y es reclamada por la población. Como contiene un fondo de verdad científica, en lugar de perseguirlos a los herboristeros como delincuentes, se los debe encanalar hacia la fitoterapéutica racional y científica bajo un controlador técnico adecuado.

3. — La herboristería ha sido considerada y desprestigiada, tanto, que se la supone una rama del curanderismo. Lo mejor es perseguir discriminadamente, separando al charlatán, del fitólogo serio y preparado, que debe ser en todos los casos un profesional farmacéutico o un botánico.

Soluciones: 1. — Se han esbozado ya en principio, en los párrafos precedentes, al hacer el planteo mismo del problema: todo desemboca en crear un régimen legal y de contralor científico para promover el desenvolvimiento de la fitoterapéutica científica y terminar con la herboristería charlatanesca, que de todas maneras, y al margen de la Ley —si no se le aplica el remedio de "legalizarla"— seguirá subsistiendo como actividad ilícita, pues el pueblo la quiere y la exige; cree en ella, más que en los medicamentos modernos, y lo que es peor, a veces tiene razón.

Objetivo VII: Fomento de los productos dietéticos con fines terapéuticos. — Contralor y vigilancia técnica de los productos "parafarmacéuticos" (llamados así a los productos de tocador y dietéticos).

Problemas: 1. — El contralor técnico de estos productos requiere el montaje de un organismo especial. El organismo de contralor estuvo hasta ahora, funcionando con la organización de la fiscalización de medicamentos.

2. — Superar el contralor puramente administrativo que se ejerce ahora, y transformarlo también —como en el contralor planificado de los medicamentos— en una fiscalización de carácter científico.

Soluciones: 1. — El Plan 1952-1958 debe considerar con mucha amplitud un fondo especial para organizar dicho contralor que podría ser por lo menos, el equivalente al 25 % del total de lo recaudado por impuesto fiscal a dichos productos.

Objetivo VIII: Nueva farmacopea con sentido moderno. — Remitir al Congreso de la Nación el nuevo proyecto de Farmacopea Nacional.

Problemas: 1. — Los trabajos de redacción de la nueva farmacopea nacional, están retrasados, por falta de recursos de la Comisión y medios materiales para terminar el trabajo.

Soluciones: 1. — Modificar el sistema de aprobación de la Farmacopea, que carece de agilidad, ya que cada vez que debe incorporarse una reforma, debe modificarse una Ley. La aprobación de la Farmacopea por Ley, es una mera formalidad ya que su naturaleza estrictamente técnica impide una discusión concreta en el Parlamento. La Farmacopea, por autorización del Congreso, debe ser aprobada por Decreto del Poder Ejecutivo de la Nación, lo mismo que el Código Bromatológico, por la simple razón de que se trata de una materia (los medicamentos) que cambian en sus aplicaciones y fundamentos todos los años, amén de que se incorporan, nuevas adquisiciones técnicas. Por

eso, una Farmacopea, que no se actualice todos los años, a los 10 años (como la nuestra), no sólo es vetusta, sino inútil y hasta perjudicial.

2. — Organizar la Comisión de la Farmacopea como una dependencia del Ministerio, y no, como un ente autónomo, creado por ley, muy honorario, pero fatalmente poco activo.

3. — Acordar un viático, un honorario fijo, o un estipendio digno, a los miembros de la Comisión, atento a la importancia y trascendencia del trabajo que realizan.

Objetivo IX: Vigilancia farmacológica. — Contralor planificado de los medicamentos.

Problemas: 1. — Garantizar al público que los medicamentos que consume tienen las máximas garantías de pureza y eficacia clínica.

Soluciones: 1. — La etapa de contralor puramente burocrático ha sido superada. Se ha creado el contralor planificado, científico y serio de los productos químicos, drogas y medicamentos. Dicho contralor debe ser, dentro del Plan Analítico de 1952-1958, perfectamente examinado y explicado, de acuerdo a las nuevas orientaciones que se le ha impuesto al organismo encargado de dicha tarea dentro del Ministerio de Salud Pública de la Nación. Por ahora es sólo un programa al comienzo de su ejecución.

2. — El montaje del sistema de contralor o de la pureza y eficacia clínica de los medicamentos debe fundarse en una estrecha colaboración entre el Ministerio de Salud Pública de la Nación y los organismos afines de otras Reparticiones Nacionales.

Objetivo X: Producción de medicamentos tipificados. — Abastecer a las reparticiones del Ministerio y al público de ciertos medicamentos de sencilla elaboración, a bajo costo.

Problemas: 1. — Existen ciertos medicamentos de uso corriente, magistrales, que pueden ser objeto de un proceso de elaboración farmacéutica industrializada, que por su demanda, se cobran habitualmente precios elevados, debido a factores inherentes al comercio (propaganda, intermediarios, etc.).

2. — Reparticiones oficiales y el público adquieren dicho producto a precios recargados debido al procedimiento de la comercialización, que puede ser simplificado, por la eliminación de los gastos de propaganda, distribución e intermediario.

Soluciones: 1. — Han sido ya encaradas por el Ministerio y son tres:

- 1) productos tipificados, que se elaboran en la fábrica de productos tipificados del Ministerio, para proveer a las farmacias y los propios servicios;
- 2) hacer evolucionar la farmacia galénica actualmente en vigencia en nuestros hospitales —demasiado cara y poco práctica— a la farmacia standard, abundantemente dotada de productos tipificados. El experimento ha dado brillantes re-

sultados durante el desarrollo del Plan 1946-1951 y por otra parte, es el sistema que se emplea regularmente en los hospitales norteamericanos, con resultados prácticos y de economía indiscutibles;

- 3) productos "Emesta", para proveer al público, mediante un sistema mixto de cooperación industrial entre el Ministerio de Salud Pública de la Nación y la industria privada que descarga un gran porcentaje (50 %) de los precios porque su comercialización, distribución y propaganda se hace por el propio Ministerio.

Organismo ejecutor: Encargado de desarrollar el Plan Analítico 1952-1958 y de ejecutarlo de acuerdo a las ideas generales que anteceden: Dirección General de Industrias Sanitarias y Farmacias.

Antecedente: Capítulo VII, tomo I, pág. 413 del Plan Analítico de Salud Pública de 1946).

XIII. — LEGISLACION Y DERECHO SANITARIO

Objetivo I: Jurisprudencia sobre el Código Sanitario Nacional. — Desarrollar las consecuencias legales e institucionales que resultaren de la aprobación del Código Sanitario Nacional.

Problemas: 1. -- El Código Sanitario Nacional, que comenzó a prepararse en 1946, y que fué respaldado por una Ley de "Bases", Ley N.º 13.012, debe ser terminado en 1951 y sancionado este mismo año.

2. -- En el supuesto de que el Código Sanitario Nacional fuera sancionado en 1951, tendría que determinarse, qué tipo de consecuencias jurídicas y legales resultan para el período 1952-1958 y para más adelante.

Soluciones: 1. — Aprobar el Código Sanitario Nacional en el período de 1951, dejando constancia que su preparación y elaboración llevó cinco años de trabajo y será, sin lugar a dudas, uno de los aspectos jurídicos más completos por su concepción y desarrollo.

2. -- En el nuevo Plan Analítico 1952-1958, deberán preverse lo más detalladamente posible, las consecuencias que tendrá la aplicación del Código Sanitario; las modificaciones institucionales que pueden o deben resultar; los inconvenientes que posiblemente surjan, etc.

Objetivo II: Divulgación del Derecho Sanitario. — Divulgar, enseñar y promover el conocimiento e interpretación del Código Sanitario Nacional, sus antecedentes y objetivos.

Problemas: 1. — La sanción del Código Sanitario Nacional, al crear una nueva rama del derecho, obligará por un tiempo, a una permanente exposición doctrinaria entre los juristas, abogados y médicos, para el mejor conocimiento de los principios que lo inspiran.

2. El Plan 1946, preveía el estudio, desarrollo, fundamentación histórica y técnica del Código Sanitario Nacional, hasta que al crear una conciencia de su necesidad, se obtuvo la incorporación del mismo a la Constitución Nacional de 1949. Quedarían, una vez aprobado por el H. Congreso de la Nación, una serie de problemas nuevos, pendientes para su desarrollo en el período de 1952-1958.

Soluciones: 1. — Así como en el Plan Perón de 1946-1951 se preparó la conciencia pública y de los especialistas en favor de un Código Sanitario y mientras se trabajaba en la preparación de dicho Código Sanitario Argentino, original y novedoso, del mismo modo el Plan 1952-

1958, debe tener por objeto imponer el Código sancionado, cumplirlo y hacerlo cumplir.

