

REVISTA DE SALUD PUBLICA

7



DIRECTOR "AD HONOREM"
Dr. NOEL H. SBARRA

PUBLICACION DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

CONTENIDO

	Pág.
LA DIRECCIÓN: <i>La medicina y las ciencias sociales</i>	9
ELSA M. MASSOLO: <i>La educación sanitaria en los servicios de salud</i>	11
ALFREDO RABINOVICH: <i>Sobre el método epidemiológico</i>	23
SERGIO PROVENZANO: <i>Sobre cobertura del riesgo de enfermedad en la Argentina</i>	28
LÍA BARREDA y MABEL FRANÇOIS: <i>El departamento de alimentación en el hospital</i>	43
ABRAAM SONIS y CARLOS MARTINI: <i>Financiación de la salud pública</i>	47
H. SAN MARTÍN y R. MERINO: <i>La atención médica en los programas de salud</i>	67
ANTONIO J. GONZÁLEZ: <i>Costo relativo por prestación útil</i>	74
C. FERRERO, C. COLOMBO, F. FERRARA y N. MARCHEVSKY: <i>Estructura de la mortalidad en la provincia de Buenos Aires</i>	86
NEMO TOMASSI: <i>Sistemas modernos de eliminación de basuras</i>	95
JULIO ROSSELLI: <i>Distrofia infantil y educación médica</i>	108
REPORTAJE	
<i>Sobre el incremento de la sífilis. Contesta el Dr. Alcides Conti</i>	117
CRONICA	
<i>Los maestros: Domingo Cabred, por Moisés Malamud</i>	122
SEMINARIO	
<i>Sobre enseñanza de la pediatría social</i>	126
INFORMACION TECNICA	
Educación para la salud en la escuela primaria	129
La entrevista, técnica de estudio y observación del comportamiento humano	134
La naturaleza de la educación sanitaria de la comunidad	138
Pérdidas ignoradas en el servicio de lavandería	148
Reducción del período de tratamiento obstétrico en hospitales	150
Investigación sobre estadísticas de mortalidad en las Américas	152
INFORMACION GENERAL	
Noticias diversas	156



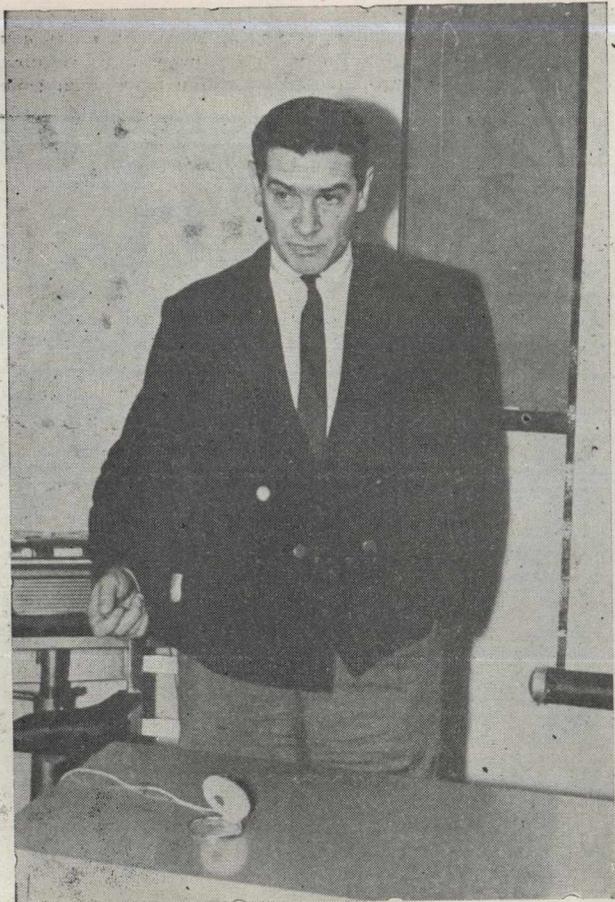
El ministro de Salud Pública de la provincia de Buenos Aires, Dr. Abelardo M. Costa, visita diversos establecimientos sanitarios de Berisso. Lo acompañan el intendente municipal de dicha ciudad, Sr. Andrés Bruzzone, los doctores Leandro Sánchez, Telmo López Aranguren y otros altos funcionarios.



La doctora A. Rosales dando una clase de educación sanitaria odontológica en la Escuela N° 102 de la ciudad de La Plata, sita en la calle 7 esquina 32



El subsecretario del ministerio de Salud Pública de la provincia de Buenos Aires, Dr. Mario Tamarit, acompañado por los directores de Protección de la Salud y de Relaciones Públicas, doctor Gonzalo Basilio Cid y señor José J. Invernizzi, respectivamente, recibe de manos de los dirigentes de la casa "Plomel" S. R. L., la donación de un detector de plomo en el aire de los ambientes industriales, con destino al departamento de Medicina del Trabajo.



El 14 de julio del año en curso, habló sobre "Etiología de las leucemias", en el Instituto Biológico, dependiente del ministerio, el doctor Ezequiel Holmberg.



En el Instituto Biológico dictó una conferencia, el 11 de junio, el científico chileno Dr. Eduardo Fuenzalida, descubridor de una nueva vacuna contra la rabia.

La medicina y las ciencias sociales

REFIRIÉNDOSE a la necesidad de que las ciencias sociales integren la enseñanza de la medicina, que aún hoy asienta, casi exclusivamente, en las llamadas ciencias naturales, el doctor F. A. Crew, profesor de salud pública y medicina social en la Universidad de Edinburgo (Escocia), dice: "El joven médico que practica fuera de los hospitales descubrirá —lo que una vez aprendió en sus cursos de pediatría y psiquiatría y luego olvidó— que el individuo no es meramente un organismo que vive en un mundo físico externo, no es tan sólo miembro de un sistema ecológico, sino que forma parte de una sociedad particular y que es el producto de una determinada subcultura. Entonces advertirá su falta de preparación en los campos de la sociología, la psicología social y la antropología, y lamentará que su legítimo deleite en los aspectos científicos de diagnosis, patología y terapia le impidiera ver que la enfermedad, en último análisis, es sufrimiento".

Es que, en verdad, ya no se puede admitir que la medicina moderna deseché la consideración de los factores sociales que gravitan sobre la salud y la enfermedad. Y si el desarrollo de las relaciones entre medicina y ciencias sociales es reciente, mucho más lo es en nuestro medio, al punto que muchos médicos no han tenido ningún contacto con estas últimas a su paso por la Facultad. Con todo, justo es reconocerlo, entre nosotros se va abriendo camino, cada vez con mayor claridad, la idea de las relaciones existentes entre economía y salud; lo indican algunos estudios realizados recientemente en este campo, incluyendo unos pocos sobre determinación de costos de la asistencia médica, y el movimiento, cada vez más ceñido, en torno al seguro contra la enfermedad y seguro de salud, que será materia de debate de las III Jornadas Argentinas de Salud Pública, a realizarse el próximo mes de noviembre en Mar del Plata.

"La antropología y las ciencias sociales —anota el Dr. Hernán San Martín, profesor de la Universidad de Concepción (Chile)— ofrecen dos cosas especifi-

cás al trabajador de salubridad: un punto de vista que le facilitará el conocimiento de la población en que trabaja y algunas técnicas y métodos específicos para hallar la solución a problemas concretos". Entre las ciencias sociales en íntima relación con la medicina debemos incluir la psicología social, aplicada a conocer los problemas mentales y las reacciones del hombre en grupo o en comunidad; y de igual modo la sociología —en estrecha conexión con aquélla—, que "plantea al médico la necesidad de considerar al paciente no sólo como un organismo enfermo sino como una personalidad y como miembro de una familia con un puesto en la colectividad". Es que el nucleamiento de los individuos en la comunidad no es en modo alguno indiferente para la salud: es bien notoria, verbigracia, la diferente morbilidad y mortalidad entre los diferentes grupos económicos; y cómo ciertos problemas sanitarios y sociales se acendran en determinados grupos humanos y en las regiones donde ellos viven. Al respecto no es necesario ejemplificar más largamente.

