

## PANORAMA SANITARIO Y ASISTENCIAL DEL PAIS

Comprendemos la tarea inmensa y la aventura científica que significa la pretensión de abarcar la situación sanitaria de la población del país. En cambio conviene tener algunas ideas al respecto, aunque sean insuficientes o aproximadas antes de ignorarlo todo. Empezaremos pues, por algunos fenómenos demográficos: el de la mortalidad infantil.

### MORTALIDAD INFANTIL

Las Naciones Unidas, en un informe sobre la situación social en el mundo, da los siguientes datos para 1953, en cuanto a mortalidad infantil: Argentina 68 por mil; Buenos Aires 37 por mil; Estados Unidos 29; Nueva York 25; China 153; y Japón 60, etc.

La mortalidad infantil que en 1933 es de 87,2 por mil nacidos vivos, en 1953 es de 65,1... En la provincia de Santa Fe la mortalidad infantil, en 1940, es de 75 por mil nacidos vivos y en 1956, es de 46. Mortalidad infantil de 110 y más en Salta, Jujuy, Chubut, Santa Cruz; que no llega al 40 por mil, Capital Federal; del 40 al 60 por mil Santa Fe, Buenos Aires, Córdoba (primer año de vida) (1).

---

(1) Dr. FRANCISCO MENCHACA: *Anales de Medicina Pública*, 1954. Santa Fe. *Introducción al estudio de la mortalidad infantil perinatal*. Santa Fe, 1956.

Los informes provisionales de 1958, dicen que los índices de la Capital descendieron de 1930 a 1958 en proporción de 100 a 45; los del conjunto del país sólo se redujeron de 100 a 59”.

“Por otra parte el número de defunciones de 0 a 1 año aumentó de 26.700 en 1956 a 31.700 en 1957 o sea por lo menos 5.000 muertes en el primer año como efecto del retroceso señalado” — expresa el Dr. Maurin Navarro.

Tenemos un contraste serio en dicha mortalidad infantil, pues mientras en Buenos Aires es de 32 por mil, en el interior es de 67 por mil, en el año 1957.

En Mendoza —ciudad— los fallecimientos infantiles de 0 a 1 año fueron 77,88 en 1958 y en 1959, 59,63 por mil.

Nuestra mortalidad infantil, 58 por mil, con relación a los países americanos, es buena, pero frente a los europeos, es alta, y la diferencia de siempre la encontramos en todos los autores: Buenos Aires 36,5; Jujuy 149 por mil. La mortalidad infantil es más alta en las provincias llamadas pobres.

La natalidad en el año 1951 fue en la Capital Federal de 19,9; en Catamarca 34,4; Jujuy 42,3; Salta 38,1; Santa Fe 19,0; Chubut 37,2; fenómeno que si nos fijamos corresponde a una alta natalidad; de acuerdo a la ley de la natalidad aprovechable.

En cuanto a las principales causas de la mortalidad infantil; las diarreas en el año 1950 dan un 14,4 %; broncopneumonia 6,3 %; por nacimiento prematuro y debilidad congénita 13,8, según Menchaca, en la provincia de Santa Fe (2).

En cuanto a mortalidad general por división política, tasas de 1950: Capital Federal 7,4 año 1951; Buenos Aires 8,3; Santa Fe 7,4; Jujuy 16,7; Chubut 15,8 y Río Negro 16,3.

---

(2) “No se posee en general estadísticas adecuadas que son el elemento básico previo imprescindible para realizar una correcta programación y una ajustada evaluación de resultados en todo programa materno infantil”, dice el Dr. Rubén Castro.

En 1953 nacen 460.000 niños y mueren 161.000. Potencial biológico 2,3 a 2,5 anual y que aumenta.

Seguiremos, para ordenar nuestro tema, con el análisis somero de la región conurbana a la Capital Federal, por sus 2.025.000 habitantes y su importancia industrial, citando solamente algunos aspectos de ella y de la Capital Federal.

Menos de 1 a. De 0 a 9 a.

Grupo I (infecciones y parasitarias)	153 def.	286 def.
Grupo VI (enf. del sistema nervioso)	324 »	474 »
Grupo VIII (Enf. aparato respirat.)	1.395 »	1.788 »
Grupo IX (enf. aparato digestivo)	289 »	365 »
Grupo XV (enf. primera infancia)	1.892 »	1.904 »
Grupo XIV (vicios congén. de conf.)	1.518 »	541 »
Grupo XVI (causas mal definidas)	1.409 »	1.635 »

Es necesario anotar que dentro de los diferentes grupos aparecen como predominantes ciertas enfermedades:

En el grupo I predominan las defunciones por tuberculosis, septicemias, coqueluche, meningitis meningocócicas, tétano y sarampión.

En el grupo VI, las meningitis y procesos óticos.

En el grupo VIII las bronconeumonias y neumonías.

Del estudio de estos datos surge:

1º Que entre los años 1947-1953, alrededor del 45 % de la población del país se encontraba en la provincia de Buenos Aires y la capital federal, y que el 10 al 11 por ciento de la misma habitaba los 17 partidos del Gran Buenos Aires.

2º Que en 1957 esa proporción en la región conurbana se elevaba al 14 por ciento, que representa a su vez la mitad de la población de la provincia.

3º Que la natalidad oscilaba entre el 24,6 y 25 por mil para todo el país, y entre el 18 y 19 por mil para la Provincia y la capital federal, con un leve repunte en 1957 (20,6 por mil).

4º Que la población entre 0 y 9 años representaba entre 1947 y 1953, del 21 al 22 por ciento de la población total y

alrededor del 40 por ciento si consideramos edades de 0 a 19 años.

5º Que si bien sujeto a errores, en base a esos datos, puede calcularse para la región Conurbana una población de 660.000 niños entre 0 y 9 años y de 1.200.000 entre 0 y 19 años. (Tomando cifras de IX de 1957).

7º Que los nacidos muertos se han elevado al 22,4 por mil de nacidos vivos, y que la mortalidad infantil representa el 61,1 por mil, llegando entre edades de hasta 9 años al 74,7 por mil de nacidos vivos.

9º Que las causas de defunción (mortalidad infantil y mortinatalidad) son producidas en su mayoría por afecciones *prevenibles* por intermedio de una acción de protección y fomento de la salud intensiva y coordinada.

La región conurbana acusa:

A) *Desde el punto de vista económico*, la centralización de casi el 60 por ciento del proceso industrial del país.

B) *Desde el punto de vista demográfico*:

1) Gran "migración interna" que ha llevado bruscamente la población a pasar los 3.000.000 de habitantes en una superficie de 2.600 Km<sup>2</sup>, arrojando una densidad general de más de 1.100 habitantes por Km<sup>2</sup>.

2) Censo de población con curva progresiva: 22 por ciento entre 0 y 9 años y 40 por ciento entre 0 y 19 años, lo que arroja: más de 660.000 niños y más de 1.200.000 del segundo grupo.