2. — Para conseguir una normal y correcta aplicación del Código Sanitario, es necesario, explicarlo, darlo a conocer e interpretar su significado. Para ello se programará:

- a) Cursos en las facultades de Derecho y de Medicina, sobre Código Sanitario y Ley orgánica del Ministerio de Salud Pública de la Nación, que en conjunto llamaremos Derecho Sanitario Argentino.
- b) Libros, folletos y publicaciones, tendientes a dar a conocer las instituciones y el contenido del Código y la explicación de cada uno de sus artículos.
- c) Divulgarlo entre los funcionarios encargados de su aplicación.

Objetivo III: Ley orgánica del Ministerio de Salud Pública de la Nación.
— Desarrollar las consecuencias institucionales, legales y de organización, que producirá automáticamente la sanción de la ley orgánica del Ministerio de Salud Pública de la Nación.

Problema: 1. — El Código Sanitario, estructura en forma orgánica, los deberes y derechos del habitante del país, desde el punto de vista estrictamente jurídico. Contempla casi exclusivamente: aquellas situaciones que implican restricciones a las libertades individuales. La Ley orgánica, estructura, a su vez, las posibilidades técnicas, facultades y obligaciones del Ministerio de Salud Pública de la Nación, es decir, la acción sanitaria. El Código Sanitario es un cuerpo puramente jurídico; la ley orgánica, un cuerpo legal, pero de sentido médico, desde el momento que ordena la acción específica del Ministerio de Salud Pública de la Nación. El problema consiste en desarrollar, paralelamente, las consecuencias de ambos cuerpos de doctrina, sin que la una perturbe a la otra.

2. — Reajustar todos los reglamentos vigentes en el Ministerio de Salud Pública de la Nación, a fin de ponerlos en concordancia con la ley orgánica.

Soluciones: 1. — Para evitar interferencias, superposiciones y confusiones, se prevé que los encargados de aplicar el Código Sanitario Nacional (Tribunales Civiles Especializados y Tribunales de Faltas) son distintos a los encargados de la aplicación de la Ley orgánica (Poder Ejecutivo de la Nación).

2. — El reajuste del mecanismo administrativo con sujeción a la Ley orgánica crea un capítulo nuevo del Derecho Administrativo, el Derecho Sanitario Administrativo, que debe ser explicado y aplicado como consecuencia de la Ley orgánica.

Objetivo IV: Colaborar y asesorar en el desenvolvimiento del Juzgado especializado en la aplicación del Derecho Sanitario y en la estructuración de los Tribunales de Faltas.

Problemas: 1. — La sanción del Código Sanitario va acompañado de dos proyectos de ley complementarios, uno referente a las reformas

parciales del Código Civil, principalmente en lo referente a insanías y otro sobre una nueva estructuración del Capítulo sobre Delitos contra la Salud Pública.

Lo que por sí mismo traerá una serie de nuevos planteos y problemas.

2. — Los Tribunales Sanitarios de Faltas, donde se sancionarán, expeditiva y rápidamente, muchas situaciones que ahora figuran como delitos y que no son tales, crear un problema de organización al propio Ministerio. Solamente la aplicación de sanciones a los que ahora infringen disposiciones y reglamentos en materia de farmacias, medicamentos y alimentos, ha traído como consecuencia la creación de un Tribunal de Faltas. (Ya previsto en el Plan 1946, tomo I).

Soluciones: 1. — Antes de remitirse los proyectos de Código, de Ley orgánica y de reformas concordantes de los otros Códigos, solicitar la supervisión e intervención activa de los organismos técnicos del Ministerio de Justicia, que ya han sido consultados en algunos aspectos.

2. — Proyectar la instalación y organización, desde ya, de los Tribunales Sanitarios de Faltas (ver Plan Analítico de 1946, tomo I, página 416), con limitación a ciertos asuntos, hasta tanto se sancione el Código Sanitario Nacional.

Objetivo V: Legislación complementaria. — Proyectar, en lo posible, todas las leyes, decretos, reglamentos emergentes del Código Sanitario y de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud Pública de la Nación (L. O. M. S. P.).

Problema y solución: Una cuestión de metodología, en materia de planificación, obliga a prever y consignar desde ya, por escrito, los anteproyectos o las bases reglamentarias, en el texto del Plan Analítico de Salud Pública 1952-1958.

Objetivo VI: Jurisdicciones. — Plantear en el terreno jurídico los problemas que resaltarán, con motivo del Código Sanitario, en materia de jurisdicciones con las provincias.

Problemas: 1. — Si bien el Código Sanitario puede y debe ser aplicado por cualquier autoridad sanitaria, sin distinción de jurisdicciones, resulta, sin embargo, que ciertos temas, son por definición de la misma constitución, materia federal, es decir, de la Nación (Sanidad de puertos y fronteras, transportes, enfermedades pestilenciales, etc.). Sin embargo, en esa y otra materia, no obstante la Ley N.º 13.012 y otras anteriores, las provincias invaden, involuntariamente por exceso de celo, jurisdicciones de la Nación. Se impone, pues, una coordinación ajustada.

2. — Igualmente, el hecho de que la acción de los organismos sanitarios, nacionales y provinciales, deben actuar "concurrentemente", crea una serie de fricciones hasta ahora resueltas con buen sentido y espíritu de colaboración, pero que debe tener, en el futuro, una estructura jurídica que la respalde.

Soluciones: 1. — Dictar normas precisas sobre jurisdicciones, estableciendo, claramente, los sectores de cada autoridad, mediante convenios o leyes de la Nación o de las provincias, según corresponda.

2. — Dar curso, como excelente, al proyecto del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, en el sentido de crear el "Consejo Federal de Autoridades Sanitarias", constituido por los ministerios de Salud Pública de las provincias o autoridades equivalentes (Directores de Sanidad, Secretaria de Salud Pública de la Municipalidad de Buenos Aires), presidido por el Ministro de Salud Pública de la Nación.

Objetivo VIII: Unificación de los servicios médicos nacionales. — Promover la unificación de los servicios médicos nacionales, ahora distribuidos por diversas jurisdicciones, incluso los hospitales y centros médicos de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

Problemas: 1. — Si bien desde el punto de vista legal, por las disposiciones vigentes, se debe proceder a dicha unificación, el Ministerio de Salud Pública de la Nación no ha insistido en este punto por considerarlo poco práctico, atento a que su organización incipiente y evolutiva, sería perturbada por la incorporación de grandes reparticiones, que no podría controlar debidamente, por no disponer aun, de un mecanismo administrativo suficiente. Se corría el peligro de incorporar instituciones médicas, que si ahora tienen alguna deficiencia, ésta podría agravarse por mala fiscalización y por el desorden natural, que producen tales transferencias y cambios de comando.

Soluciones: 1. — La incorporación debe ser "paulatina" en el curso del Plan 1952-1958. ¿Por qué tiene que estar la asistencia médica oftalmológica y la asistencia médica de alienadas en el Ministerio de Trabajo y Previsión? La incorporación, en el periodo 1946-1951, no fue considerada ni útil, ni conveniente, ni práctica, ni política. Pero, a la larga, la lógica impondrá soluciones que tienden a la unificación del comando nacional de la sanidad.

Organismo ejecutor: El presente programa será desarrollado analíticamente, para el periodo 1952-1958, por la Dirección General de Asuntos Legales y Legislación Sanitaria.

Antecedentes: Ver Plan Analítico de Salud Pública, tomo I, Cap. II, pág. 99; y tomo III, Cap. XXXVIII, pág. 1951).

XIV. -- REGIONALIZACIÓN

Objetivo I: Adecuación del plan funcional a las Regiones Sanitarias. --
Presentar el plan funcional que antecede, desarrollándolo desde el punto de vista de la geografía médico sanitaria (Direcciones Regionales de Sanidad).

Problemas: 1. -- El Plan sanitario 1952-1958, tal como se viene desarrollando hasta estas líneas, tiene un sentido funcional, es decir, abarca el desarrollo de un tema técnico en todos sus aspectos, considerando a todo el país como una sola unidad. Se trata ahora de presentar los mismos temas técnicos, desde el punto de vista también funcional, pero desarrollado por regiones, adaptándolo a las características geográficas y de la patología regional.

2. -- Una razón didáctica, en el Plan Analítico de 1946, obligó a confeccionar una regionalización de dicho Plan (ver tomo IV, Territorios y Provincias, distribución de obras), pero actualmente, no sólo gravita el objetivo didáctico, sino también, la estructura regional y geográfica del Ministerio. ¿Qué debe entenderse por regionalización y cómo debe efectuarse por parte de los organismos pertinentes?