E igualmente la antropología —sobre todo la antropología cultural— sirve de modo primordial a la medicina, desde que el individuo es producto de una determinada cultura. Ciencia de síntesis, la antropología ayuda, tal vez como ninguna otra ciencia del comportamiento humano, a la medicina asistencial y a la medicina sanitaria —dos aspectos de un mismo quehacer— a conocer al hombre. Desde que el individuo es producto de una determinada cultura (sus hábitos, sus ideas, sus costumbres, sus creencias, etc., dependen de ello), el conocimiento de los valores culturales de una comunidad es sustancial para el sanitarista; y lo es, en primer lugar, porque está en directa relación con la aceptación de programas de salud por parte de esa comunidad. Es que no basta que el especialista conozca las técnicas médicas y sanitarias, sino que tanto como ésto importa conocer a las gentes y a la colectividad donde se van a aplicar dichas técnicas.

Paulatinamente se va venciendo la resistencia —suerte de contrapelo, natural por lo demás a todo cambio— que provocara la aplicación de las ciencias del hombre en el estudio de los problemas de salud. En muchos países las facultades de medicina han incorporado en las últimas décadas a su "currículum" materias que en este terreno van despejando al estudiante nuevos y luminosos horizontes. Y felicitémonos que los vientos de renovación soplen ya sobre nuestras escuelas médicas.

LA DIRECCIÓN

La educación sanitaria en los servicios de salud

ELSA M. MASSOLO

Licenciada en Educación para la Salud

Jefa de capacitación y adiestramiento de campo en la Dirección de Educación Sanitaria y Social del Ministerio de Salud Pública de la Nación

Es la intención de este artículo tratar de dar respuesta a una serie de inquietudes que están preocupando a los educadores sanitarios y aun a todos los profesionales de la salud pública. Mucho se ha enriquecido esta disciplina —la educación sanitaria— con el aporte de nuevas experiencias, conocimientos y técnicas, especialmente en áreas como la de las ciencias de la conducta, la comunicación, los medios audiovisuales y, en fin, todas aquellas relacionadas con la organización de la comunidad.

Igualmente, es un hecho que cada vez se reconoce más su misión dentro de los servicios de salud y que ha aumentado paralelamente lo que se invierte en personal y otros recursos para solventar sus necesidades. Pero, cuando se trata de poner la educación sanitaria a trabajar eficientemente dentro de los servicios de salud, bien administrada e identificada con sus programas, es también evidente que las frustraciones y los problemas se adelantan a los éxitos.

Para expresar esto brevemente podríamos formularnos el siguiente planteo: pa-

rece estar claramente establecido cuál es la misión, en general, de la educación y cuáles son sus armas, pero ¿está a su vez claramente determinado cuál es su función y cuál su forma de actuar en los servicios de salud? En otras palabras, ¿hemos fijado la forma de llevar a la práctica el conocimiento que ya poseemos teóricamente?

Por de pronto, sabemos que no existe un criterio uniforme sobre la función y la metodología de trabajo de la Educación Sanitaria en los servicios de Salud. Esto es importante. Ningún servicio puede llegar a un alto grado de eficiencia si desconoce los fundamentos y las formas esenciales de su acción. También sabemos que este hecho influye poderosamente en la opinión de autoridades y profesionales de salud pública, quienes ven en la educación sanitaria una herramienta útil para los más dispares objetivos y fuerzan en la práctica, a este servicio, a realizar actividades parciales e incongruentes. Ora es una oficina de propaganda o de relaciones públicas, o un departamento de prensa o,

aún más, de coordinación de actos en la comunidad.

¿Quién de nuestros educadores sanitarios no ha mencionado alguna vez la palabra "incomprensión" de las autoridades? Pero, ¿quién de ellos a ciencia cierta, tiene una comprensión bastante cabal de qué es lo que debe hacerse y cómo hacerlo? Aquí parece residir el problema fundamental.

Vamos a intentar, entonces, dar respuesta a este segundo punto, advirtiendo desde ya que no puede haber una fórmula única y rígida. No conviene formular "recetas" fijas para necesidades y problemas que varían en cada situación particular, sino principios y métodos generales de organización y procedimiento.

Pero, avancemos por partes en este debate. La mejor manera de hacerlo parece ser la de formularse preguntas. Vamos a ellas entonces.

I. ¿De qué manera contribuye la educación, como proceso, a mejorar los resultados de los servicios de salud, o, más precisamente, a promover salud?

¿Qué es la educación? Se ha dicho que es el resultado de un proceso permanente que busca aumentar la capacidad humana y desarrollar, por el conocimiento y la experiencia, habilidades que le permitan al hombre adaptar su conducta al medio en que le toca vivir. No importa ahora entrar en una discusión filosófica sobre este problema de definiciones. Lo que importa es que ésto, en materia de salud, se traduce en que no se puede lograr bienestar sin que el hombre desarrolle habilidades y

destrezas para adaptarse saludablemente al medio ambiente.

Siglos atrás, y aún podríamos hablar de décadas atrás, la tarea se reducía prácticamente a establecer una política sanitaria para impedir la propagación de las epidemias y los males que la falta de saneamiento originaba. Había apuro por evitar las catástrofes; ¿quién no ha leído sobre las terribles epidemias de cólera o las inhumanas características de un lazareto?

Hoy el panorama ha cambiado. El mantenimiento de la salud exige la participación *activa* de la gente, su deseo y su habilidad por buscarla y conservarla. El problema de mantener la salud mental de la población o —más de actualidad— la lucha contra las diarreas infantiles y la mortalidad por esa causa, son apenas dos ejemplos que muestran la necesidad de que la comunidad se compenetre con los servicios que se le prestan; que ayude, "educándose" para colaborar con esos servicios.

Poco podríamos hacer sin esa participación activa de la gente. La fuerza "policia" ya no alcanza para conseguir los fines propuestos en materia de salud. Hay que trabajar con la gente y no sólo para ella.

En suma, las tareas educativas que un servicio debe emprender no son sólo un complemento más de los programas de salud, sino un elemento indispensable en cada una de sus etapas, para lograr:

1. Una comunidad informada de sus problemas de salud y de los servicios con que cuenta, por parte de los organismos sanitarios, para atenderlos.

2. Una comunidad que acepte la responsabilidad por su salud, ya sea a través de la creación de hábitos saludables en la conducta individual diaria, o en su participación pública en el mantenimiento y desarrollo de los servicios de salud de la comunidad.

3. Una organización de salud pública cuyos profesionales estén conscientes del valor de la educación sanitaria. (La mayor comprensión acerca de sus contenidos facilita la interpretación de los problemas de salud resultantes muchas veces de complicados fenómenos socio-culturales, convence del apoyo popular indispensable a la ejecución de las acciones profesionales y, por último, favorece el trabajo en equipo).

II. Como se ha visto, la educación tiene importancia capital. Pero ¿quién debe cumplir esta función educativa en los servicios de salud?

Hablamos de la importancia que tiene la educación como proceso que tiende a mejorar las prestaciones de los servicios encargados de la salud de la población. Veamos ahora quién tiene que ver con ello.

Creemos que los que deben llevar adelante el proceso educativo son todos los que integrando un servicio cumplen tareas relacionadas con la atención y el control de la salud popular. Es decir, el personal profesional, técnico y quienes en general sirven los fines de la unidad. Todos, entonces.