3) Mortalidad infantil, de primera infancia y nacidos muertos con tasas altas no compatibles con una zona colindante con la capital federal.

C) *Desde el punto de vista social*:

Grandes problemas urbanísticos, de transporte, de conglomerados humanos (villas miseria), etc.

1) Servicios insuficientes en número.

- 2) Servicios deficitarios en personal y elementos.
- 3) Con vicios de organización, distribución, administración, e incoordinación que reducen su eficacia.
- 4) Inclinación casi total a la medicina asistencial con detrimento de la medicina preventiva (protección y fomento de la salud <sup>(\*)</sup>).

El gran desarrollo de la higiene y de la medicina preventiva en este siglo nos han proporcionado un enorme bagaje de conocimientos y de técnicas que en manos de médicos higienistas, enfermeras, visitadoras, educadores, etc., son efectivas para vencer la mayoría de los problemas de la salud que ha creado la vida civilizada. La medicina ha avanzado ya lo suficiente para proporcionar al médico los medios necesarios para el ejercicio conjunto de la medicina preventiva y curativa, en tal forma, que la prevención de las enfermedades deberá ser la meta de todo médico sea cual fuere su posición funcionaria, técnica o social; en esos momentos las barreras artificiales entre regionalización con centralización normativa y descentralización ejecutiva, ésta trae una descentralización ejecutiva y centralización normativa. El jefe de los Centros es conectado con la autoridad central donde se localiza el cuerpo normativo. Economía suficiente e integración de funciones de la salud; protección, fomento y reparación.

Síntesis del programa: 1º En la región conurbana a la capital federal con una población de más de 3 millones de habitantes, que representan el 50 % de la población de la provincia, incrementada en un 80 % en diez años, existen problemas médicos sanitarios que son de carácter alarmante.

2º Las tasas de natalidad y mortalidad, sin ser reflejos fieles de la realidad, acusan:

- a) que mueren al año 30.000 personas.
- b) que nacen al año más de 50.000 criaturas.
- c) que de ellas no llegan a los 9 años casi 4.000.

---

(\*) Programa de Salud Pública para la región Conurbana, pág. 28.

- d) que de esas 4.000 más de 3.000 mueren sin cumplir el primer año.
  - e) que nacen muertas más de 1.100 criaturas.
  - f) que las tasas de mortalidad infantil son equiparables a las de algunas provincias del interior del país.
- 3º Las condiciones de vida en docenas de comunidades (villas miseria, barrios obreros, etc.) están por debajo de un mínimo aceptable.

5º Los servicios de salud pública de la región son insuficientes desde el punto de vista de la medicina asistencial y casi nulos en lo que respecta a la medicina preventiva.

6º Se impone la planificación de un programa de salud asentado sobre bases técnicas y al mismo tiempo acomodados a la realidad económica que vivimos (4).

En cuanto a la clasificación de la población del país, tenemos: menores de 15 años, 6.200.000; ancianos que no trabajan, 1.400.000; inválidos, 190.000; enfermos crónicos inválidos, 3.250.000. Más de 11 millones de personas que no trabajan. El potencial de trabajo es de 9.500.000 personas, para unos, para otros más. La burocracia se acerca a los 2 millones. Personas de 20 a 60 años, 4 millones; de 15 a 34 años, 3.260.000.

#### EL PROBLEMA DE LAS CAMAS

La cuestión es ardua; no es sólo asunto de números; las camas se utilizan indefinidamente —entre 26 y 56 días— a veces, siendo de 12 jornadas el promedio lógico. Al gobierno le resulta caro sostener esos servicios asistenciales, que en establecimientos privados cuestan menos, y de ahí el recurso a que apelan algunas entidades mutuales, de contratar servicios con sanatorios, que favorece a todos: en la provincia de Bs. Aires una cama cuesta —desocupada o no— 350 pesos diarios y en Avellaneda (señaló un médico durante un debate), al Centro Materno Infantil le salen 100 partos solamente en

---

(4) Programa de Salud Pública para la región conurbana, pág. 59.

sueldos, 217.000 pesos o sea \$ 2.170 la asistencia de cada alumbramiento, sin contar ningún otro gasto. (Dr. S. Provenzano).

Las características de la provincia de Bs. Aires son una desigual distribución de profesionales, de hospitales grandes para poblaciones pequeñas, en tanto la desidia, la burocracia y la falta de fondos, origina situaciones inaceptables como la de que un enfermo debe pagar la anestesia y otros gastos.

“Tenemos en Bs. Aires 29 Centros de Salud que ocupan al profesional permanentemente y se tenderá a generalizar este sistema, pero sin perjudicar situaciones ya creadas a muchos por una carrera hospitalaria”.

Además los hospitales debieran gozar de autarquía para librarse de las interferencias “tragicómicas” que más de una vez provoca la burocracia. “Una nueva modalidad”: dirección y administración con personal especializado, que no se ocupa en faenas paralelas para poder vivir; con consejo técnico y otro de administración donde participen todos traería enormes ventajas.

El país cuenta con 10 fallecimientos por cada mil habitantes. Número de camas: 6,18 por mil, en Buenos Aires; 2 por mil en Chaco; Tucumán 4,164 camas, ahora 5000; 5,2 camas por 1000 habitantes, etc. Pero el problema sigue sin solución.

Prueba de ello es la estadística suministrada por el Ministerio de Salud Pública de la Nación, la que consigna que hay en el país 707 sanatorios privados con un total de 16.288 camas lo que debe mover a salir en defensa común de los establecimientos asistenciales privados.

Agréguese que en el movimiento general de los sanatorios, estos exceden a los 500 millones de pesos de capital, y que bien podían aportar su ayuda para colaborar en los gastos de la Asociación de Clínicas y Sanatorios.

No pueden, pues, desaparecer porque son un elemento fundamental de la medicina privada que están sufriendo el impacto general de la inflación, pues con los salarios del nuevo

convenio, algunos jornales se van de los 5000 pesos a los 12.000 mensuales y teniendo en cuenta que se trabaja al 50 % de su capacidad de internación y que se requiere 4 empleados por cada enfermo, hacen cerca de 50.000 pesos mensuales.

Además, por el artículo 43 se establece un aumento de 150 pesos mensuales por cada año de antigüedad y que no está absorbido por mejoras de sueldos sobre convenio... Saquen cuenta con el personal que tienen y la antigüedad de los mismos, para luego tratar de aunar criterios en la comisión paritaria". Este renglón también está en crisis.

En un aparte, varios representantes de sanatorios y clínicas de Buenos Aires hace poco expresaron que, actualmente, trabajan al *50 por ciento de su capacidad de internación*, habiendo sanatorios que poseen 130 empleados para 75 camas, de los cuales sólo tienen 40 ocupadas. Ello se debe —según manifestaron— al retraimiento del público por el alto costo de la vida, prefiriendo utilizar los servicios hospitalarios gratuitos antes que enfrentar el elevado costo de internación en una clínica particular. Y los servicios hospitalarios generalmente son insuficientes y padecen una crisis como veremos más adelante.