Soluciones: 1. -- Que la tarea de regionalizar el Plan funcional, quede a cargo de las Direcciones Generales de Sanidad, las cuales gobiernan la Sanidad integral de las siguientes regiones:

- a) Buenos Aires-Litoral.
- b) Norte.
- c) Cuyo.
- d) Noreste.
- e) Sur.
- f) Centro.

2. -- Se debe entender, por regionalizar, las siguientes operaciones metodológicas:

- a) Tomando los puntos de vista generales del Plan Analítico 1952-1958, aplicar su desarrollo, más en detalle a sus respectivas regiones.
- b) Agregar un Capítulo específico, complementario del Plan general, que se refiera exclusivamente a los problemas y soluciones de la región y que no sean comunes a las demás regiones.

Ejemplo: Existirá un Plan funcional de la lucha antituberculosa, pero dicha lucha antituberculosa, adquiere, por iniciativa de la Dirección General de Sanidad del Norte, aspectos muy especiales, que no son los comunes a las demás direcciones generales regionales.

Objetivo II: Documentación gráfica. — Desarrollo del plan analítico 1952-1958, regionalizado, en forma gráfica, objetiva y con documentación específica de la región.

Problemas: 1. — El Capítulo del Plan regionalizado, ¿qué elementos de juicio debe contener?

2. — ¿Cómo debe ser su presentación y qué objetivos se buscan?

Soluciones: 1. — Cada Capítulo regional debe traer una exposición, para la región respectiva, de los quince puntos que constituyen el "Temario" del Plan analítico. Cada punto del temario, debe desarrollarse a su vez, de acuerdo a los objetivos generales y a los Capítulos especiales si los hubiere.

Los Capítulos por regiones deben contener los desarrollos establecidos en la Resolución Ministerial, con que se inicia este folleto.

2. — La presentación del Plan regional, a su vez, no debe ser otra cosa que una síntesis local, del Plan General Funcional, y su presentación debe ser geográfica, con mapas y detalles regionales, de los que no disponen los técnicos que redactan el Plan funcional desde Buenos Aires. De ese modo se cumplirá el aforismo: directivas centralizadas; ejecución y detalles descentralizados por regiones.

Objetivo III: Epicrítica. — Analizar exhaustivamente las soluciones regionales.

Problema: La complejidad de los hechos técnicos y estadísticos a considerar y tener en cuenta para las soluciones funcionales, obliga a los directores regionales a un esfuerzo mayor, de intercambio permanente con los directores técnicos, a fin de que la regionalización se pueda efectuar, sin incurrir en redundancias, repeticiones o contradicciones.

Solución: Sólo se conseguirá una presentación lógica y coherente, del Plan Analítico 1952-1958 si los directores generales de sanidad, jefes de las seis regiones sanitarias del país, desarrollan su Capítulo de acuerdo a dos normas metodológicas:

- a) *síntesis* esquemática del Plan funcional --aplicándolo a la respectiva región sanitaria-- y haciendo advertir las diferencias con otras regiones;
- b) *análisis* exhaustivo y detallado de los datos puramente regionales.

Como modelo para la síntesis esquemática del Plan funcional, puede tenerse en cuenta el tomo IV del Plan Analítico de 1946. A esa síntesis habría que completarla con un análisis de los problemas y soluciones regionales.

Organismos ejecutores: Por separado y cada una con su propio Plan regional, concordante y correlacionado con el Plan técnico general, cada Dirección General de Sanidad lo pondrá en ejecución.

De ese modo, son los organismos directos de aplicación: Dirección General de Sanidad de Buenos Aires, Dirección General de Sanidad del Norte, Dirección General de Sanidad del Nordeste, Dirección General de Sanidad de Cuyo, Dirección General de Sanidad del Sud, y Dirección General de Sanidad del Centro.

Antecedente: Plan Analítico de Salud Pública, tomo III, pág. 1943. Tomo IV, íntegro, parte gráfica. Lo que se decía en 1946 de las delegaciones regionales, debe decirse ahora de las Direcciones Generales de Sanidad; toda la experiencia reglamentaria en materia de Delegaciones Regionales debe explotarse en el mismo sentido.

XV. — CALCULO DEL TIEMPO Y DEL COSTE DEL PLAN SANITARIO 1952-1958

Objetivo I: El problema del tiempo.

Antes de iniciar un plan debe establecerse, si dicho plan es o no realizable en el período de tiempo prelijado. (Cálculo del tiempo).

Soluciones: 1. — La medida del tiempo exacto del cumplimiento del Plan no puede exponerse en el Plan sintético. Por razones obvias este tema es materia del Plan Analítico. Allí se consignará, en un párrafo aparte la descomposición del tiempo en la siguiente forma:

- a) Obras a realizar o planes a cumplir, en el primero, segundo, tercero, cuarto y quinto año.
- b) Luego, el Plan se descompone año por año, mes por mes. De ese modo, luego se puede llevar el contralor exacto de cómo marcha la ejecución del Plan.

2. — Preveer los detalles de realización, las contingencias y los inconvenientes posibles, es la única manera de librarle batalla a la brevedad del tiempo. Lo que no se hizo en 100 años, Perón lo hará en cinco, por su inteligencia, su capacidad de planificación y sobre todo por su capacidad de ejecución.

3. — Si se mide concienzudamente el tiempo de ejecución en su conjunto el Plan resultará realizable en los plazos preestablecidos, con un error de un 10 %.

Objetivo II: El problema del coste.

Debe calcularse el coste y limitar, de acuerdo con ello, la magnitud de los programas médicos.

El Plan consta de varias partes:

- a) Temario.
- b) Plan Sintético.
- c) Plan Analítico.
- d) Adecuación Regional.

¿Cómo deben calcularse los costos generales del Plan en estos diversos aspectos?

Soluciones: La descomposición del coste debe hacerse, clasificando los gastos en grandes grupos, que sumados, por separado, deben dar sumas iguales, ya que se trata de la misma cantidad de dinero, dividida de maneras distintas.

Grupo I. *Coste funcional*. --- Aquí se descompondrán los gastos de acuerdo al Plan funcional: Construcciones, Tuberculosis, Lepra, Hospitales Generales, etc. (partiendo de tres ítems fundamentales, tanto para Medicina Asistencial, tanto para Medicina Sanitaria y tanto para Medicina Social).

Grupo II. *Coste regional*. --- Los fondos se distribuirán también por regiones, de acuerdo a la densidad de la población, o a la gravedad de los problemas, o a las posibilidades de ejecución. Los ítems del coste regional, debe hacerse con criterio funcional (Medicina Asistencial, Medicina Sanitaria y Medicina Social) y los subítems por partidas funcionales.

Grupo III. *Coste intrínseco*. --- Se tiene en cuenta la naturaleza y destino de los fondos:

- a) Construcciones.
- b) Gastos de Habilitaciones.
- c) Gastos en Personal.
- d) Gastos de funcionamiento.
- e) Gastos Varios.

Grupo IV. *Coste en el tiempo*: Se dividen los gastos, año por año y se subdividen luego por regiones y luego por gastos funcionales y, finalmente, por naturaleza intrínseca. Del siguiente modo, a título de ejemplo:

Año Primero del Plan Sanitario	\$ 100.000.000
1. Región Norte	\$ 30.000.000
B.---Partida Tuberculosis	" 7.000.000
a) Gastos en personal	" 3.000.000
2. Región de Cuyo, etc	" 10.000.000

De este modo tenemos el desarrollo de un presupuesto racional del Plan, pero debe estar concebido en forma tal que permita reajustes y readecuaciones. Un plan sin elasticidad y sin posibilidades de modificación y perfeccionamiento, está ---de antemano--- condenado al fracaso.

Estas normas son generales. En materia de presupuesto del Plan deben ser desarrolladas en cada capítulo por los organismos ejecutores.

Mar del Plata, 2 de enero de 1951.

A N E X O

PROYECTO DE LEY SOBRE COPARTICIPACION FEDERAL

Al Honorable Congreso de la Nación:

El Poder Ejecutivo Nacional tiene el honor de dirigirse a Vuestra Honorableidad remitiéndole el adjunto proyecto de ley sobre coparticipación federal para la asistencia hospitalaria integral en todo el territorio de la Nación.

Constituye una de las direcciones fundamentales de la acción de este Gobierno la elevación de los distintos aspectos que condicionan la vida de las clases de menores recursos económicos, recursos que son el exclusivo producto del trabajo personal, que, en definitiva, es el factor más importante de la grandeza nacional.

En esta política, inspirada en un trascendente sentido social imbuido en altos ideales de justicia distributiva que se han identificado en el sentir de nuestro pueblo, no ha podido marginarse la asistencia médicosocial, ya que representa un sector relevante del problema y de la acción.