Una primera razón se asentaría en que cada prestación hecha por el servicio encierra un componente educativo. Es indu-

dable que será más fácil y de mayor rendimiento adiestrar en métodos y técnicas educacionales a quienes están continuamente atendiendo a la comunidad que delegar esta función en un educador especializado.

Muchas veces aparece subestimada o, peor, desestimada, la importancia del *adiestramiento en servicio*. Tal vez por no existir suficiente comprensión acerca de las pérdidas que en tiempo o personal significan los esfuerzos aislados. Mientras tanto, educación sanitaria debe ir cumpliendo una de sus tareas de mayor prioridad como es la de capacitar en el manejo de su metodología a quienes tienen relación directa o indirecta con la salud de la población. Este camino podría parecer más difícil pero, a la postre, es el más rendidor.

Otra razón de interés es considerar que no resulta eficiente en materia de costos desprestigiar todo ese personal que es quien tiene contacto diario con la comunidad, para reemplazarlo por el educador sanitario o un personal "con" funciones de educador sanitario. Sin duda es más funcional y lógico convencer a los integrantes de un servicio de la importancia de utilizar las oportunidades educativas y enseñar los alcances de las responsabilidades en el quehacer de cada uno.

Este quehacer se cumple muchas veces a partir de etapas previamente planificadas, pero otras, se realiza ocasionalmente en cualquier circunstancia originada por el simple contacto del personal del servicio con la comunidad. De esta manera se va estableciendo toda una cadena de hechos educativos en los que todos importan aun-

que no les quepa otra función que la presencia física. Estamos pensando en un médico examinando a un paciente, en la labor orientadora de la enfermera, en la actitud de un portero limpiando, en el desarrollo de una clase o una entrevista.

Esto podría resultar incómodo para quien supone que la educación sanitaria sólo ha de llevarse a cabo sobre terreno virgen, cumpliéndose como obra redentora o volcando contenidos parcializados sobre sectores especiales del servicio o de la comunidad.

Pero ocurre que la educación forma parte de un fenómeno más complejo, aunque a veces nos resulte seductor trabajar en campos seleccionados. Tampoco su función es privativa de la acción de un personal especializado. Pensemos en la gente que va a atenderse a un servicio. Sabemos que no concurre a él con la finalidad expresa de "educarse". Va a curarse, a controlarse.

Y bien, a lo largo del trato que se le brinda se van cumpliendo una serie de hechos concatenados que envuelven:

- a) La responsabilidad de todos los que integran el servicio;
- b) Porque esto se cumple como un proceso y, como tal, se da dinámicamente a través del tiempo de una persona a otra, de uno a otro grupo progresivamente;
- c) Porque lo educativo nace en la presencia física y la actitud humana.

Pero, nos preguntamos, ¿quién es el que coordina estas acciones? ¿Quién concentra estos esfuerzos para que tengan una relación lógica? Aquí aparece el educador sa-

nitario. Ese es su papel, de cuya proyección nos ocuparemos luego con más intensidad. El educador se ha capacitado sobre una base de conocimientos específicos para poder desempeñarse como nexo eficaz en el servicio de salud. Será quien se encargue de que todos cumplan con la parte que les cabe en esta cadena que tiene objetivos comunes a todos. Su presencia activa en el grupo de salud pública estará fortaleciendo continuamente la tarea educacional.

Intencionadamente nos detenemos en la competencia de su quehacer talvez para ayudar a ver, por un lado, su responsabilidad profesional y, por otro, para sacar del error de creer que únicamente se hace educación sanitaria en un servicio de salud cuando se cuenta con este personal.

En suma, el educador sanitario trabaja junto al administrador de la repartición o servicio, planificando los pasos del desarrollo de las actividades educativas, buscando la mayor coordinación de acciones y personas. Su orientación y la asesoría que pueda prestar la hace a través del propio servicio y del adiestramiento a individuos y grupos de la comunidad.

Y bien, si la actividad educativa se desenvuelve con la cooperación de todos los integrantes del organismo,

III. *¿Conviene crear unidades específicas de educación sanitaria?*

Evidentemente sí, si tenemos en cuenta la importancia dada a la educación como proceso que se cumple a través de acciones coherentes. Deseamos referirnos a

aquellas que no sólo se dirigen a la comunidad sino que también se cumplen "hacia adentro", hacia el servicio.

Para esto se hace necesario concentrar cierta capacidad profesional en un cuerpo especializado que técnicamente asuma responsabilidad en funciones de planeamiento, coordinación, asistencia técnica, normatización, evaluación. Este cuerpo profesional trabaja a partir de una estructura interna de la organización, cuyas líneas administrativas sigue, pero, entiéndase bien: actuando con los demás, en unidad con el resto de acciones sanitarias, integrado a otras actividades del cuadro en que se encuentra (ministerio, centro de salud, organización hospitalaria o sector de salud).

El funcionamiento y jerarquía de la unidad de educación sanitaria dependerá, claro está, de la disponibilidad técnica y de la magnitud de la organización con la que esté trabajando. De su encuadre orgánico hablaremos después. Hasta aquí bastaría comprender el alcance que tiene su servicio, de "alimentar" con la aplicación de recursos educativos aquellos programas en marcha dirigidos a lograr el apoyo y el bienestar de la comunidad, "el consumidor".

Entonces no está demás recordar que educación sanitaria no debe ser vista como un apéndice de un organismo de salud, una nueva oficina, o una modalidad burocrática más.

Y lo más importante es que esto se comienza a partir del personal del servicio. No deja de ser cierto de que trabajar *con* la gente y no *para* la gente, es un ya ma-

nido "slogan" que tiene que empezar por tener vigencia desde la propia organización.

IV. *Hablamos de estas unidades técnico-administrativas y esbozamos que servirían para asumir tareas de planeamiento, evaluación, etc.; con mayor precisión: ¿cuáles serían entonces las funciones específicas de estas unidades de manera que se complementen los criterios antes trazados?*

La unidad o departamento de educación sanitaria actúa a nivel central o local dependiendo su línea interna de la estructura general y de los recursos. Esto parece tan obvio como señalar que el nivel central debe normatizar, coordinar, evaluar las acciones educativas ejecutadas en el orden local.

Pero, ya se trate de uno u otro plano las actividades se cumplen en dos sectores de influencia: en el del servicio, envolviendo al propio personal profesional, técnico y auxiliar (antes hablábamos de acciones coherentes que se hacen "hacia adentro"). Las otras van dirigidas al individuo, la familia, los grupos sociales de la comunidad.

Vamos a ocuparnos de la administración de estas funciones partiendo de que el trabajo en estos campos, y sus resultados, se influyen recíprocamente. Puede suponerse que se contraponen o son estadios diferenciados; aquí el servicio, allá la comunidad, pero no es así. Cuando se repite que "fomentar el establecimiento y apropiada utilización de los servicios de

salud" es el "tercer propósito general de la educación sanitaria" (Comité de Expertos en Educación Higiénica del Público)*, ¿se está consciente de que su verdadera utilidad dependerá del apoyo activo de la población, de que ella lo acepte como grupo humano y técnico?

A este concepto hay que empezar por formarlo y sentirlo desde adentro. Primera obligación de la unidad de educación sanitaria. Pero volvamos a sus funciones, a ver cómo trabaja orgánicamente. Desde ya que no fijamos ningún tipo de esquema puesto que las variaciones de su encuadre están sujetas a la necesidad que atiende y a recursos en personas o equipos materiales.