En síntesis, el problema de los alienados. "El delegado de Santiago del Estero, doctor Juan Auat, señaló que el porcentaje de *alienados* en la provincia es del 3 al 4 por mil de la población, lo que significa una cifra de 2.000 enfermos y que el 50 % de esa cifra están internados. Dijo que faltan establecimientos especiales y que no se dispone de recursos económicos suficientes para atender el porcentaje restante".

"El delegado de Córdoba —doctor Manuel Bringas— expresó que la *Colonia de Oliva*, para enfermos mentales varones tiene más internados que lo que permiten sus instalaciones, a pesar de habersele agregado un edificio anexo para 30 mujeres, con centros de tratamientos de enfermos crónicos y además servicios ambulatorios, lo que actualmente es insuficiente para una eficaz atención médica".

"El doctor Miguel A. Rebas, de Entre Ríos, suministró

estadísticas sobre los enfermos mentales de su provincia. Expresó que en 1947 había 1.372 *alienados* y que existían solamente 2 hospitales, cuyos recursos eran insuficientes para la atención de sólo un tercio de esa cifra”.

“En lo que respecta a la situación de Formosa, el doctor Oscar Cabral de esa ciudad dijo que, en tal aspecto, la provincia presenta un “cuadro desolador pues no existe ningún establecimiento de atención especial para enfermos mentales. Faltan también estadísticas y especialistas”. Finalizó su exposición pidiendo a las restantes provincias el envío de neurólogos que dicten conferencias a los médicos formoseños.

Posteriormente habló el Dr. Carlos Curel, delegado de Salta. Dijo que existen en aquella provincia dos establecimientos y que en los mismos, en 1958 fueron atendidos aproximadamente 1500 *enfermos mentales*. En cuanto a los reclusos alienados, la cárcel cuenta con un cuerpo médico asistencial”. Como ustedes ven la deficiencia es grande...

La organización científica de la alimentación de las masas no está ni siquiera en estudio. La vigilancia de los alimentos populares adolece de enormes carencias.

Se sabe que millones de habitantes no consumen lo suficiente para una salud normal. En Tucumán hay hambre; no lo dicen las estadísticas, sino los obreros que vienen a Santa Fe a la recolección de la cosecha maicera.

La subalimentación es crónica para una tercera parte de la población que no come lo imprescindible. La hipoalimentación origina toda clase de trastornos, aumenta la tuberculosis en las criaturas y debilita los organismos, etc.

También hizo aparición en el país una grave enfermedad tropical que ataca a los niños mal nutridos. Se está hipotecando el futuro de la Argentina con la subalimentación infantil. En 1938 mil calorías costaban 0,20 centavos, hoy cuestan más de \$ 1.—. Hay que tener en cuenta que las infecciones se instalan en los seres mal alimentados y que la mayor parte de la población no tiene un presupuesto adecuado para suministrar una alimentación racional a la infancia. Las en-

fermedades carenciales están progresando como lo demuestra la estadística. El 64 % de los niños de Mendoza sufren déficit alimentario. En las criaturas de edad escolar sólo el 50 % cubre las necesidades en ese concepto. Mucha gente no sabe que más de la tercera parte de la población argentina padece hambre crónica. Y es que sólo se aprovecha el 50 % del área cultivada y un gran porcentaje de ella se exporta en detrimento de nuestra población. No hay que ir muy lejos de la Capital Federal para observar casos de esta dolencia, que reconoce como una de las principales causas la falta de proteínas en las dietas, expresa el Dr. Bernardo Maas.

Si nuestro dinero vale poco, comeremos poco y en caso corriente padecerán nuestros niños y trabajadores de subalimentación —repetimos— factor importante en la patología individual y social.

Todos están de acuerdo en que padecemos una infraalimentación infantil. Cuenta un colega del Chaco que le preguntó a una madre, qué iba a ser su hijo cuando fuera grande. La madre respondió: sencillamente comer!

“Nuestro país está integrado hoy, por 37,7 % de la población infantil que es la que requiere más alimentos protectores que alimentos energéticos. Y todo ha subido ¡y cómo! Por lo tanto mucha gente está sufriendo un déficit calórico; no tiene dinero para adquirir alimentos de esta índole”.

Una estadística realizada en zonas de alrededores de Buenos Aires, permitió comprobar que antes una persona comía 347 gramos diarios de carne y ahora 134,4; antes ingería 350 gramos de pan, ahora 227 y antes 330 gramos de leche y ahora 190. Y agregó la señora Mirian Gorban: “aquí es bueno señalar un contrasentido, aumentamos la producción pero los precios en lugar de bajar suben”.

“Ya no se come ni siquiera lo necesario, muchas familias no compran frutas, verduras y huevos. La manteca ha desaparecido del plato de los hogares modestos. Las enfermedades producidas por la avitaminosis están aumentando en forma alarmante... Las escuelas ya no suministran la copa de le-

che y el pancito pasó a la historia. Han desaparecido los comedores escolares”.

El Estado da asistencia en la actualidad a 16.000 niños en la provincia de Buenos Aires, pero los técnicos anuncian que existen más de 200.000 niños en estado carencial y la Dra. H. Seguí opina que para combatir la delincuencia precoz hay que destruir las Villas Miserias y entre otras medidas subsidiar asilos, escuelas y hogares de medios precarios de donde surgen la mayoría de estos niños albergando a los niños durante la hora que trabajan sus padres.

El Dr. Héctor Marino quien me cedió estos datos, analizó muestras de leche que se suministra a los niños de Buenos Aires. Todas estaban contaminadas; el índice microbiano de contaminación era muy superior al aceptado normalmente. En lugar de tener 3 gramos de proteína por litro, sólo poseían 0.50 a 0.60; también contenía menos cantidad de hidratos de carbono y grasa. La leche se paga en Buenos Aires de 13 a 15 pesos el litro. País ganadero, tenemos un índice muy bajo de consumo de leche: 58 litros anuales *per capite*. En Inglaterra pasa de los 150 y en Nueva Zelandia se exporta.

En el terreno general las paradojas son mayores: según la F.A.O. (datos provistos por la Geolal) las vacas de nuestro país producen la mitad de leche con respecto a las vacas de cualquier otra parte del mundo; veamos las cifras: en Argentina una vaca produce por año 1.000 litros; en Estados Unidos 2.640; en Canadá 2.370; en Inglaterra 2.860; en Alemania 2.340; en Australia 1.950 y en Nueva Zelandia 2.540. En lógica conclusión los argentinos consumen cada vez menos leche; en sólo cinco años el consumo “*per capite*” y por año ha bajado de 87,7 en 1954 a 74,3 en 1958 en la República, y en la capital de 94,3 a 82,9 según datos de la Dirección de Lechería del Ministerio de Agricultura.