Anticipándose a la aplicación de aquella doctrina incorporada en el Capítulo III de la Primera Parte de la Constitución Nacional, según la reforma de 1949, el Gobierno de la Nación y los Gobiernos de provincias, proyectaron planes que permitieran la aplicación efectiva de esta política, entendida no ya como un acto de beneficencia, sino como un positivo deber del Estado, los que cristalizaron en realizaciones efectivas.

Integra la asistencia médicosocial, la hospitalaria, aspecto en el cual, no obstante los aportes significados por la construcción de establecimientos policlínicos y especializados en distintos lugares del país, la ampliación de los existentes, habilitando nuevos servicios y camas; por el mejoramiento del material humano y de los equipos técnicos, y sobre todo por el nuevo sentido de las prestaciones, resta aún extenderlas de acuerdo a un plan racionalmente estructurado, cuya efectivización requiere la afección de nuevos recursos que permitan llegar a establecer un sistema que lleve los beneficios de la ciencia médica a todos los sectores del pueblo, en todas las regiones del país.

Por otra parte, los establecimientos existentes, particularmente en algunas provincias, no cuentan siempre con los recursos necesarios para su mantenimiento, ya que la incorporación de los hospitales de beneficencia ha incidido en los respectivos presupuestos.

Respetuoso el Poder Ejecutivo de la esfera de autonomía en que se desenvuelven, no ha interferido en la acción hospitalaria que han desarrollado y por el contrario, ha alentado y favorecido, en colaboración con su mantenimiento mediante el régimen de subsidios. Pero ello, no obstante la armonía que existe entre las autoridades sanitarias de la Nación y de las provincias, ha provocado, en cierta medida una dispersión de esfuerzos y recursos que me-

dante una armónica coordinación, fructificarían adecuadamente. El expresado es otro de los principios que inspiran el proyecto adjunto.

Esta coordinación en las construcciones que habrán de expandirse y el destino de los Servicios, requiere para la consecución del fin perseguido la unificación de los métodos de asistencia, mediante procedimientos y técnicas que respondan a los resultados más recientes de la investigación científica y de los estudios acerca de los regímenes hospitalarios, unificación que así mismo prevé el proyecto.

Los principios que informan esta ley han sido ampliamente debatidos y estudiados en una exhaustiva reunión de Ministros y Directores de Salud Pública de las provincias, que nos trajeron sus ideas, inquietudes, anhelos y preocupaciones. Tenemos, por ello, la certeza de que el plan que ponemos a consideración de Vuestra Honorabilidad viene a satisfacer una necesidad que por momentos se torna angustiosa, circunstancia que ulteriormente pudimos ratificar en la histórica reunión de Gobernadores que he tenido el honor de presidir, como Presidente de la Nación y con que la voz de las provincias y territorios nos ha llegado en forma directa y humana, y que se ha levantado señalando como única solución por ahora, la coparticipación federal en materia de salud pública, o sea la acción concurrente de los poderes públicos nacionales y provinciales para resolver, como en el caso de la educación, un problema que afecta a todos los habitantes del país, sin distinciones, cual es la asistencia hospitalaria.

La ayuda a las provincias se ha hecho siempre en forma inorgánica, sin previsiones, sin método y sin plan, recurriendo al viejo sistema de los subsidios. Hemos querido que con esta ley desaparezca el concepto de "ayuda federal" —refiriéndonos a los Estados argentinos— para sustituirlo por el de "coparticipación federal", que implica la aceptación conjunta de una común responsabilidad frente al pueblo. Hemos querido que desaparezca el "subsidio a los hospitales" por su carácter de emergencia, transitorio e inorgánico, para implantar un régimen sistematizado, orgánico, regular y estable, que permita a los hospitales provinciales y de territorios apoyar su humanitaria misión, en una financiación segura y permanente, sin angustias ni limitaciones, de modo tal que aseguremos a todos los argentinos el derecho a la salud y el derecho a la asistencia en caso de perderla, ese derecho tan olvidado por los hombres, esa salud que como la libertad, sólo se la aprecia cuando se la pierde.

Fijados, por una parte, el fundamental propósito que se persigue: la asistencia hospitalaria integral y los principios que la informan, distribución racional de los Servicios, su debida coordinación, la unificación de las técnicas asistenciales, establecida la financiación del plan a desarrollar y el contralor de las inversiones, espera el Poder Ejecutivo que Vuestra Honorabilidad, compartiendo aquel propósito preste su aprobación al texto acompañado.

Dios guarde a Vuestra Honorabilidad.

PROYECTO DE LEY DE COPARTICIPACION FEDERAL PARA FINANCIACION DE LA ASISTENCIA HOSPITALARIA

El Senado y Cámara de Diputados, etc.

Artículo 1.º — Créase el régimen de coparticipación federal para la asistencia hospitalaria integral en todo el territorio de la Nación, de acuerdo con el plan que determine el Poder Ejecutivo Nacional.

Art. 2.º — La Nación aportará a las provincias que adhieran a los beneficios del plan hospitalario nacional, el sesenta por ciento (60 %) del importe

de los gastos de sostenimiento de los establecimientos médicoasistenciales, provinciales o municipales, en dinero o en prestaciones de otra naturaleza, a elección de aquéllas. Igual aporte realizará la Nación a los establecimientos de la misma índole en los territorios nacionales.

Art. 3.º — Las bases del plan hospitalario nacional, serán las siguientes:

- a) El Poder Ejecutivo fijará las condiciones técnicas y de funcionamiento que deberán cumplirse en los hospitales dedicados a la asistencia gratuita de enfermos, para que se hagan efectivos los beneficios de la coparticipación federal;
- b) en el plan se determinarán las prestaciones mínimas que los hospitales incorporados deben ofrecer a la población, a los fines del perfeccionamiento, preservación, conservación y restitución de la salud de los habitantes comprendidos en su respectiva jurisdicción;
- c) la coordinación de todos los establecimientos incorporados en cuanto a sus radios de acción, de manera que ningún habitante pueda quedar privado de asistencia hospitalaria inmediata, oportuna y eficiente;
- d) la coordinación entre los hospitales rurales y urbanos, para la segregación de enfermos que requieran asistencia especializada, se efectuará sin restricciones de jurisdicción, hacia los centros de asistencia médica altamente especializada, los cuales serán también incluidos en los beneficios de este plan mediante la dotación de personal o posibilidades financieras y materiales, para otorgar una prestación técnica de elevada jerarquía;
- e) la determinación de los prototipos en materia de construcciones hospitalarias y de tipos y sistemas uniformes para sus habilitaciones y abastecimientos fundados en la tipificación de materiales, equipos e instrumental y en un régimen igual en materia de personal;
- f) la determinación de los principios para la preparación de presupuestos racionales y uniformes fundados en el coste por "día-cama" y en función del "metro-cama" de superficie cubierta;
- g) la adopción de normas de funcionamiento uniforme para establecimientos hospitalarios similares, que permitan crear un régimen de control del rendimiento técnico-administrativo, de sus costes e implantar sistemas iguales y comparables de fichaje, historias clínicas y estadísticas;
- h) la determinación de los grupos funcionales y planteles básicos del personal de los establecimientos incorporados al plan, y de sus respectivas carreras, así como sus remuneraciones, condiciones para el intercambio de agentes y los medios para posibilitar su perfeccionamiento;
- i) la adopción de una nomenclatura uniforme que califique, defina y especifique las características funcionales de los distintos hospitales y/o Servicios;
- j) la forma de hacer efectivos los aportes que determina la presente ley, y de verificar su inversión.