Básicamente estas funciones se agrupan en Planeamiento, Adiestramiento de Personal y Producción de Medios Audiovisuales. Las de Investigación y Evaluación forman a veces una cuarta sección de actividades aunque lo más frecuente es que las veamos junto a las de Planeamiento. De las tres primeras se ha hablado bastante otras veces y son las más socorridas o advertidas. Con todo, subrayaremos que *Planeamiento* normatiza y asesora los aspectos educativos de los programas, determina objetivos de trabajo, planifica la oportunidad de los contenidos, identifica recursos, selecciona métodos, proyecta coordinaciones o fija criterios de evaluación relativa al costo de actividades.

Adiestramiento es la división que organiza la labor de capacitación de la unidad entrenando en métodos educacionales o el

manejo de materiales y técnicas. La supervisión en terreno es una tarea que le debe preocupar especialmente.

La sección de *Medios Audiovisuales* entiende en la elaboración, selección y distribución de materiales que recomienda la de Planeamiento para auxiliar los contenidos educativos. Pero es nuestro interés dedicar de inmediato unos renglones a la función de *Investigación y Evaluación*. Sabemos que es lo suficientemente importante como para merecer más tiempo y papel. A pesar de esto, no queremos sólo mencionarla sino además ayudar a que estas palabras vayan dejando de ser sólo eso, palabras.

Sabemos que el de la educación sanitaria es un campo de muy poca evidencia objetiva acerca del valor de sus métodos. Una serie de factores que operan negativamente para la obtención de pruebas concretas sobre su efectividad (desarrollar comprensión en materia de salud, complejidad del aprendizaje y cambio de la conducta humana, variables del medio socio-cultural, etc.) hacen extraordinariamente difícil medir muchas veces el alcance de sus objetivos. Aunque precisamente por eso surge la necesidad de la investigación y la evaluación a fin de relacionar los esfuerzos con los resultados.

Estas acciones son integrativas de cualquier programa de acción y no limitadas a personas con adiestramiento especializado. Antes de tomar decisiones o determinar objetivos, ¿no acumulamos sistemáticamente hechos y opiniones que fundamenten

* Serie de Informes Técnicos, Nº 89, O. M. S.

un plan? ¿no hacemos mejor uso de los resultados cuando han sido plenamente analizados los hechos?

La función de evaluar —considerada como una forma especializada de investigar— debe ser un proceso mucho más activo en nuestros trabajos de rutina. Saber o intentar saber hasta qué punto nuestros esfuerzos cumplen con lo que nos fijamos; descubrir las razones del éxito o del fracaso de un programa es, sin duda, trabajar con mente lógica.

Aun en el caso difícil de adelantar una investigación científica rigurosa en Educación Sanitaria creemos que hay muchas maneras de hacer un análisis crítico, continuo y sistemático de la evidencia. Aumentaremos la exactitud de nuestras decisiones y ayudaremos a mejorar los procedimientos en los programas de salud.

F. ¿Hay algunos otros elementos o propósitos útiles para llevar adelante una administración más adecuada de las funciones programáticas de Educación Sanitaria?

Hasta aquí pareciera que educación sanitaria pretende ser el servicio informativo-educativo por excelencia. Pero en la práctica nos encontramos muchas veces con que el propio administrador o director de la organización con la que actúa, no sabe ciertamente para qué está o cuál es su misión.

¿A qué se debe esto? ¿Es falla del administrador, del director del organismo? Podría ser que su adiestramiento profesional fuera incompleto en esta materia o

deficiente su información acerca de este servicio.

Pero, fundamentalmente, es falla del educador o del personal responsable de poner “en órbita” las actividades educativas. Tal vez no se tenga una clara visión de cómo desenvolver la tarea. O no se tenga conciencia de la condición de elemento “aglutinante” que resulta ser un educador.

Esto nos parece importante. El educador trabaja entonces aisladamente, por cuenta propia. De esta manera la unidad de educación sanitaria y el educador son una especie de “vendedor independiente” del resto del equipo y de la organización. Y las funciones programáticas de las que antes nos ocupamos no tienen entonces razón de ser.

Hay una serie de actividades o funciones de tipo general, muy particulares de la esfera del educador, que ayudan a aumentar la comprensión sobre lo que hace o debe hacer Educación Sanitaria. Llamémoslas funciones “generales”. Ellas forman un núcleo muy singular de tareas que necesitan de la habilidad del educador para hacer interpretar correctamente tanto las normas de la unidad como su importancia. Su personalidad individual y profesional debe demostrar a cada paso la eficiencia del servicio.

Su percepción de las situaciones y de los hechos, la oportunidad de su actuación, su papel de motivador dirigido a lograr cambios, su habilidad técnica, en fin, estarán acentuando la importancia de las prestaciones educativas.

Es indudable que estas acciones de “mantenimiento” facilitan la puesta en

marcha de las formulaciones que hacen las secciones técnicas. En definitiva, creemos que el educador, juntamente con el administrador de la organización, es quien observa, asesora, evalúa al servicio como grupo humano trabajando. Más: es quien debe "ver" al servicio tridimensionalmente: como una unidad normativa cuando maneja técnicas de administración de funciones (planeamiento, determinación de objetivos, normatización, etc.). Como una unidad psicológica cuando mejora los mecanismos de las relaciones humanas y públicas o los sistemas de comunicación internos y externos del servicio; en otras palabras, sabe poner en juego las herramientas necesarias a una conducción más aceptable de la información o la educación. Y, por último, como una unidad social cuando busca o despierta la cooperación de todos, cuando interesa al personal a promover un mejor trabajo en equipo.

Y bien, esto hace parecer que el educador sanitario ha de ser alguien excepcional. No, no confundamos el sentido de un concepto que es necesario relativizar. No se pretende que el personal de la unidad —de sus niveles técnicos hablaremos en seguida—, sea infinitamente competente o extraordinario. Lo que se necesita son educadores con buena formación profesional y personal, con prestigio y status. Entendámonos: nos estamos refiriendo no a personas excepcionales sino a su trabajo de "características excepcionales".

VI. Para el cumplimiento de las funciones de una unidad de Educación Sanitaria, ¿qué personal debe asumirlas?, ¿qué tipo de formación debiera poseer?

La necesidad de integrar los servicios de educación sanitaria con personal especializado abre interrogantes de gran interés si nos introducimos en un área específica como la del adiestramiento. No hay duda que si discutimos en este terreno, bien pronto nos daremos cuenta que la primera prioridad en capacitación de personal está en formar administradores de programas y de servicios.

Esto no le quita ni función ni importancia a la educación sanitaria puesto que a ella le incumbe el "qué" y el "cómo" convencer a estos especialistas del buen empleo de técnicas y procedimientos educativos. No olvidemos que nuestra actuación como educadores está en función de la de otros profesionales sanitarios, es únicamente complementaria de la de éstos.

Pero no podemos entrar ahora en un planteo cuidadoso, como sería nuestro deseo, acerca de cómo buscar el desarrollo armónico de las profesiones dentro de las áreas de capacitación en salud pública y en relación con las necesidades del país.

Baste decir con respecto a este punto que es necesario contribuir a formar un "equipo de salud pública" según una razón lógica y no profesionales aislados de la educación sanitaria. Un personal para estas unidades capaz de atender las necesidades reales y de conformar los niveles requeridos.

En general creemos que hace falta, en cuestión de educadores sanitarios, elemen-

tas con capacidad y formación que favorezcan la integración más efectiva no sólo con otros técnicos sino además con los otros aspectos o actividades de salud.

Las unidades colocadas a nivel central exigirán un educador sanitario de nivel superior. Mucho se ha discutido si debe ser médico quien asuma su dirección o jefatura. Aunque no es imprescindible, la jerarquía y la tarea normatizadora y asesora en este plano justifican ampliamente el costo de utilizar sus servicios. Ha de ser un médico graduado en salud pública con preparación en educación sanitaria. De no contarse con los recursos humanos y económicos, o con la persona ideal, la función es asumida por un educador sanitario profesional con señalada formación sanitaria aunque sin descuidar la educación.