Hay entero colitis y enteritis en abundancia provocada por gérmenes patógenos, de lo cual mueren más de 13.000 criaturas.

Las dificultades que tienen los enfermos tuberculosos pa-

ra conseguir camas en sus hospitales son conocidas, aunque existan en el país 13.179 camas de dicha materia. La capital federal tiene 3.350; Córdoba 3.619; Santa Fe 2.600; Entre Ríos 520, etc. etc.; en conjunto el 82 % de las existentes en el país; pero los factores sociales que determinan la enfermedad, no han sido segados, permanecen firmes en el hambre, la miseria y las Villas idem. La vivienda insalubre aumenta y los salarios son inferiores al costo ascendente de la vida, sistema pavoroso en conjunto de proteger la preciosa salud de la población.

Sobre Tuberculosis, una sola entidad, la Liga Popular de Buenos Aires, da los siguientes datos en su reunión de abril de 1959: expresa que, como enfermos gratuitos de todas las procedencias sociales se asistieron 5.660 personas contra 5.170 del año 1957 y 3.055 del año 1956, descubriéndose 449 tuberculosos contra 358 en 1957; efectuáronse también en 1958 unos 23.200 exámenes médicos de control frente a 19.002 de 1957 y 21.145 de 1956; además se efectuaron 9.337 radiografías en el período frente a 7.261 de 1957 y 4.427 de 1956. El total de consultas en el dispensario de La Plata alcanzó a 10.030; en Beriso 8.891; en Lomas de Zamora 6.668 y en Avellaneda-Gerli a 3.211... calculan 1000 casos nuevos de tuberculosis anualmente sobre 40.000 exámenes cuando tengan equipos especiales.

El problema de las divisas parece ser muy importante, pero un niño tuberculoso internado en un hospital, permanece en él meses; cuesta 300 pesos diarios; consume más de 100 en medicamentos por día y bloquea la cama para otro paciente que la puede necesitar. Los alimentos básicos no son ni pueden ser materia de comercio sólo o fuente de divisas.

En la Provincia de Buenos Aires existen más de 200.000 niños en estado calencial. "Sólo el 10 % de la población logra obtener por sus propios medios los beneficios de la medicina moderna. Un 40 % aproximadamente recibe su asistencia a través de las obras sociales del Estado, de las mutualidades y de algunos otros servicios de entidades gremiales, que

resultan precarios porque no pueden superar económicamente el encarecimiento de las prestaciones de la medicina en equipo. Del 50 % de la población sólo una parte logra, con grandes sacrificios, una atención incompleta y un vasto sector puede obtener la que gratuitamente le otorga el Estado que está muy lejos de responder a las necesidades requeridas por los habitantes” — expresa el doctor Bellemo.

De nuestra población podemos decir que las dos terceras partes no puede costearse una medicina continua y completa. Un 22 % puede costearse una medicina y solamente un 3 % puede costearse la mejor asistencia. Por otra parte hay más de 3.000 médicos desocupados dentro de los 30.000 que seremos al final de este año.

Están mal distribuidos habiendo numerosos pueblos que carecen, y cuya economía no puede mantenerlos; por lo cual es necesario una racional distribución, dándoles buenas condiciones a los colegas jóvenes que deseen trabajar.

Otros estudiosos llegan a las mismas conclusiones, dice el Dr. S. Provenzano: “En el momento actual la salud del pueblo se atiende mal. El 24 por ciento de la población carece de toda asistencia médica, es decir casi 5 millones de personas pueden morir en el interior sin haber sido examinadas por un facultativo, por “viejos”, “mal de ojos”, etc.”. La pauperización va aumentando en el país. ¿Está asegurada la salud de la población?

“Sólo basta tener en cuenta que el 10 % de la población está en condiciones de recibir todos los adelantos que brinda la medicina actual mediante el pago de los honorarios respectivos y que un 50 % se encuentra privado de asistencia médica, para poder interpretar en su amplio sentido todo el significado que tiene la exposición que se abre desde este momento con el objeto de canalizar soluciones viables. El 40 % restante de la población se hace atender por las obras sociales, la mayoría de las cuales no se hallan en condiciones eficientes, para ofrecer una prestación de óptimos resultados.

¿Podrán superarse estas deficiencias mediante un seguro social?''.

En cuanto a las importantes obras sociales, también en crisis, que protegen varios millones, dice el Dr. Samuel Bodner... "así el servicio social para Bancarios ofrece en cada zona una lista de 10 a 12 facultativos en que el enfermo puede seleccionar al que más le conviene. Algo parecido ocurre con el gremio del Seguro, pero hay muchas mutualidades que sólo disponen de un médico por zona y los servicios terminan en la Avenida General Paz. No hay que olvidarse que la población se está asistiendo cada vez en mayor proporción por las obras sociales, pero estas ofrecen fallas evidentes que surgen especialmente de los escasos recursos financieros de que disponen''.

Juan Carlos Brignole (ex secretario de servicios sociales de la Asociación Bancaria): "Pero aquí hay que lamentar la influencia que ejerce el Estado, ya que su presidente es nombrado por el gobierno. Las influencias políticas también llegan perniciosamente y corrompen su estructura. Para 160.000 afiliados hubo 1500 empleados administrativos y para 32 camas destinadas a maternidad 135 empleados. El Policlínico de Córdoba funciona deficientemente y en el de la calle Gaona se encontraron equipos sin utilizar entre ellos un aparato de Radiografía valuado en un millón de pesos. El Seguro de la salud puede ser una solución mediata, pero poco podrá hacerse mientras falten médicos en el interior del país. Nuestra obra social resulta la más positiva: tuvo para su creación luego de una lucha gremial \$ 50.000.000 y actualmente se costea con el aporte de los empleados y de un porcentaje aplicado a ciertas operaciones bancarias lo que permite tener contratada una cadena de sanatorios para la atención de los afiliados radicados en el interior''.

Los ferroviarios llegan entre activos y jubilados y pensionados a 300.000; empleados de la Industria a 4.500.000 que escapan a la asistencia médica privada.

El señor Angel Bucci (representante de la Federación de

Correos y Telecomunicaciones dice: "El gobierno nos ha suprimido un aporte de 10 millones de pesos; calculamos tener un déficit de 30 millones, además de una deuda flotante de 20 millones. En algunas ciudades contamos con médicos que gozan de un sueldo; en otras los facultativos han sido contratados, existiendo además convenios con algunos Colegios de Médicos para la prestación de ese servicio. El Seguro Social adecuado convenientemente a nuestro país podría resolver la deficiente atención de los enfermos".