Art. 4.º — Serán atribuciones y deberes de la Nación, para el cumplimiento del plan de coparticipación federal, los siguientes:

- a) establecer el plan hospitalario nacional, sobre las bases enunciadas en el artículo precedente;

- b) aprobar en el último trimestre del ejercicio anterior, la distribución de los recursos destinados a la coparticipación federal del año siguiente, en base a los presupuestos elaborados por los gobiernos de provincias, territorios y municipalidades que se remitan por intermedio del Ministerio de Salud Pública de la Nación, calculados sobre el coste del "duro-cama", en función de un coeficiente que se fijará anualmente, teniendo en cuenta el precio de los abastecimientos, el coeficiente de personal y la unidad metro-cama;
- c) entregar, por intermedio del Ministerio de Hacienda de la Nación, al Ministerio de Salud Pública de la Nación y gobiernos precitados, en cada trimestre vencido, la cuarta parte del 60 % que constituye el aporte de los gobiernos provinciales, territoriales y municipales a la inversión especial de su presupuesto, que se denominará "Aporte federal al sostenimiento de establecimientos médicoasistenciales". Los saldos al cierre de cada ejercicio se transferirán al siguiente;
- d) fiscalizar la ejecución del plan hospitalario nacional y la correcta inversión de los recursos del aporte federal, requiriendo un informe anual de los trabajos y gastos realizados, los índices de rendimiento, justificativos de las inversiones y realizar las verificaciones e inspecciones que estime convenientes;
- e) establecer los programas técnicos que deberán desarrollar las provincias y territorios en cumplimiento de campañas sanitarias o médico-sociales y facilitar a las mismas si fuera necesario, personal, equipos y elementos complementarios;
- f) acordar las becas al personal de establecimientos incorporados al plan, para su perfeccionamiento y especialización técnica;
- g) asignar aportes complementarios a las provincias, territorios y municipalidades que organicen y cumplan servicios de higiene pública, ajustados al plan que determinen las autoridades sanitarias nacionales con afectación al fondo que se crea por la presente ley;
- h) establecer una oficina de intercambio permanente de publicaciones e informaciones con las provincias.

Art. 5.º — Serán atribuciones y deberes de los gobiernos provinciales o municipales que se recojan por ordenanza o ley-convenio provincial a los beneficios de la presente ley, los siguientes:

- a) incorporar al plan hospitalario nacional todos o parte de los establecimientos de su jurisdicción que a su juicio necesiten del aporte federal;
- b) cumplir el plan hospitalario nacional, dictando disposiciones que contemplan:
 - 1.º) la creación de un organismo encargado de la administración sanitaria provincial, bajo la dependencia directa, del Poder Ejecutivo Provincial, similar en nomenclatura y funciones al Ministerio de Salud Pública de la Nación;
 - 2.º) la autorización al organismo precitado para mantener relaciones técnico-administrativas directas, con el Ministerio de Salud Pública de la Nación;
 - 3.º) la participación en los congresos o conferencias que convoque el precitado Ministerio;
 - 4.º) el cumplimiento integral del plan hospitalario nacional;

- c) hacerse cargo del cuarenta por ciento del costo de sostenimiento y funcionamiento de los hospitales incorporados al plan a cuyos efectos dictará una ley creando un fondo provincial para hospitales, con propia financiación y en las mismas condiciones de especificidad del Fondo Hospitalario Nacional;
- d) coordinar la acción de sus servicios hospitalarios, a los efectos determinados en el plan;
- e) provincializar los establecimientos asistenciales de beneficencia y facilitar los trámites para la nacionalización de aquellos que se destina a las grandes luchas, sanatorios sociales a cargo de la Nación (tuberculosis, lepra, frenopatías, cáncer, brucelosis, cardiopatías, lucha anti-venérea etc.);
- f) organizar cooperadoras hospitalarias locales para cada establecimiento;
- g) crear las oficinas necesarias para el intercambio permanente de publicaciones informaciones y estadísticas sanitarias con el Ministerio de Salud Pública de la Nación;
- h) ejercer la dirección inmediata de todos los establecimientos hospitalarios polivalentes y de especialidades médicas o quirúrgicas de su jurisdicción, asegurando su conducción técnica y gestión administrativa ajustada a las normas contenidas en el plan y teniendo el más eficiente servicio, mediante la coparticipación comunal o vecinal en su sostenimiento y contralor financiero;
- i) mantener en perfecto estado de conservación y funcionamiento los hospitales incorporados al plan, efectuando reparaciones anuales;
- j) remitir al Ministerio de Salud Pública de la Nación los proyectos de presupuesto de sostenimiento de cada establecimiento incorporado o a incorporar al plan, en el tercer trimestre del año anterior al que corresponde, acompañado del presupuesto aprobado para el ejercicio.

Art. 6.º -- En caso de incumplimiento del inciso i) del artículo precedente, el Ministerio de Salud Pública de la Nación procederá a efectuar directamente las reparaciones previa notificación, cargando el costo, a la cuota que le corresponda o podría corresponderle a la provincia. Igual criterio se aplicará en caso de que fuera necesario reforzar el personal o remitir materiales para asegurar el abastecimiento y/o funcionamiento del hospital.

Art. 7.º -- A los fines de la presente ley los establecimientos dependientes del Ministerio de Salud Pública de la Nación se considerarán incorporados de hecho al plan hospitalario nacional.

Art. 8.º -- Para financiar los Servicios de la presente ley créase el Fondo Hospitalario Nacional.

Art. 9.º -- Parte del Fondo Hospitalario Nacional, en una proporción que fijará el Poder Ejecutivo de la Nación y siempre que no afecte el normal funcionamiento de los establecimientos incorporados al plan, podrá ser destinada al sostenimiento, mantenimiento, conservación, ampliación, reparación, remodelamiento, reconstrucción y habilitación de nuevas obras hospitalarias con sujeción a prototipos aprobados por el Ministerio de Salud Pública de la Nación, que terminadas se incorporarán automáticamente al mecanismo del plan hospitalario nacional.

Art. 10. — El Fondo Hospitalario Nacional se aplicará solamente a la ejecución de la obra médico-asistencial especificada en la presente ley, no pudiendo modificarse su destino bajo ningún concepto.

Art. 11. — El Fondo Hospitalario Nacional se constituirá con el producido de:

- a) Impuesto del uno por mil (1‰) sobre los depósitos en cuentas corrientes y a plazo fijos; excluyendo los depósitos en cajas de ahorro;
- b) recargo del uno por ciento (1%) sobre el impuesto interno a las bebidas alcohólicas, tabacos, cigarros, cigarrillos y artículos de tocador,
- c) recargo del tres por ciento (3%) sobre el precio de venta de todo artículo suntuario;
- d) recargo de diez centavos (\$ 0,10) sobre toda entrada que se expendan en los teatros, cinematógrafos, circo y espectáculos deportivos profesionales en la capital y territorios nacionales;
- e) producido de multas por infracciones a las leyes o reglamentos resguardo de la salud e higiene pública que aplica el Ministerio de Salud Pública de la Nación;
- f) donaciones, aportes o legados;
- g) el excedente de los créditos autorizados por la ley N.º 13.019, al término de su aplicación, que serán destinados a todos los fines previstos en la misma.

Art. 12. — Los precitados gravámenes se recaudarán en la forma que reglamente el Poder Ejecutivo y su producido ingresará a la cuenta especial "Fondo Hospitalario Nacional" que administrará el Ministerio de Hacienda de la Nación en base a la distribución anual que proponga el Ministerio de Salud Pública de la Nación, para el cumplimiento del referido plan.

Art. 13. — El Fondo Hospitalario Nacional se depositará en el Banco Central de la República Argentina y devengará el interés corriente que se le acumulará.

Art. 14. — Una vez cumplido el plazo establecido por la ley N.º 13.019, las construcciones hospitalarias nacionales o provinciales serán realizadas con los excedentes acumulados del Fondo Hospitalario Nacional, resultantes de la diferencia entre los recursos recaudados y los gastos efectivamente realizados para el sostenimiento y funcionamiento de hospitales incorporados al plan. Si tales excedentes no alcanzan, serán complementados con los créditos especiales que al efecto voten la Nación o las Provincias para las obras a realizar en sus respectivas jurisdicciones en base a los prototipos, planos, proyectos y presupuestos previamente aprobados por el Ministerio de Salud Pública de la Nación.

Art. 15. — Si las provincias lo solicitaren, la coparticipación federal podrá hacerse total o parcialmente en equipos, elementos, medicamentos o drogas cuya provisión y/o adquisición efectuará el Ministerio de Salud Pública de la Nación. En tal caso, el Ministerio de Hacienda de la Nación entregará al de Salud Pública los importes necesarios para su adquisición, los que acreditará a una cuenta de terceros denominada "Adquisiciones Plan Hospitalario Nacional", debitándolas por el importe del costo que demande su adquisición o reposición de los provistos de existencias del Ministerio y los que irroque su envío.

Art. 16. — Sólo excepcionalmente y en casos debidamente justificados podrán acordarse al Ministerio de Salud Pública y a los Estados provinciales refuerzos sobre el porcentaje asignado, cuando los costos finales superen las previsiones que fundamentaron las asignaciones.

Art. 17. — El Ministerio de Salud Pública de la Nación rendirá cuenta de los fondos que se le asigne para sus hospitales, en la forma establecida por la ley 12961 y su reglamentación. Las provincias lo harán con el balance anual de la cuenta "Aporte Federal al Sostentamiento" aprobado por su organismo de contralor contable y los informes e índices de rendimientos que determine el Poder Ejecutivo Nacional.