Este educador sanitario, con formación profesional en Escuelas universitarias suele satisfacer otros niveles de tipo intermedio junto a coordinadores o jefes de programas, en zonas limitadas o dependientes de una oficina de planeamiento central de Salud Pública que los incluye.

En nuestro país es escaso el personal profesional capacitado para llenar los niveles superiores. Pareciera existir preocupación por formar solamente legiones de educadores sanitarios o "auxiliares de educación sanitaria" para trabajo directo en terreno o para integrar indiscriminadamente los equipos de salud.

Nos olvidamos que por ahora, y hasta tanto completemos racionalmente los cuadros de capacitación a que hicimos referencia, lo importante es formar poco per-

sonal pero con intenso adiestramiento general de salud pública —no sólo de educación—, con mucha jerarquía y calidad individual y con dominio bastante desarrollado de lo que quiere decir "planeamiento". No hay que pretender llenar el déficit con entrenamiento masivo de educadores a medio camino, y sin un plan concreto de como utilizarlos, de cómo supervisar su tarea y proyectar su adiestramiento progresivo.

No está demás señalar en esta ocasión la conveniencia de plantearse estos problemas creados por la diversidad de cursos, cursillos, categorías de títulos y certificados de capacitación que obtiene en nuestro país el personal que se adiestra en educación sanitaria. Creemos que sólo con la discusión inteligente de los responsables de llevar adelante los planes de entrenamiento masivo en las distintas provincias y regiones del país, dará un sentido real de qué necesidades hay que atender, qué niveles integrar y cómo hacer una supervisión eficaz de ese personal que muchas veces se encuentra en la "tierra de nadie".

Nos estamos refiriendo a su confusión sobre la responsabilidad que al regreso del "curso" debe absorber, y que excede a veces el límite de las funciones para lo cual fue preparado. A su desubicación frente al propio servicio, ya sea por incomprensión de los que lo administran, o porque el "equipo de salud" es tan mínimo que frustra su margen de expectativas técnicas o personales.

Por otras muchas razones, en fin, que desfiguran la misión de sus funciones y

hasta la misma vocación, a veces. Por eso creemos que una política clara en materia de adiestramiento de personal para integrar las unidades de educación sanitaria en relación con lo que se precisa y con lo que se tiene, terminaría con muchas dificultades. De parte de quienes dirigen el servicio y de los que desean capacitarse.

Queda en síntesis que ya se trate de realizar funciones en cualquiera de los tres niveles: **superior, intermedio** o directamente en terreno, el personal de educación sanitaria trabaja siempre con los programas o actividades de base, nunca por su cuenta o dislocando su tarea de la que está en marcha en el servicio.

Vayamos ahora a nuestra última pregunta.

VII. ¿A qué nivel de responsabilidad debe actuar esta unidad de Educación Sanitaria y con qué tipo de organización?

Ya se ha dicho suficientemente que un servicio de este tipo no lleva programas independientes sino que está para ofrecer asistencia técnica a las acciones de salud pública a través de diferentes áreas. Suponemos que la comprensión de este concepto goza cada día de mayor aceptación en los sectores profesionales, técnicos y hasta populares.

Sin duda que ello favorece el encuadre orgánico de esta disciplina en los esquemas de la administración de las funciones en los organismos o servicios.

Su estructura administrativa la sitúa como "Servicio Técnico General". ¿Qué quiere decir esto?

Los servicios técnicos generales son aquellos servicios básicos que permiten el mejor cumplimiento de las acciones encargadas del fomento, la protección, la recuperación y la rehabilitación de la salud del hombre.

¿Y su jerarquía dentro de ellos? Se encuentra al mismo nivel de otros como Enfermería, Servicio Social, Estadística, Laboratorio, etc.

Depende también, como ellos, directamente del jefe o director del organismo que los comprende, o de la autoridad máxima de éste.

Vemos más clara de este modo su función general de asistir a los demás programas llamados "de línea". Por otra parte, está a salvo, como dependencia técnica y administrativa, de considerarse desvinculada o proclive a hipertrofiar su misión.

¿Qué facultades tiene en esta posición? Como servicio técnico general formula normas profesionales, uniforma criterios educativos en diferentes programas o coordina las acciones de aquellos departamentos que necesitan en común de su asesoría y consulta.

¿Cómo actúa? Para todo tipo de servicio de atención médica, de promoción o protección de la salud y en diferentes organizaciones: nacional, provincial, municipal, regional, etc. (Dirección, Departamento, Sección). Las necesidades, los recursos y la disponibilidad técnica fijarán su estructura interna.

Hasta aquí nuestro planteo. Decíamos al principio que estábamos lejos de ajustarnos a conceptos irreversibles. Los que revisamos tratan de expresar el aporte a

una mejor información de las reales necesidades en educación sanitaria y de quienes se relacionan con esta actividad. En todo caso, se ha perseguido la satisfacción de poder brindar algunos enfoques cuyos contenidos no tienen más pretensión que ayudar a activar nuestra presencia de educadores.

RESUMEN

Un servicio de Educación Sanitaria es:

- a) Una estructura técnica y administrativa dentro de una organización sanitaria situada a nivel central o local;
- b) concebida como un servicio técnico general para asesorar y servir a los programas en marcha ya sean de atención médica, de promoción o protección de la salud;
- c) cuya acción es de carácter profesional y pública.

De esto se deduce que:

- a) El servicio de Educación Sanitaria no debería programar ni realizar sus actividades como si fuera una división dentro de la organización de salud, independiente de las otras divisiones que componen dicha organización.

En otras palabras, no debiera ser una "empresa" independiente del programa total de salud sino integrarse en cada uno desde la etapa de Planificación;

- b) Cuando se piensa en un servicio de educación sanitaria habría que tener claro que el "sujeto" de la acción es "sanitario" y "educación" sólo el vehículo;
- c) El equipo de salud pública todo es quien hace Educación Sanitaria;
- d) Educación Sanitaria no brinda servicios por su cuenta sino que alimenta a este equipo para que realice mejor sus programas a través de la educación y de la relación de sus miembros entre sí, y con la comunidad.

FUNCIONES:

- a) Planeamiento de los aspectos educativos de cada programa de salud (calendario sanitario, aspectos específicos para los programas de tuberculosis, cáncer, enfermedad de Chagas, etc.);
- b) Adiestramiento en servicio del personal de los equipos de salud: médicos, enfermeras, odontólogos, asistentes sociales, visitadoras de higiene,

- oficiales de saneamiento, etc., en principios y técnicas educativas; y adiestramiento específico del propio personal de Educación Sanitaria;
- c) Producción de medios audiovisuales (preparación de materiales, revistas, publicaciones, archivo, etc.);
 - d) Asesoría técnica y coordinación con organismos dentro y fuera de la organización de Salud Pública.