El Dr. Dragonetti, dijo: "Considero que podría hacerse un poderoso servicio social central en la Confederación General del Trabajo, pero además, ¿cómo se atiende la salud de los estudiantes? En un establecimiento he examinado a 1700 alumnos y he encontrado 1200 afecciones. Unos 20.000 estudiantes secundarios ingresan anualmente en la Universidad en deficiente estado de salud".

El señor Antonio Di Santo representante de la Fraternidad: "Nosotros tenemos doscientos establecimientos asistenciales, pagamos el 2 por ciento de nuestro sueldo y puedo afirmarle que la mayoría no se asiste en ellos por el estado deficiente en que se encuentran. En Holanda, por ejemplo, los sueldos están gravados con un impuesto que se devuelve en distintos beneficios sociales; en nuestro país pagamos los réditos que se los absorbe el Estado sin traducirse en obras de bien común".

El señor Bernardo Morera representante de la Federación de Empleados de Comercio dijo: "Nosotros hemos contratado un servicio médico sobre la base de un tanto por ciento para atender en forma completa a los afiliados. Funciona hace dos años y siete meses, con muy buenos resultados. Calculamos que en un año los afiliados se han ahorrado 113 millones de pesos, en el caso en que ellos hubieran pagado los aranceles más bajos en plaza para su atención médica. Diariamente se atienden entre 1200 y 1300 enfermos".

El Dr. González Aguirre presidente de la Asociación de Médicos Municipales de Buenos Aires (8000 médicos) pre-

gunta si cumple el hospital Municipal las funciones preventivas asistenciales y de rehabilitación. En este sentido los nosocomios comunales están en completo déficit, todo el mundo está de acuerdo en ello... El viejo hospital de caridad ha desaparecido y se ha transformado en hospital social, pero el problema es más profundo, es un problema de Estado. Sin embargo bueno es destacar que los hospitales cumplen una tarea encomiable por su carácter gratuito y de puertas abiertas y los médicos que trabajan en ellos llegaron a los más altos cargos por rigurosa selección de concursos serios. Es cierto que faltan camas, hay escasez de comida, de elementos técnicos, pero no hay que olvidarse que muchos facultativos suplen estas deficiencias trayendo material de su propiedad y en un 50 por ciento de ellos no ganan ni un sólo centavo y tratan de asistir al enfermo en las mejores condiciones posibles. No por ser honoraria esta tarea el médico no deja de poner lo mejor de sí para que no se resienta en eficacia''.

La falta de enfermeras de calidad se debe a la baja remuneración que perciben y muchas de ellas tienen la necesidad de trabajar en dos empleos para atender el hogar. Algunas deficiencias que se observan en los hospitales son ahora consideradas para hallarseles solución. Por ejemplo: se desea que los consultorios de niños funcionen por la tarde con el fin de que las madres no tengan necesidad de abandonar la casa en horas tempranas sin haber preparado las comidas al marido ni arreglado sus cosas''.

La medicina privada, dice el doctor Enrique Mathov, se parece a un cadáver por el que pasa uno y no lo mira. Pero todavía podemos decir que este cadáver está coleando, porque el enfermo que tiene recursos o medios recurre a la medicina privada. Va a ver a su médico. ¿Será por el afecto que le tiene? ¿por el afecto espiritual? Porque le tiene confianza. En cambio es rígida cuando es impuesta. Pero en la actualidad el médico no puede realizar la medicina que desea. Hoy todo está caro. Si le receta los análisis que requiere el facul-

tativo para tener un conocimiento del estado del organismo, fácilmente debe pagar entre 2.000 y 4.000 pesos. Por eso los enfermos dicen que lo más barato es el médico: Yo, doctor, lo vería más a menudo con tal que no me recete tanto". Y aquí está la tragedia del facultativo. Si no le receta cree que no le ha atendido bien, y si lo hace no vuelve porque le resulta costoso. De aquí la necesidad del médico de trabajar en equipo".

*Mutualismo.* Existen en el país 2250 entidades inscriptas en el registro de mutualidades con cerca de 3.500.000 afiliados, si bien no todas ellas prestan asistencia médica. Pero lo que mucha gente ignora es que el Estado se sirve de ellas. El Estado además de recibir un aporte, se beneficia con su funcionamiento pues desvía hacia ellas a las personas, que de otra manera por sus escasos recursos, deberían hacerse atender en los hospitales municipales. La Nación debe abonar a las mutualidades la suma de 30.000.000 de pesos; nunca ha cumplido con ello. Nos adeuda en total 330 millones de pesos y sin embargo nos retiene 22.000.000, aporte según es de rigor debería estar destinado para la obra social, es decir, para el instituto del diagnóstico, policlínico y sanatorio... "Pero con las mutualidades puede suceder lo que con las Cajas de Jubilaciones, que se quedaron sin dinero, pues el Estado se los restó apoderándose de él. Se ha descapitalizado a estos institutos, y no pueden entrar en ninguna socialización si no le dan garantías que van a administrar justamente sus capitales brindando atenciones a sus afiliados".

En un trabajo realizado por la Universidad Nacional de Córdoba referido a viviendas, el país tiene un déficit actual de 1.250.000 unidades, fuera de la reforma y reparaciones de más de 500.000 casas, en 1959, y la cifra de 60.000 parejas que no pudieron casarse por falta de viviendas es acaso muy baja. Son más de 5 millones que la sufren y aumentan, pues la industria de la construcción "no tiene interés

alguno en dedicarse a estas obras” porque no podría lograr buenas utilidades.

El conventillo subsiste en las ciudades igual que los 400.000 ranchos en los campos y en las orillas ciudadanas. La vivienda higiénica para el pueblo es sólo una perspectiva lejana.

No olvidemos que las instituciones tienen sus relaciones con la organización de la salud contándose como básica a la comuna en la vida colectiva y la que ha de ocuparse principalmente de la solución de los problemas sanitarios federándose para llevar su aporte y esfuerzos hacia una coordinación regional.

Por otra parte el valor político y social de las cuestiones sanitarias como solución local de los problemas es incuestionable. La comuna es básica en los problemas de higiene pública pues proveyeran de aguas corrientes a los 700 pueblos que carecen de ella y de ser posible sistemas cloacales revalorizando la acción sanitaria organizativa municipal dándole mayor economía e ingerencia a la sanidad local descentralizándola de la Nación y provincias.

En todo el país, salvo insignificantes excepciones, no se hace medicina preventiva, reconocimientos médicos masivos, ni se ocupan sistemáticamente de los problemas médico-sociales de escolares y trabajadores, ni siquiera en las organizaciones asistenciales que funcionan.

Estadísticas de diversas epidemias demuestran que del total de atacados de parálisis infantil el 50% se recupera totalmente; el 25% quedan con secuelas que no impiden al sujeto realizar una vida normal; el 20% queda con secuelas, pero a pesar de ello son útiles para ganarse el sustento y solamente el 5% presenta invalidez grave... no se debe confundir recuperación con rehabilitación; la primera significa que el enfermo vuelve a tener algo que perdió, mientras que la segunda comprende un concepto distinto”.