Art. 18. — Los subsidios actualmente asignados a hospitales que se incorporarán al plan hospitalario nacional, cesarán al hacerse efectiva la contribución federal que determina la presente ley.

Art. 19. — La coparticipación establecida en la presente ley es independiente de los subsidios previstos por la ley N.º 12774.

Art. 20. — Si la acción sanitaria o asistencial, nacional o provincial necesitare de la concurrencia de otros organismos oficiales, semificiales, gremiales o privados para reforzarla o complementarla, queda facultado el Ministerio de Salud Pública de la Nación para facilitar personal en comisión, así como los equipos, elementos, medicamentos y drogas que fuese menester. Los elementos no consumibles continuarán como propiedad de la Nación bajo custodia de la autoridad o entidad depositaria.

Art. 21. — A las provincias que no diesen cumplimiento total o parcialmente al plan hospitalario nacional se le suspenderá el aporte federal; igualmente quedará en suspenso toda obra o plan que financiado con dicho fondo se esté realizando en su jurisdicción. Tal suspensión cesará inmediatamente después de subsanadas las deficiencias u omisiones en que hubiere incurrido.

Art. 22. — Declárase de utilidad pública todos los inmuebles que sean necesarios para las construcciones de establecimientos hospitalarios nacionales financiados con el fondo de la presente ley, quedando facultado el Poder Ejecutivo de la Nación para entablar los juicios de expropiación respectivos o celebrar convenios con sus propietarios para su adquisición con las formalidades legales. Las provincias dictarán una ley similar para facilitar las obras a realizar en sus respectivas jurisdicciones territoriales.

Art. 23. — Facúltase al Ministerio de Salud Pública de la Nación para ceder en uso a las provincias, los inmuebles, instalaciones, muebles, equipos y dotaciones de establecimientos asistenciales ubicados en jurisdicción de las mismas, que se incorporen al plan hospitalario nacional, para su conducción y administración por los gobiernos provinciales. Recíprocamente, se le faculta para aceptar en igual carácter los hospitales destinados a las grandes luchas médicosanitarias y médicosociales que se le cedan por leyes provinciales.

Art. 24. — El Ministerio de Salud Pública de la Nación podrá inspeccionar y fiscalizar las obras y habilitaciones que efectúen las provincias con recursos del Fondo Hospitalario Nacional y los certificados de obras terminadas requerirán para su pago la conformidad previa del funcionario que destaque el referido Ministerio.

Art. 25. — Deroganse todas las disposiciones que se opongan a la presente ley.

Art. 26. — El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley.

Art. 27. — Comuníquese; etc.

NOTA: Este proyecto está en estudio de otros organismos oficiales, habiéndose originado en el Ministerio de Salud Pública de la Nación, por iniciativa de todos los Ministros de Salud Pública de las provincias. No ha sido remitido aún al Congreso.

SUMARIO

Pág.

Directivas para preparar el Plan Sanitario Sintético para el periodo 1952-58	5
Introducción y Antecedentes	15

I - MEDICINA ASISTENCIAL O CURATIVA (Microcosmos)

A. -- Parte General

I. Número de camas. Asistir y curar al enfermo "no pudiente" en un número de establecimientos "suficientes" cuantitativa y cualitativamente considerados, sean hospitales, centros médicos o institutos, facilitando medicamentos al mismo tiempo que servicios médicos	18
II. Red hospitalaria. Crear una red hospitalaria, coordinada por regiones, zonas y distritos sanitarios en que estén incluidos no sólo los hospitales nacionales, sino los de todas las jurisdicciones, al solo efecto de la prestación de los servicios al público, manteniendo no obstante cada hospital, su autonomía administrativa y técnica, bajo la autoridad pertinente. Se trata de coordinar las prestaciones, pero nada más que las prestaciones	20
III. Acordar con las provincias y/o instituciones un solo y uniforme tipo de organización hospitalaria y un mínimo de la calidad y cantidad de las prestaciones	21
IV. Organizar la asistencia policlínica (hospitales generales) sobre la base de reducir los índices de permanencia por cama y por enfermo, como objetivo técnico y económico	22
V. Hospitales de crónicos. Organizar la asistencia monoclínica (hospitales para crónicos) sobre la base de reducir sus costes de sostenimiento, mediante estructuras simples, concentración en grandes salas dormitorio colectivas, vigilancia con poco personal y aprovechamiento del trabajo de los internados en su propio beneficio y del mismo establecimiento (laborterapia)	22
VI. Anexos hospitalarios. Complementar los hospitales policlínicos con anexos especiales que tiendan a perfeccionar la asistencia local y resolver en la primera etapa, el tratamiento de futuros enfermos crónicos	25
VII. Ciudad-hospital. Asesorar y promover la solución asistencial "integral" que resulta de construir las ciudades-hospital	26
VIII. Servicios de Urgencia. Organizar y coordinar la asistencia médica de urgencia en todo el país, de modo tal, que ningún habitante pueda quedar privado de auxilio inmediato, y mucho menos, morir sin asistencia médica	27
IX. Especialidades e Institutos. Organización y desarrollo de las especialidades médicas, de los servicios o institutos respectivos	27
X. Objetivos funcionales y sanitarios del hospital. Crear en todos los hospitales, de cualquier tipo que ellos fueren, una nueva corriente: a) hacia la curación social del enfermo; b) hacia la familia y c) hacia la educación sanitaria	29
XI. Racionalización de la Administración Hospitalaria. Racionalizar el sistema de fichaje, historias clínicas, planillas y libros, con el objeto de hacer comparables los rendimientos y las estadísticas	30
XII. " en la asistencia privada. Promover y facilitar el desarrollo de la asistencia médica privada para los "pudientes", encauzando y fiscalizando el desarrollo de los sanatorios particulares, especialmente los de cirugía	30

B. -- Parte Especial

I. Hospitales Generales o Policlínicos en Particular	30
II. Hospitales Psiquiátricos en Particular	31
III. Hospitales Fisiológicos en Particular	31

	Pag
IV. Hospitales de Lepra	31
V. Hospitales Climatológico-Termales	31
VI. Hospital de la Madre y el Niño	32
VII. Maternidades	32
VIII. El Anexo de Lactantes	32
IX. Hospitales y Servicios Odontológicos	32
X. Hospitales y Servicios Oftalmológicos	32
XI. Hospitales y Servicios Oncológicos (Cáncer)	32
XII. Institutos, Centros y Servicios de Hemoterapia. Los Bancos de Sangre. El Instituto de Hemoterapia de Bs. Aires. Tomario igual al N.º III	
Complemento: Hematología	33
XIII. Servicio Farmacéutico Hospitalario	33
XIV. Servicio Radiológico y de Radioterapia en los Hospitales	33
XV. Servicio de Laboratorios Clínicos en los Hospitales	33
XVI. Hospitales, Institutos y Servicios de Cirugía General	34
XVII. Institutos de Cirugía altamente especializada	34
XVIII. Centros modelos de Clínica Médica	34
XIX. Institutos y Centros de Alergia	34
XX. Instituto y Centro de Gastroenterología	34
XXI. Hospital de Quemados	35
XXII. Instituto de Endocrinología y Centros de Endocrinología	35
XXIII. Centros y Servicios de Terapéutica Inhalatoria	35

II. MEDICINA SANITARIA O PROFILACTICA (Mesocosmos)

A. -- Parte General

I. Enfermedades transmisibles. Acción contra las enfermedades transmisibles, tomando medidas para evitar su aparición epidémica o su desarrollo endémico o epizootico y reducir la morbilidad y mortalidad por tales causas, a cifras inapreciables, objetivo que puede alcanzarse si la organización está bien y oportunamente informada	36
II. Sanidad de Fronteras y Transportes. Evitar el ingreso al país de afectados por enfermedades transmisibles y de inválidos; controlar al mismo tiempo la posibilidad de que los transportes sean un vehículo de difusión de enfermedades contagiosas	39
III. Zoonosis. Actuar directamente mediante la educación médico-sanitaria del ganadero, del chacarero y de todas las personas que estén en contacto con animales, como el más práctico y sencillo método de profilaxis de la zoonosis, enfermedad transmisible al hombre por los animales	40
IV. Bioclimatología. Proteger al hombre contra la acción injuriosa del clima y las modificaciones meteorológicas, propendiendo a la distribución racional de la población de acuerdo a la bioclimatología, en función de la raza, hábitos y características geoclimáticas	41