BIBLIOGRAFIA

1. Series de Informes Técnicos de la O. M. S.: *Conferencia Inter-Regional de la OPS/OMS sobre la preparación para post-graduados de trabajadores sanitarios en Educación Sanitaria* (julio 1962), Filadelfia.
2. DELORE, PIERRE: *Role and opportunities of Health Personnel for Health Education of the Public*. WHO, (1953), Ginebra.
3. HANLON, JOHN J.: *Principios de Administración Sanitaria*; (3ª Edición, 1960).
4. RILEY, TABORGA LUNDY: *Funciones de los Educadores Sanitarios Profesionales*. Servicio Nacional de Salud de Chile.
5. DERRYBERRY, MAYHEW: *The Role of Health education in a Public Health Program*, Public Health Reports, Vol. 62 (1947), N° 46, Washington.
6. BRITO BASTOS, NILO CHÁVES DE: *Educacao Sanitaria. Fundamentos. Objetivos e Métodos*. Fundación Servicio Especial de Salud Pública, (diciembre de 1963), Río de Janeiro.
7. Seminario Interamericano de Educación Sanitaria. Huampani, Perú, (abril 30-mayo 28, 1957).
8. FREEMAN R. y HOLMES E.: *Administración de Servicios de Salud Pública*; 5ª Edición, Editorial Interamericana, México, 1962.
9. Congreso Nacional de Educación Sanitaria. Alta Gracia, Córdoba, 1961.
10. *A Handbook on State, Local and joint Responsibilities of the State Department of Health*. (Prepared by the State Department of Public Health in collaboration with the California Conference of Local Health Officers). May, 1957.
11. *Community Wide Objectives and Program Practices of Local Health Departments*. Program Guides for Local Health Departments and Minimum Information Needed by a Local Health Dp. Staff. División of Local Health Service, august 1955, California.
12. *Manual Informativo de la Oficina Regional de Coordinación e Investigaciones*. Departamento de Salud, julio 1958, Puerto Rico.

Sobre el método epidemiológico

DR. ALFREDO RABINOVICH

Secretario Técnico de la Dirección de Enfermedades Transmisibles

Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación

En un corto pero interesantísimo artículo el Dr. Milton Terris de la División de Epidemiología (Unidad de Enfermedades Crónicas, de la ciudad de Nueva York) plantea una serie de cuestiones vinculadas al "Alcance y Métodos de la Epidemiología".

Esta disciplina, que tan profucos resultados ha brindado en todo cuanto se refiere al mejor conocimiento de numerosos males que aquejan a las poblaciones del mundo, ha sufrido una lógica evolución histórica en su concepción y en su práctica que hace muy conveniente una reflexión sobre su complejo contenido y los alcances de sus estudios.

Señala el Dr. Terris, que desde los tiempos en que Frost la definiera como "la ciencia de los fenómenos en masa de las enfermedades infecciosas" —eligiendo el trabajo de Snow sobre el cólera como brillante paradigma o modelo de investigación— han ocurrido una serie de cambios conceptuales los cuales, actualmente, per-

miten incorporar algunas ideas modificadoras de aquella restringida definición. Incluso en los tiempos de Frost, ya se conocían estudios sobre el escorbuto (J. Lind) cólico saturnino (G. Baker) y sobre cáncer escrotal en los deshollinadores (P. Pott) que se distinguían de las dolencias atribuidas a contagios animados. Luego, al final del siglo XIX, por fuerza de las investigaciones de Pasteur y Koch y sus descubrimientos, se introdujeron grandes avances en la epidemiología y en la prevención efectiva de algunas enfermedades.

Con el progreso en las técnicas de trabajo, con la industrialización y el urbanismo, etc., ya a fines del pasado siglo y en las primeras décadas del presente, se fueron reconociendo una prevalencia cada vez mayor de enfermedades crónicas y no infecciosas, en las que la ocupación, la nutrición, los modos de vida, etc., se constituían en sus factores o causas, algunas veces intuitas y otras claramente demostradas.

De ahí que J. Ryle en 1943 pudiera señalar una nueva modalidad que debía adoptar la epidemiología, considerando a la enfermedad dentro del medio en que se producía, esclareciendo que las enfermedades prevalentes tienen su propia y particular epidemiología (causa - distribución) vinculable con las condiciones sociales y ocupacionales y de ahí que augurara que, tarde o temprano, serían evitables en mayor o menor grado. Estos enunciados demostraron su fructífero contenido y, en estos últimos años, la definición de Epidemiología cobró una significación que abarca a los padecimientos de todo tipo e incluso acepta el desafío de determinar las condiciones en que la salud se desarrolla o puede hacerlo con máxima amplitud.

El estudio ecológico o sea de las estructuras espacio-funcionales existentes entre hombre y su medio y que se mantienen a través de una dinámica extremadamente compleja ha resultado de un incalculable beneficio.

Conjugando esos conceptos es posible hoy definir sucintamente a la Epidemiología, como el "estudio de la distribución espacial y cronológica de los diversos estados de salud de grupos humanos y de los factores que los determinan". Se incorpora en ese estudio y no puede ser de otro modo, el de las condiciones externas que rodean a los individuos y que se integran con ese conjunto.

La crítica que ensaya Terris se refiere a ciertas extensiones que algunos autores hacen del uso de la Epidemiología. En particular glosa al Dr. Morris ("Usos de la

salud y la enfermedad en poblaciones y grupos", y precisar que "la unidad de estudio de la epidemiología es la población o el grupo, y no el individuo", en su entusiasmo por los beneficios de la metodología epidemiológica, la aplica a estudios sobre la evaluación de servicios, o de atención de demanda, materia en gran parte subsidiaria de la llamada *investigación operativa*. En la práctica se incorpora en el estudio epidemiológico, la prueba y valoración de medidas sanitarias adecuadas para la prevención, control o erradicación, a veces con carácter francamente experimental y otras, de evaluación de actividades, lo cual es de auténtica significación epidemiológica.

Según Terris se estaría inculcando que hay un "método epidemiológico" que puede aplicarse a una numerosa variedad de situaciones o problemas no sólo de salud pública y de administración médica sino que, incluso, invadiría otros campos, lo que entrañaría una concepción errónea en el sentido de formalizar "un método epidemiológico" muy particular y no un campo de estudio. Estima que, similarmente a la biología, no puede definírsela como la aplicación del método biológico, o a la química, como la aplicación del método químico, etc.

Enfatiza pues, que no hay un método epidemiológico, sino una variedad de métodos que han resultado tan útiles en epidemiología, como en física, biología química, que muchos de esos "métodos" han sido tomados de la microbiología, bioquímica, de la clínica, de la estadística, de la sociología, y de otras ciencias.

Para ejemplarizar el concepto tomemos la investigación sobre la prevalencia de la infección chagásica en una población. La muestra de población se realiza según procedimientos estadísticos, la determinación de la serología v. gr., por técnicas de laboratorio biológicas, los exámenes de algunos individuos según la metodología clínica (seriología - electrocardiografía - pruebas funcionales, etc.); todo ello complementado en su caso, por estudios del habitat, del medio socioeconómico, etc., según diseños apartados por la ecología, la serología, la ingeniería. ¿Pero es que existe hoy día una ciencia o disciplina que no se integre con alguno o algunos o muchos de los procedimientos de las otras ramas del saber?

Si bien el estudio de grupos de población no define por sí al "método epidemiológico" puesto que la economía, la sociología, la antropología, la política entre otras, tienen como materia de investigación a la comunidad, el objetivo de la epidemiología, o sea, "el estudio de la distribución y prevalencia de los factores que hacen a los estados de salud de los grupos humanos" expresan bien claramente la orientación de las aplicaciones de técnicas, procedimientos, o instrumentos para determinar los factores suficientes o necesarios que deprimen o estimulan el bienestar físico-mental o social de las poblaciones. En suma, en oposición a Terris, queremos afirmar una opinión sobre lo que se debe entender como "método epidemiológico" si que aceptamos con el mismo sentido que las expresiones "método biológico", o "método químico" o "método físico" sin que

por ello confundamos a la biología, a la química o a la física con sus metodologías respectivas. Estas disciplinas científicas pertenecen como ciencias a un primer nivel que las incluye en las "ciencias teóricas", y guardan relación de fundamentación a fundado con un segundo nivel, el "normativo", que a su vez mantiene la misma relación con las "ciencias prácticas", en las cuales el *método* (reglas para la consecución de una finalidad) corresponde a un tercer nivel; de ahí que, confundir a la biología, a la química, a la física, etc., con su método es realizar una falsa identificación de niveles, una trasposición equívoca. Glosando a Husserl ("Investigaciones Lógicas") y para aclarar el concepto de los niveles que se señalan, se puede tomar el siguiente paradigma: El protoplasma es la base física de la vida (Plano teórico). El protoplasma debe poseer condiciones y estar en un medio adecuado para mantener su fisiología (Plano normativo). ¿Cuáles son los elementos y métodos para el estudio de esas condiciones y su vinculación con el medio? (Plano práctico o metodológico).