En Argentina la epidemia de 1956 —según el doctor

Botinelli— alcanzó a 6.000 casos en los primeros nueve meses, movilizó a la opinión pública y se creó la Comisión Nacional de rehabilitación del Lisiado e instaló dos centros, el de rehabilitación y el de Rehabilitación respiratoria”.

En el año 1959 se anotaron 848 víctimas de Polio. En Enero de 1960 hubo 58 casos, 27 en su forma paralítica. En Enero de 1958 hubo 90 casos. Con la vacunación el mal decrece; ataca al 3 % en forma leve. El 78 % de los casos de Poliomiелitis que se registran actualmente corresponde a niños de 1 a 5 años, el resto va en proporción decreciente hasta los 14 años y en forma aislada son atacadas formas adultas”.

En Pehuajó el brote de Marzo de 1960 causó la muerte de 6 niños. . .

Pasemos a otro renglón. Dice el doctor Romagna, en Enero de 1960: “El paludismo es nuevamente hoy un problema importante en vastas zonas del norte argentino. Entre la zona endémica está Córdoba, provincia rica y populosa.

La Brucelosis sigue siendo un problema fundamental a pesar de la lucha emprendida contra ella. Según el Dr. Molinelli, las fuentes de contagio de la Brucelosis humana en nuestro país, son las siguientes:

42% de los casos por contagio directo con animales brucelósicos.

4 % por permanencia en ambiente infectado.

0,6% por infección de laboratorio.

22% por ingestión de alimentos infectados.

31% por contacto directo con animales enfermos e ingestión de alimentos infectados.

0,2% por contagio interhumano” (5).

La profilaxis de las enfermedades está descuidada y es desigual en el país, cuando existe. . .

Que no se cumplen las normas profilácticas que se conocen contra las enfermedades, pues siempre son numerosos los ca-

---

(5) Dr. ERNESTO MOLINELLI: *Brucelosis humana en la República Argentina*.

sos de difteria, coqueluche, tétano, etc., etc., y poco se vacuna y revacuna en todo el país.

Poco hemos conquistado en previsión de las epidemias, poquísimos en algunas.

La lucha contra endemias y enfermedades transmisibles: lepra, anquilostomiasis, helmitiasis, peste, zoonosis, está en sus comienzos de organización. Profilaxis de las enfermedades oculares transmisibles, oftalmia purulenta y tracoma, se ha iniciado con éxito; la prevención de las deficiencias visuales producidas por el trabajo y la ceguera producida por accidente está en su nacimiento.

La lucha contra las enfermedades venéreas, merced a los antibióticos —dio buenos resultados— pero el tratamiento médico ha de ser prácticamente obligatorio.

La curación de los individuos no está a la altura de las últimas conquistas científicas... No sólo hay que considerar la prevención sino también el factor económico individual.

Es imprescindible la organización por equipos de asistencia médica, por equipos de medicina social y por equipos de Sanidad.

Falta el análisis de los problemas existentes en Salud Pública y ejecución de programas. Falta realizar planes integrales de Salud Pública y ejecución de programa, lo mismo en la capital que en provincias; investigación de las necesidades y recursos humanos materiales y planificación y centros de salud, puestos sanitarios y organizaciones administrativas técnicas y capaces.

La medicina industrial ha nacido; falta crearla y adoptarla, pues en esta sola provincia hay más de 16.000 industrias y unos 60.000 obreros que la vitalizan.

Este caudal biológico ha de ser nuestra seria preocupación y protección ya que carecemos de médicos con esta especialidad. La Higiene Industrial se va realizando demasiado lentamente sobre todo en las capitales. En cuanto a rehabili-

tación del inválido, problema económico de alta importancia, carecemos de planes y realizaciones.

La salud del trabajador no está protegida ni en el medio industrial ni en la colectividad donde vive.

En cuanto a los médicos especialistas en esta rama, también estamos en un comienzo provisorio.

En cuanto a los médicos especialistas en esta rama, también estamos en un comienzo promisorio.

Las condiciones de vida y trabajo del pueblo en general son deficientes. Falta organización, coordinación, directivas, unidad y conocimientos técnicos en la actual desorganización sanitaria.

Faltan estadísticas serias y completas —vitales sobre todo en la fase de administración hospitalaria—, basadas en formularios clínicos con datos completos para utilización de las historias clínicas de los archivos hospitalarios que nos daría muchas luces sobre condiciones mórbidas determinadas en la patogenia y la eficacia de la terapia.

Necesitamos datos esenciales sobre la morbilidad para “determinar los medios más económicos inclusive los métodos de muestreo y recopilación; registros y análisis de la información de los hospitales con relación a la población en general, para determinar las tendencias estadísticas de los hospitales, de evaluar las tasas de morbilidad en la comunidad”. Evaluar la terapia y establecer asociaciones entre las clases diversas de diagnósticos.

El estado sanitario de la población del país es malo, así como las condiciones de vida y trabajo del pueblo.

La incapacidad de pagar la salud de las masas proletarias y clase media se une desgraciadamente a la insuficiencia para aprovechar la labor de millares de médicos y otros técnicos de la salud desocupados o semidesocupados que van lentamente ingresando en un nuevo proletariado.

La situación económica y cultural de su población impide en estos momentos, una buena lucha por la salud que

debe ser mejorada rápidamente y el único camino de enfrentar con éxito sus problemas médico-sociales (ya registramos su naturaleza) es la institución de un seguro de Salud principalmente dirigido por las Asociaciones médico-gremiales, y del arte de curar como parte integrante de un sistema de Seguridad Social.

“En la época máxima de la actividad del hombre sano existen diversos riesgos y amenazas fuera de la enfermedad, el accidente de trabajo, la desocupación; el embarazo y parto para la mujer, y sólo una seguridad Social, puede brindarle los recursos técnicos y económicos para salvar tales incertidumbres y a esta acción verdaderamente preventiva se le llama Seguridad Social.

Un régimen de seguridad social al organizar sus prestaciones ha de tener presente la salud del pueblo y las condiciones de los profesionales del arte de curar aceptando axiomáticamente que los servicios médicos sólo alcanzarán significación trascendente si los mismos forman parte de un sistema planificado con base científica, tendiente a suprimir los factores médicos ambientales desfavorables para la vida del hombre y a prevenir las enfermedades”.

“La semejanza de propósitos perseguidos por las organizaciones sanitarias nacionales, provinciales y municipales y la de los organismos que puedan emerger de un régimen integral de Seguro Social hacen imprescindible la limitación de función a llenar por cada uno de los organismos a fin de evitar superposiciones contradictorias hasta llegar por etapas a una *regionalización* de la sanidad y a una descentralización racional administrativa.