B. -- Parte Especial

I. Epidemiología argentina en general. Mapa epidemiológico. Historia de las epidemias en la Argentina. Su desarrollo en el pasado y en la actualidad. Mapas actualizados y comparados con el pasado	42
II. Epidemias con manifestaciones predominantemente respiratorias	42
III. Epidemias con manifestaciones predominantemente dermatomucosas en la infancia	42
IV. Epidemias con manifestaciones principalmente cutáneas en el adulto	42
V. Epidemias con manifestaciones principales en el aparato digestivo	43
VI. Epidemias con manifestaciones principales en el sistema nervioso	43
VII. Epidemias con manifestaciones ganglionares	43
VIII. Endemias argentinas en general	43
IX. Paludismo	43
X. Brucelosis	43
XI. Tracoma	44
XII. Epidemias en general	44
XIII. Tuberculosis. Lucha antituberculosa en general	44

	Pág.
XXV. Lepia	44
XXVI. Neorria	44
XXVII. Lucha antirreumática	44
XXVIII. Enfermedad de Chagas y otras enfermedades tropicales	45
XXIX. Zoonosis	45
XXX. Paratosis en la Argentina en general	45
XXXI. Sanidad de Fronteras y Transportes	45
XXXII. Climaatismo y Termalismo	45

III. — MEDICINA SOCIAL O PREVENTIVA (Macrocosmos)

A. — Parte General

I. Lucha contra los factores sociales de enfermedad. Identificar cada uno de los factores indirectos de enfermedad (factores sociales) y promover o ejecutar todas las medidas tendientes a compensarlos	46
II. Diagnostico precoz. Contralor médico de grandes masas de población, aparentemente sanas (reconocimientos periodicos) con el propósito de identificar en su estado incipiente las enfermedades	47
III. Profilaxia por el tratamiento. Identificados precozmente los enfermos incipientes entre la población aparentemente sana, hacerse cargo de la vigilancia y o tratamiento de los mismos	50
IV. Organizar la lucha contra las enfermedades crónicas invalidizantes	52
V. Lucha contra la mortalidad infantil, la disminución de la natalidad y el proceso regional de despoblación	53
VI. Los dias del hombre. Prolongar la vida útil del hombre, no conformándose simplemente con prolongarla, en base a elevar el promedio de vida de la población, reduciendo la mortalidad infantil, sino a prolongarla en la edad adulta y en la vejez, en condiciones biológicas dignas de ser vividas, sin sufrimientos, ni incapacidades deprimentes	56
VII. Organización de la profesión médica y ramas auxiliares, con criterio social, coordinando los aspectos privados con los oficiales	57

B. — Parte Especial

I. Alimentación. Organizar y controlar la alimentación popular, a fin de que los vicios de alimentación no constituyan un factor directo o indirecto de enfermedad	58
II. Vivienda. Educar a la población y fomentar el conocimiento de la higiene de la vivienda y el confort como factor directo de salud e indirecto de enfermedad	60
III. Higiene de las ciudades. Las ciudades deben fundarse, remodelarse y/o planificarse con criterio del urbanismo sanitario y no dejar que su nacimiento y desarrollo quede librado al azar, porque si eso ocurre, se termina en la ciudad insalubre (factor de enfermedad)	62
IV. Higiene rural. El campo tiene problemas específicos que pueden resolverse llevando las ventajas sanitarias de la ciudad al medio rural, de ese modo las ventajas atribuidas al campo sobre la ciudad existirán realmente; de lo contrario, el campo, a pesar del aire y del sol, es tanto más insalubre que una ciudad	63
V. Trabajo, Higiene y Medicina Tecnológica. Conservar la salud y mejorar la eficiencia biológica del trabajador, asegurándose que la fábrica, el taller o los lugares donde trabajan hombres, mujeres y niños sean compatibles con los intereses sanitarios, la dignidad humana y necesidades fisiológicas y psíquicas del hombre, y no un ambiente propicio para el desarrollo de enfermedades	65
VI. Cardiología Preventiva y Social. Campaña contra las enfermedades cardiovasculares. Las enfermedades del corazón son las que más gente matan y las que producen más inválidos viscerales; por lo cual el objetivo es: profilaxis, prevención, tratamiento precoz y rehabilitación profesional del cardíaco	66
VII. Diabetología Preventiva y Social. Campaña contra la diabetes, las enfermedades carenciales y de la nutrición. La diabetes es después de las cardiopatías la enfermedad que más incapacidades produce	67

	Pag.
VIII. Gastroenterología preventiva. Campaña contra las enfermedades del tubo digestivo	87
IX. Alergia. Campaña contra las enfermedades crónicas alergizantes, especialmente asma. El asma y las alergopatías en general configuran el grupo de enfermedades que más sufrimientos, molestias y angustias atraen sobre el enfermo y sus familias	68
X. Psicopatología Social. Campaña preventiva contra las enfermedades mentales y neurológicas. Las enfermedades mentales y neurológicas en sus etapas incipientes, son las que mayores problemas sociales, familiares y jurídicos plantean a la población y a la autoridad sanitaria	69
XI. Los problemas del enfermo crónico cuando es dado de alta. El enfermo a punto de vista médico, social y jurídico al enfermo dado de alta, que no debe ser abandonado por la organización sanitaria ante el solo hecho de dejar el hospital	70
XII. Higiene y Medicina del Deporte. La práctica del deporte --intempestiva o irracionalmente practicada-- es un factor directo e indirecto de enfermedad, lográndose efectos contrarios a los fines del deporte mismo que son perfeccionar la salud, educar y formar hombres de honor, dispuestos a afrontar nobles peligros	71
XIII. Campaña médico-social contra la sordera	72
XIV. Organización de los Centros de Salud y de los Centros Sanitarios	73
XV. Organización de la profesión médica, incluidas odontología, farmacia y obstetricia. Creación a cargo del Estado del "Médico de familia" para los "no pudientes", en zonas o barrios con desamparo médico	73

IV. -- CONSTRUCCIONES

I. Planificar la construcción de hospitales. Recibir los programas médicos, elaborar los planes de construcción y coordinar las obras con el Consejo de Enlace Interministerial, con otros organismos del Ministerio y con los propios organismos internos, especialmente, el Consejo Nacional de Construcciones Sanitarias	80
II. Adquisición y posesión de tierras. Obtención de los terrenos suficientes donde efectuar las construcciones sanitarias y/o hospitalarias	89
III. Planificación especial y estudios preliminares. Preparación de programas médicos y de planes	89
IV. Planificación general. Ubicación, financiación y coordinación de las obras proyectadas	90
V. Consejo de Construcciones Sanitarias. Aprobación legal, financiación definitiva, control de la documentación y supervisión general de las obras	91
VI. Contratación e Inspección de Obras. Ejecución, fiscalización e inspección permanente de las obras	91
VII. Servicios Especiales de la Construcción. Energía eléctrica, provisión de agua y cloacas, calefacción y refrigeración, caminos de acceso, parques y jardines	92
VIII. Conservación y ampliación. Conservar, reparar y/o ampliar las obras existentes para darles mayor capacidad, eficiencia y rendimiento	92

V. -- FINANCIACION DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD PUBLICA

I. Financiación Social de la Salud Pública. Dictar una ley de financiación de los servicios de Salud Pública, atento a que es imposible continuar sosteniéndolas con rentas generales, orientando dicha financiación hacia las soluciones sociales adoptadas por países más avanzados	94
II. Financiación de los hospitales provinciales. Dictar la Ley de Coparticipación Federal en virtud de la cual se ejerza la acción concurrente de la Nación y provincias en materia de salud pública, y que garantice, al mismo tiempo a cada provincia, un mínimo de financiación de sus servicios, en función de su número y rendimiento, sin menoscabar de esa manera el concepto federal. En principio, cada provincia debe organizar un Ministerio de Salud Pública para atender especialmente las necesidades médicoasisten-	

ales, y subsidiariamente las médico sociales y medicosanitarias, que estarán principalmente en manos de la Nación 90

VI. — ADMINISTRACION

I. Programar y estructurar un servicio administrativo simplificado que permita resolver todos los problemas en pocas horas, comunicando lo resuelto al interesado y que, por otra parte, esté, además, en condiciones de ampliar sus prestaciones sin modificar la estructura, y asimilar las nuevas creaciones y cambios de cumplimiento del plan 1952-58 100	100
II. Adaptar un sistema de presupuestos científicos complementario del oficial, que responda a las necesidades fiscales del Ministerio de Hacienda, pero que no ayude ni facilite la justipreciación de las actividades específicas del Ministerio de Salud Pública, del rendimiento de cada repartición, grande o pequeña, y de la responsabilidad y eficiencia de los funcionarios encargados de cumplir el plan 102	102
III. Instaurar un régimen de controlador técnico-administrativo de las unidades de organización (direcciones, establecimientos y servicios), a fin de determinar exactamente el costo por cada prestación, por día, por mes y por año 103	103
IV. Preparar, perfeccionar y/o educar el personal para el desarrollo de las tareas específicas de la Administración 104	104
V. Preparar el programa y supervisar los planos del proyecto de edificio del Ministerio (calle Córdoba) 104	104
VI. Establecer un sistema de comunicaciones radiotelefónicas con sede en la Administración central 105	105
VII. Mantener al día el presupuesto comparado de la Nación con el de las provincias, es decir, el presupuesto total del país en materia de Salud Pública. 105	105