En consecuencia, las disciplinas científicas que venimos mencionando poseen su propia metodología o mecánica de investigación o demostración y todo ello son métodos científicos, andariveles o canales, que permiten ciertas seguridades en la marcha a través de la maraña de lo desconocido. Una investigación es metódica cuando sigue un proceder ordenado y las hipótesis son creadas científicamente. Un método tiene sus reglas, no inflexibles, y por supuesto, esencialmente comunes a distintas

disciplinas. La esencia de cualquier metodología científica es unívoca, pero varía su pragmática y los instrumentos utilizados en su aplicación.

La ciencia brinda posibilidades para ahondar el conocimiento. Según la índole de este, las formas de indagación o pesquisa varían para concurrir al descubrimiento de fenómenos, para el planteamiento de cuestiones inherentes, para la formulación de hipótesis, para la comprobación de estas. En suma, para la identificación de fenómenos, determinación de causas y proposición de soluciones de los problemas. En razón de la intrínseca falibilidad del conocimiento de las ciencias fácticas, se hace obligada la comprobación. Pero la metodología en sí, no se interesa por lo que puede originar una hipótesis, sino por el planteo de los problemas que las hipótesis intenta resolver y de su comprobación. Para ello se tiene diseñado una norma de procedimientos que indican el acceso o permite aproximaciones al meollo de lo que se quiere conocer, es decir, para la investigación científica y descubrimiento de pautas que le presten ayuda.

El método científico se constituye pues en una estructura de planteos y comprobaciones. Un producto de su preceptiva es la formulación de hipótesis científicas, que según este carácter debe ser verificable. En realidad, el método científico, aunque puede llevar a la obtención de la verdad no la garantiza en forma absoluta, pero sirve indudablemente para la detección de errores. En ciencia no hay conclusiones definitivas, porque no existen hipótesis definitivas o concluyentes.

En resumen, cuando se aplica una metodología al estudio de los problemas de masa, no se está aplicando sin más, una metodología epidemiológica, sino una metodología científica, con adecuados procedimientos al objeto de la investigación, que hacen de ella sí, un particular programa para esa finalidad.

La Epidemiología utiliza para sus estudios un modelo, un camino prefijado y con reglas bien determinadas, para la consecución de un fin propuesto. Esta ordenación permite hacer inteligible toda una cantidad de fenómenos. Resulta, según se ha descrito, como un camino que nos dirige a la obtención del saber, a un acercamiento a la realidad.

Si un método es en efecto un modo de acercarse a la realidad, la concepción de esta realidad será determinante para el método. No puede existir un método exclusivo y con pretensiones de validez universal para todos los objetos v. gr. el método matemático para la indagación histórica.

A medida que el método es más restringido en su aplicación o materia, mayor es la independencia en que se halla con respecto a su estudio desde el punto de vista lógico, llegándose en este terreno a "métodos individuales" que son en rigor procedimientos, programas o secuencias de eficacia comprobada en la práctica. En realidad, estos procedimientos no deben ser confundidos con la investigación metódica por principios.

Desde el punto de vista filosófico se han reconocido varios tipos de métodos: entre ellos el método por definición, por demos-

eración, el método dialéctico, el método inductivo, el método fenomenológico, el método axiomático o formalista, el trascendental, el semiótico, con diversas variantes para cada uno de ellos. Estos métodos no son solamente filosóficos, pues alcanzan en su aplicación a varias ciencias, que los usan combinándolos.

En síntesis, nuestro propósito es reivindicar que el programa lógico que se impone para el estudio de los problemas epidemiológicos, para la investigación o experimentación merece el nombre de método epidemiológico no tanto por la originalidad de su procedimiento sino por el carácter especial pragmático de su secuencia, el uso de los instrumentos o elementos metodológicos en las diversas etapas de su curso, que si bien utiliza aportes de la estadística, biología, medicina, sociología, etc., los absorbe y extrae de ellas especiales conocimientos y los ordena según los objetivos bien definidos de su materia. Llámese a ello Metodología epidemiológica o Método epidemiológico el concepto queda claro y distintamente establecido.

Por otra parte, la Epidemiología moderna no es sólo disciplina de observación científica, esto es, de atención selectiva de hechos o eventos, tratando que nuestro conocimiento los aprehenda. La naturaleza, como ya lo expuso Bacon, no revela

por sí misma sus secretos. Es preciso crear las situaciones más propicias para observarla, es decir, realizar las experiencias probatorias, estudiar los hechos en condiciones provocadas o bien los que ocurren espontáneamente, pero que pueden ser sujetos a un estricto control. De esto surge el otro carácter de la Epidemiología, el experimental, de tan fructíferos resultados en la determinación de inmensas causas o factores de causación de enfermedades y dolencias, como igualmente en la comprobación de la bondad de procedimientos preventivos.

En estas experiencias la metodología epidemiológica, también está adherida a una línea particular de probanzas y de estudios.

En todas las etapas del método epidemiológico es posible, y resulta insustituible, el empleo de técnicas de carácter estadístico, físico, químico, biológico, a los efectos de comprobaciones de fenómenos que por ellos se determinan, pero sólo su conjunto, comprendido e integrado en la concepción epidemiológica, guiada por su propia metodología, podrá concluir en las realidades que se pretende descubrir o afirmar.

El Dr. Terris habla de los "métodos de la epidemiología" restando así singularidad al concepto, criterio que no podemos compartir por las razones expuestas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. TERRIS: *Alcances y Métodos de la Epidemiología*. "American Journal of Public Health", Vol. 52, Nº 9; 1962.
2. MORSE: *Uses of the Epidemiology*. E. & S. Livingstone Ltd. Edimburgo y Londres, 1957.
3. Mc NABIN - PUGH-IPSEN: "Epidemiologic Methods". Little, Brown and Co., Boston, 1960.
4. TAYLOR AND KNOWLEDEN: *Principles of Epidemiology*. Little, Brown and Co., Boston, 1958.
5. MORSE: *Human Ecology and Health*. Macmillan Co. N. Y., 1960.

Sobre la cobertura del riesgo de enfermedad en la Argentina

DR. SERGIO D. PROVENZANO

Presidente de la Confederación Médica de la República Argentina

Las III Jornadas Argentinas de Salud Pública, a celebrarse en Mar del Plata del 13 al 21 de marzo próximo, considerarán, dentro del tema general de las mismas —“Actualidad sanitaria nacional”—, el tópico *Organización de la atención médica y su financiación*. Al respecto, nos ha parecido de utilidad reseñar anticipadamente —siquiera sea para servir como material de trabajo en la discusión—, los diversos criterios de cobertura del riesgo de enfermedad imperantes en el mundo actual. Pues es indispensable conocer en sus alcances las instituciones creadas para poder precisar la terminología y manejarnos sin ambigüedades cuando encaremos la oportunidad de la implantación en la Argentina de un sistema de seguridad social vinculado con la atención médica de sus habitantes.

En último análisis, todos los sistemas pueden involucrarse en alguna de estas cuatro categorías: *servicios asistenciales, seguros contra la enfermedad, seguros de salud y seguros sociales*.

Procuraremos, pues, exponer los alcances de cada uno de ellos, previniendo desde ya que la excesiva esquematización no siempre contempla la realidad de los hechos en esas zonas marginales en las que el uno se confunde insensiblemente con el otro; pero nos permite, en compensación, dejar claramente expuesto nuestro pensamiento.