La formación de un plan sanitario al igual que el funcionamiento de un servicio médico organizado para servir los intereses de los asegurados deben regirse por principios científicos, destinados a obtener una reducción efectiva de la morbilidad y de la mortalidad y facilitar el mejoramiento de la salud física y mental de la población”.

El apresuramiento, la falta de relación entre las necesidades médicas y las posibilidades técnicas y materiales, pueden hacer fracasar cualquier plan, de aquí que los objetivos sólo pueden ser alcanzados por etapas sucesivas con utilización de métodos de trabajo racionales, ajustados a las posibilidades existentes, a la calidad y cantidad de técnicos disponibles, a las necesidades siempre actualizadas de la población y a lo consignado en un Código Sanitario Nacional de urgente redacción que uniformara la legislación y facilitara la formulación de programas de acción médico-social y de standardización de los mejores métodos de trabajo". Conclusiones aprobadas por el Congreso de Medicina Social. Buenos Aires, 1953.

Han de crearse los consejos mixtos de salud pública provincial para estudiar y resolver la sanidad local en programas y hechos con sus planes de salubridad (de las comunas).

Necesitamos creación de numerosos centros de salud y hospitales dirigidos por médicos higienistas de los cuales hacen falta más de 900 con suficiente personal técnico y auxiliar como expresión de fomento y reparación de la salud. Falta especialistas de todas las clases. "Es imprescindible contar con recursos humanos constituidos por personal técnicamente capacitado y debidamente supervisado.

"No deben establecerse prioridades entre los tres grupos de acción básica de salud (promoción, protección y reparación). Debe darse prioridad a los problemas que afectan a grupos más numerosos o más vulnerables de la población, escogiéndose al efecto las acciones y técnicas de mayor rendimiento": "Semanao Materno Infantil. Chaco. 1958.

"Que la comunidad coopere activamente y esté debidamente informada de los programas a ejecutar a través de una adecuada y oportuna educación sanitaria".

"Los programas de inmunizaciones deben tener la prioridad que merecen por la magnitud del daño que las enfermedades transmisibles ocasionan a la comunidad".

“Objetivos perfectamente claros y definidos”.

“La adecuada nutrición de la población especialmente en sus grupos más vulnerables es objetivo primordial de toda acción en salud pública”.

“La educación sanitaria en los programas materno-infantiles”. Es una necesidad, con personal capacitado.

El centro de salud o, en su defecto, el centro materno infantil debe ser el organismo ejecutivo de todas las acciones de salubridad de su área, y entre ellos en forma coordinada y armónica, deben incluirse la de Educación Sanitaria, debidamente programadas.

“Para toda programación racional y científica de Salud Pública, es menester contar con adecuadas estadísticas vitales de servicios, recursos, etc., Estadísticas vitales y de salubridad”.

Mejoramiento, información normativa y coordinación en las estadísticas:

- a) conocimiento del problema.
- b) características biodemográficas.
- c) estado del saneamiento ambiental (agua-excretas, basuras).
- d) morbimortalidad por diarreas con discriminación por edades y concurrencias.

#### RECURSOS DISPONIBLES

Coordinación de organismos nacionales, provinciales y municipales. Unidad directiva. Unidad normativa. Descentralización ejecutiva. Personal capacitado. Capacidad para trabajar en equipo.

Capacitar los diversos organismos sanitarios por medio de una unificación en una región dándole primordial función a lo local. Puede haber transferencia de personal y recursos. Coordinación de funcionarios responsables de las direcciones.

Selección y adiestramiento en el trabajo por equipo. Vincu-

lación de la Universidad y la región, con el pueblo por la Educación Sanitaria. Extensión universitaria y campañas populares de difusión.

Coordinación con hospitales locales y regionales e instituciones privadas específicas.

Unidad de dirección ejecutiva.

Unidad de orientación y práctica sanitaria.

Normativa y coordinada de programas y acciones. Unidad del equipo sanitario técnica y espiritualmente.

Aconséjase la creación de una estructura sanitaria funcional bajo *el principio* de la regionalización que será la organización única y de responsabilidad integral para todos los problemas de la salud en un área geográfica determinada". Chaco, octubre 1959 — Seminario Materno infantil, Conclusiones y recomendaciones.

En un serio trabajo el Dr. Remo Bergoglio: "Bases para una Planificación Sanitaria de la Prov. de Córdoba", se lee: "Será función del distrito el contralor sanitario de la región y control administrativo procurando la descentralización. Este programa debe cumplirse por etapas ya que resulta imposible hacerlo de inmediato en todas partes. Al frente de cada distrito sanitario debe estar un jefe con un trabajo mínimo de 6 horas diarias". Se olvidó nuestro talentoso colega de agregar: bien remunerado.

Existen en el país 30.000 médicos, uno por cada 666 habitantes, con una mala distribución, desde el punto de vista terapéutico y geográfico pero concentrados en los mayores núcleos poblatorios, situación debida al fenómeno de centralización a la Capital Federal, Gran Buenos Aires, capitales de provincias y alguna que otra ciudad populosa y más de 7.000 estudiantes repartidos en las Universidades de La Plata, Rosario, Capital Federal, Córdoba, Mendoza, Corrientes y Tucumán. Tal número de estudiantes y Facultades está probando que el problema de la salud pública, su organización y fomento tendrá técnicamente soluciones.

Naturalmente que nos encontramos ante el fenómeno mal

llamado de plétora, pero esta es una plétora, si la examinamos profundamente, falsa, pues corresponde a una economía de la explotación y de la miseria, ya que hemos visto la enorme cantidad de seres que carece de asistencia médica general y especial, por no poderla pagar. Es decir, en nuestra sociedad no se puede pagar una medicina asistencial y preventiva de la altura científica de los tiempos, por dificultades económicas de las masas, pero nosotros vemos claramente que el país se está preparando por lógica de su destino para dar asistencia médica completa preventiva y curativa planificada de protección, promoción y reparación, con objetivos a largo o corto plazo, preparando sus unidades, porque si es verdad que 30.000 médicos son muchos para una población de 20 millones de habitantes, de los cuales cerca de 8 millones no pueden pagarla, por la existencia de un régimen social y económico de compra y venta de la salud, seremos pocos todavía para una gran medicina preventiva e integral, socializada o funcional en que la total población goce de una completa asistencia.

Hemos de tener en cuenta siempre que nuestra magnífica medicina no ha pasado de su fase curativa y está limitadísima, como vimos. Por lo tanto los médicos, odontólogos y demás miembros de las ramas de curar no son muchos; no hay plétora. Lo que podemos decir es que hay muchos desocupados por una gran miseria o desorganización nacional y aquí los datos incompletos que he anotado, lo prueban.

Poner cortapisas a los estudios médicos está bien para una medicina capitalista agónica, pero no para cubrir las ingentes necesidades de la salud pública de las masas actuales. Nuestros jóvenes médicos se preparan para una nueva medicina que es la de masas y trabajo por equipo que debemos esperar su llegada preparándonos por medio de un seguro social.