VII. — ABASTECIMIENTOS

I. Abastecimiento de materiales. Asegurar el abastecimiento de bienes materiales, muebles, equipos, implementos sanitarios, instrumentos, aparatos, automotores, repuestos, etc. a todos los servicios en forma regular, oportuna, suficiente y bien controlada, técnica y administrativamente 106	106
II. Abastecimiento de especies. Asegurar el abastecimiento de elementos perecederos o consumibles, alimentos, ropas, medicamentos, etc., a todos los servicios, en forma regular, oportuna suficiente y bien controlada 107	107
III. Producción local. Organización del trabajo y de la producción de los establecimientos 108	108
IV. Almacénaje. Instalación de cinco grandes depósitos regionales (Norte, Cuyo, Noreste, Sud, Centro y Buenos Aires-Litoral) 109	109
V. Transportes. Reorganización de la flota de transportes 109	109

VIII. — PERSONAL

I. Psicotecnia. Selección y calificación del personal de acuerdo a "tests" psicológicos y cursos de perfeccionamiento 111	111
II. Docencia. Formación y/o capacitación del personal profesional médico y del personal de las ramas auxiliares de la medicina 112	112

IX. — DEMOLOGIA Y POLITICA SANITARIA

I. Estadística vital. Orientar y crear una doctrina demológica y demográfica, informando regularmente sobre los factores que inciden colectivamente sobre la población, a fin de obtener una estadística vital permanentemente actualizada 116	116
II. Control planificado. Intensificar y mejorar el control planificado de los hospitales, centros médicos e institutos del Ministerio, para determinar si los servicios prestados están en proporción con los gastos que demanda su prestación 117	117

	Págs.
III. Economía sanitaria. Vigilar atentamente la incidencia del estado de salud de la población sobre su capacidad de producción y sobre la economía general	118
IV. Política demográfica. Política sanitaria interna y externa con referencia a las directivas demológicas del Ministerio	119

X. — CULTURA Y EDUCACION SANITARIAS

I.—Conciencia Sanitaria. Formar una conciencia sanitaria popular sobre el valor de la salud y el modo de protegerla	120
II. Popularización de ciertos conocimientos sobre patología. Ilustrar al público sobre cierto tipo de enfermedades, su origen y desarrollo y métodos para curarlas	121
III. Difusión de la profilaxis y de la higiene. Difundir conocimientos médicos, útiles y prácticos, en casos de emergencia o en casos normales, cuando dichos conocimientos tienden a solucionar problemas de determinados grupos sociales o biológicos	122
IV. Técnica de la difusión y de la divulgación. Divulgación popular y divulgación médica bien diferenciadas una de otra	122
V. Optimismo y seguridad sanitaria. Infundir confianza a la población en los organismos sanitarios y en su eficiencia	124
VI. Propaganda de gobierno. Difundir la obra de gobierno en materia sanitaria y médico social	125
VII. Organizar la colaboración sanitaria popular. Obtener la colaboración popular, cuando sea necesaria, a fin de que las medidas sanitarias no sólo no sean resistidas, sino que se cuente con la cooperación de todos, pueblo y autoridades	125

XI. — INVESTIGACION CIENTIFICA

I. Orientación de las investigaciones médico-sanitarias. La investigación médica tiene por objeto el conocimiento profundo y el descubrimiento de hechos nuevos que graviten o pueden gravitar sobre el fundamento científico de la ciencia aplicada, que es la medicina	128
II. El investigador en Salud Pública. Formar el personal cualitativa y cuantitativamente suficiente para afrontar las investigaciones precedentes, que más que a la esencia de las causas, se remonta a las consecuencias sociales visibles	130
III. Los Centros de Investigación. Dónde se instalarán los futuros Centros de Investigación del Ministerio de Salud Pública de la Nación	131
IV. La Enseñanza y la Investigación. La investigación y la docencia en los Institutos de Salud Pública deben correr paralelos mediante una adecuada coordinación con las Universidades	132
V. Financiación de las investigaciones. Con qué fondos y cómo se administraría la Central de Institutos desde el punto de vista de su financiación y de su manejo técnico	133

XII. INDUSTRIAS SANITARIAS Y FARMACIAS

I. Fomento industrial. Promover el desarrollo de toda industria que tenga por objeto ayudar a la curación de los enfermos, conservar la salud o perfeccionarla y prevenir los peligros físicos, químicos o biológicos que pueden afectar al hombre o su rendimiento social	135
II. Desarrollo de industrias críticas y no las de mera transformación. Promover el desarrollo y la protección de la industria farmacéutica, en los casos que ésta ofrezca solvencia financiera, científica, técnica, industrial y moral ...	137
III. Industrias de equipamiento sanitario. Promover y proteger el desarrollo de las industrias sanitarias relacionadas con la fabricación de equipos, muebles y materiales sanitarios	138

IV. Fomento de la industria del instrumental médico. Promover y proteger el desarrollo de la fabricación de instrumental, de aparatos de precisión y de materiales sanitarios	139
V. Racionalizar la distribución de medicamentos en todo el país. Organizar la distribución de los medicamentos a todo el país, dando prerrogativas y facilidades para la instalación de botiquines, farmacias y droguerías en los lugares donde se carece del servicio público farmacéutico	140
VI. La litoterapia. Fomentar el desarrollo de la litoterapéutica y la fitoquímica, controlando su expansión comercial	140
VII. Fomento de los productos dietéticos con fines terapéuticos. Contralor y vigilancia técnica de los productos parafarmacéuticos (tocador y dietéticos) ..	141
VIII. Nueva farmacopea con sentido moderno. Remitir al Congreso de la Nación el nuevo proyecto de Farmacopea Nacional	141
IX. Vigilancia farmacológica. Contralor planificado de los medicamentos	142
X. Producción de medicamentos tipificados. Abastecer a las reparticiones del Ministerio y al público de ciertos medicamentos de sencilla elaboración, a bajo costo	142

XIII. LEGISLACION Y DERECHO SANITARIO

I. Jurisprudencia sobre el Código Sanitario Nacional. Desarrollar las consecuencias legales e institucionales que resultaren de la aprobación del Código Sanitario Nacional	144
II. Divulgación del Derecho Sanitario. Divulgar, enseñar y promover el conocimiento e interpretación del Código Sanitario Nacional, sus antecedentes y objetivos	144
III. Ley orgánica del Ministerio de Salud Pública de la Nación. Desarrollar las consecuencias institucionales, legales y de organización, que producirá automáticamente la sanción de la Ley orgánica del Ministerio de Salud Pública de la Nación	145
IV. Colaborar y asesorar en el desenvolvimiento del Juzgado especializado en la aplicación del Derecho Sanitario y en la estructuración de los Tribunales de Faltas	145
V. Legislación complementaria. Proyectar, en lo posible, todas las leyes, decretos, decretos emergentes del Código Sanitario y de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud Pública de la Nación (L.O.M.S.P.)	146
VI. Plantear en el terreno jurídico, los problemas que resultarán, con motivo del Código Sanitario, en materia de jurisdicciones, con las provincias	146
VII. Unificación de los servicios médicos nacionales. Promover la unificación de los servicios médicos nacionales, ahora distribuidos por diversas jurisdicciones, incluso los hospitales y centros médicos de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires	147

XIV. REGIONALIZACION

I. Adecuación del plan funcional a las Regiones Sanitarias. Presentar el plan funcional que antecede, desarrollándolo desde el punto de vista de la geografía medico-sanitaria. (Direcciones Regionales de Sanidad)	148
II. Documentación gráfica. Desarrollo del Plan Analítico 1952-1958, regionalizado, en forma gráfica, objetiva y con documentación específica de la región.	149
III. Epícritica. Analizar exhaustivamente las soluciones regionales	149

XV. — CALCULO DEL TIEMPO Y DEL COSTE DEL PLAN SANITARIO 1952-1958

I. El problema del tiempo	151
II. El problema del coste	151

A N E X O

Proyecto de Ley sobre Coparticipación Federal para la financiación de la asistencia hospitalaria	153
--	-----