Claro que en este cuadro entran los estudiantes de quienes diremos sólo dos palabras.

En la década de 1939-48, ingresaron en la Universidad de Córdoba 15.156 estudiantes y egresaron 6.059. En la segunda década de 1949-1958 ingresaron 43.196 y egresaron 8.138..

El costo por egresado en 1957 fue de 145.568 y en 1958 de 314.706. Hoy podemos calcular que cada egresado cuesta en Buenos Aires 550.000 pesos y en Rosario aproximadamente 400.000, lo cual crea una inmensa responsabilidad para los estudiantes, pues estas sumas se extraen de la colectividad, del standard de la población, trabajo humano que paga sus técnicos y espera de ellos su utilidad societaria como técnicos de primera categoría y a esto hay que responder positivamente.

En Buenos Aires ingresaron en la Facultad de Medicina en 1957: 3.284; en Córdoba 1.155; en Corrientes 102; en La Plata 479; en Mendoza 82; en Rosario 565 y en Tucumán 311. Total: 5.971, que en la actualidad habrán sobrepasado los 8 mil teniendo el país más de 45.000 estudiantes universitarios en 1959. Agregaremos que en 1956 Argentina tenía un médico por cada 900 habitantes y Norteamérica 1 por 700.

Padecemos también una crisis médica íntimamente relacionada con la estructura de nuestra sociedad.

La asistencia privada —dijimos— sólo puede ser financiada por una minoría de la población. Las dos terceras partes no puede costearse una medicina completa. Más del 10 % no puede pagar nada; del 15 al 40 % van a Obras sociales: aproximadamente más de 8 millones de personas.

En la estructura social de nuestro país la población activa se distribuye como hemos visto, en los niveles siguientes: Clase alta 0,7 % clase media superior 6,6 %; clase media inferior 32,9; clases populares 59,9 en estos momentos aproximadamente 12 millones.

En síntesis, una clase media que se aproxima al 37 % de la población y el proletariado en general que pasa del 62 % Otros cálculos dan para la capital federal, como clase media, incluyendo burocracia un 48 % y para las clases populares un 52 % incluyendo entre las primeras un 2 % de capitalistas grandes. La clase media representa el 29 % de la población activa. Naturalmente que los cálculos son diferentes en porcentaje cuando se compara la Capital, el Litoral, Tucumán

mán, Santiago. Cifras del Dr. Gino Germani: "Estructura social de la Argentina". Editorial Raigal S.A.

Lo importante es agregar que la inflación ha destruido el poder adquisitivo de una clase media baja, incorporándola al proletariado, aumentando el número de personas que no pueden pagarse una medicina completa y trayendo a los médicos una crisis en el momento preciso en que aumenta su número.

La renta Nacional en el año 1958 fue de 317.000 millones. El presupuesto de Salud Pública de la Nación fue de 3400 millones; el 19,7 del presupuesto general. Otros ministerios gastan 1500 millones. Los presupuestos provinciales de Salud Pública insumen 4000 millones. Los presupuestos municipales 2.200 millones; las mutualidades gastan 1.200 millones y la asistencia privada se calcula que cuesta 5.000 millones. En total 17.300 millones. La Municipalidad de la Capital Federal gastó en 1959 la cifra de 2.300 millones en Salud Pública. Datos del presidente de la Comisión de Salud Pública Dr. Torréns que agradezco al Dr. S. Provenzano.

Claro que todas estas sumas administradas por sanitarias y no por políticos podrían asegurar el principio de una discreta Sanidad.

Como hemos demostrado, nuestro problema médico-sanitario es una cuestión de técnica económica, integralmente social y hasta de honda estructura de reconstrucción y no podrá ser resuelto si se toma solamente uno de sus aspectos como el que hasta hace poco tiempo, ha tomado la Universidad, creyendo que es solo un asunto de más o de menos técnicos de óptima calidad, limitación del número de alumnos o sólo de presupuestos de las diversas escuelas. El país necesita buenos y cada vez más profesionales preparados, esta es una de las funciones básicas que inexorablemente ha de cumplir el estudiante; a nadie se le escapa la contradicción formidable que hemos citado, de una desocupación médica frente a una enorme morbilidad, alta mortalidad y un déficit de servicios prestados como el expuesto en este rápido e incompleto resumen,

P O B L A C I O N D E L P A I S

(Dirección de Estadística y Censos Nacional)

R.A. (Rep. Argentina) B.A. (Prov. de B. Aires) C.F. (Capital Federal) R.C. (Región Conurbana)

	1947		1953	
R.A.	Población (totales)	16.100.419	18.568.564	39,1 % pob. total
	» 0-9 años	6.502.175	7.267.849	21,7 % pob. total
	Nacimientos (totales)	3.407.780	4.033.942	
	Nacidos vivos	409.823	465.148	24,6 ‰ natalidad
	Nacidos muertos	398.468	452.660	2,8 % de nac. vivos
B.A.	Población (totales)	4.315.881	4.903.410	26,4 % pob. total
	Nacimientos (totales)	78.242	95.497	
	Nacidos vivos	75.966	93.290	19,3 ‰ natalidad
	Nacidos muertos	2.276	2.207	2,4 % de nac. vivos
C.F.	Población (totales)	3.017.913	3.494.705	18,8 % pob. total
	Nacimientos (totales)	58.501	68.576	
	Nacidos vivos	56.631	66.514	19,2 ‰ (natalidad)
	Nacidos muertos	1.870	2.062	3,1 % de nac. vivos
R.C.	Población (totales)	1.758.659	2.025.098	10 % pob. total
				41 % pob. B.A.

ni podrá tampoco ser resuelto en una economía trustificada o subsidiaria.

La Escuela de Medicina organizará este aspecto de alta preparación, pero los resultados de que pueda haber plétora de médicos en las ciudades y millones de ciudadanos sin asistencia, están determinados por la economía de los monopolios y de la ganancia.

Preparemos también a los jóvenes en esta comprensión de sus servicios integrados como función en la sociedad y entonces nos daremos cuenta que no hay muchos médicos, ni sobran técnicos, ni sólo están mal distribuidos, pues faltan miles de especialistas y cuéntanse millones de enfermos sin asistencia.

La incapacidad de pago que tienen las masas proletarias (no hablemos de los sin trabajo) y clase media en crisis, se une a la insuficiencia para aprovechar racionalmente la labor de millares de médicos desocupados o semi desocupados que van ingresando lentamente a un nuevo proletariado. . .

Nuestra medicina ni las altas escuelas que preparan tales técnicos han fracasado. Lo que ha fracasado es el régimen societario que divorcia nuestras técnicas integrales y nuestro trabajo, del hombre y de la humanidad.

**JUAN LAZARTE**

L. N. Alem 2973, Rosario