I. SERVICIOS ASISTENCIALES.

Solamente proporcionan asistencia médica parcial e integral (inclusive maternidad) cada vez que se la requiere. De acuerdo con el origen de los fondos afectados a su financiación pueden dividirse en varios tipos:

a) *Servicios asistenciales de caridad*. A cargo, por lo general, de órdenes religiosas, recaudan sus fondos acudiendo a la limosna y a la buena voluntad de las clases pudientes. Así funcionaron los primeros hospitales y aún se encuentran instituciones con estas características en zonas co-

41. Iniciales o de escaso desarrollo económico y social.

b) *Servicios asistenciales de beneficencia.* El sistema está a cargo exclusivo del Estado, el cual lo financia apelando a sus recursos presupuestarios generales y a fondos específicos. La prestación es gratuita, sin limitaciones, y se realiza en establecimientos públicos habilitados al efecto, en donde ejercen profesionales considerados agentes del Estado. Este tipo de servicio asistencial es el que se presta en nuestro país a gran parte de la población. En este caso, como en el anterior, no se cumple el objetivo trascendente de la seguridad social, que es la exaltación de la sensibilidad social del hombre por la vía de su participación en la satisfacción de sus necesidades y las de los demás. Podrá argumentarse que el Estado financia la beneficencia con el producto de impuestos y contribuciones de toda clase que provienen, en último término, de la misma sociedad en la que ha de volcarse el beneficio. Pero esta forma de redistribución de la riqueza no crea esa relación de causa a efecto que permite exigir como un derecho la satisfacción de un servicio para el que se ha contribuido directa y específicamente.

c) *Servicios asistenciales financiados por acciones mancomunadas del Estado y la colectividad.* La responsabilidad total de las prestaciones sigue en manos del Estado, que es, asimismo, administrador del sistema. Pero la financiación no se hace exclusivamente con recursos del presupuesto nacional, sino que contribuye también con el aporte de toda la población económica-

mente activa del país. Un sistema de este tipo impera en Bélgica, Gran Bretaña, Irlanda, Méjico, Nueva Zelandia, etc.

d) *Servicios asistenciales organizados por convención colectiva.* Determinados grupos sociales, con prescindencia del Estado, organizan cajas encargadas de otorgar los beneficios contemplados en sus estatutos. Las prestaciones se efectúan en los propios servicios de las cajas o en servicios contratados a terceros.

Si es poco recomendable la centralización absoluta en manos del Estado, también lo es la dispersión de esfuerzos que significa la existencia de múltiples entidades que tienen fines coincidentes. La organización parcial y superpuesta resulta antieconómica y escapa a la planificación que requiere toda política sanitaria. Por ello es preferible una solución intermedia, encarando la estructuración de organismos con carácter regional o provincial y no puramente gremiales o profesionales. Las necesidades en materia de asistencia médica de todos los habitantes de una región determinada tienen múltiples puntos de contacto, y no se concibe que puedan fragmentarse los esfuerzos en pequeñas cajas que agrupan a las personas de acuerdo con su oficio u otra circunstancia cualquiera. Este agrupamiento regional permitiría incluir en el sistema a pequeños núcleos sociales que, en razón de su misma exiguidad, no estarían en condiciones de organizarse independientemente.

Tampoco es conveniente que la constitución de las cajas quede librada a la exclusiva voluntad de los presuntos beneficia-

rios, al menos en nuestro país. El Estado debe establecer la obligatoriedad del sistema por medio de la Ley, la cual especificará las normas generales que informan la política sanitaria adoptada, entre ellas el alcance de las prestaciones, núcleos sociales protegidos, tipo de cotizaciones, etc., con miras a establecer una cierta similitud en todas las regiones.

2. SEGUROS.

En términos generales, los seguros, estatales o privados, satisfacen prestaciones económicas de distinto tipo además del servicio asistencial. De acuerdo con la extensión de los riesgos cubiertos se los agrupa de la siguiente manera:

a) *Seguro contra la enfermedad.* Cubre la contingencia biológica (enfermedad) y los riesgos económicos (gastos extraordinarios e interrupción de los ingresos). La retribución económica equivale, casi siempre, al monto del salario habitual, contemplándose asimismo un régimen de subsidios en caso de incapacidad total o parcial, o de indemnizaciones si la incapacidad es consecuencia de un infortunio laboral. Ambas prestaciones —asistencial y económica— se balancean, y la eficacia de la primera se deduce de las retribuciones en efectivo que debe hacer el seguro en concepto de salarios por días no trabajados.

b) *Seguro de salud.* Constituye una norma avanzada de Seguridad Social y sólo puede implantarse en conglomerados urbanos con elevada densidad de población y de médicos y con "centros de salud" bien dotados, en razón de la gran impor-

tancia que adquieren la educación sanitaria y la medicina preventiva en el logro de los objetivos del seguro.

El Seguro de Salud implica la existencia de un plan integral de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación física y social del enfermo, como también la satisfacción de las prestaciones económicas correspondientes en cada caso. En su aspecto médico-sanitario exige el establecimiento de la totalidad de los servicios previstos por la Organización Mundial de la Salud, a saber:

Servicios constructivos: que comprenden obras de salubridad, enseñanza de la higiene alimentaria, educación física, etc.

Servicios preventivos: vacunaciones y examen médico periódico.

Servicios terapéuticos: diagnóstico y tratamiento de enfermedades y traumatismos.

Servicios de readaptación: que procuran restituir a la persona su plena capacidad de trabajo.

c) SEGURO SOCIAL.

Es la última etapa del desarrollo de la Seguridad Social y constituye la síntesis de la política sanitaria, económica y social del Estado. Presupone la implantación de todo un cuerpo de legislación coherente en los fines y coincidente en los medios. Por vía de la Ley se asegura la materialización del ideal de salud, concebida como un estado de completo bienestar físico, mental y social. A la protección contra los riesgos biológicos y económicos de la enfermedad se agrega la cobertura de las demás contingencias biológicas (nacimien-

na, maternidad, invalidez, vejez y muerte) y económicas (desempleo involuntario, salario insuficiente, familia numerosa, vivienda inadecuada), garantizando a los miembros de la colectividad "condiciones de vida, salud y trabajo socialmente suficientes a fin de obtener un mejor desarrollo económico, acrecentar la productividad, resguardar los valores biológicos y lograr el mayor bienestar común".¹

Seguridad Social es sinónimo de Democracia Social, aspiración trascendente de nuestra República concretada el 24 de octubre de 1957.

Los distintos sistemas enumerados constituyen etapas sucesivas en la integración de los objetivos de la Seguridad Social. La adopción de uno u otro punto de partida dependerá, para un país determinado, de sus condiciones demográficas y geográficas, nivel y estabilidad económicas, tipo predominante de economía, estado cultural, tradición médica y número y calidad de los elementos técnicos disponibles. El desconocimiento de la situación real, la falta de organicidad, la carencia de un programa de prioridades en la sanción de las leyes respectivas, convierten al error en algo inevitable y desprestigian irremisiblemente a la doctrina y a los hombres que la sustentan. Por otra parte, las leyes de esta especie son la consecuencia y nunca el origen de una aspiración colectiva. Que es la diferencia que hay entre la obra de gobierno prudente y sabia y la estéril demagogia.

tubre de 1957. El artículo 14 bis de la Constitución Nacional reformada en aquella fecha establece que "el Estado otorgará los beneficios de la Seguridad Social que tendrá carácter de integral e irrenunciable"; y en el inciso 11 del artículo 67 se fija la norma: "Corresponde al Congreso: dictar los códigos civil, comercial, penal y de minería y del trabajo y seguridad social, sin que tales códigos alteren las jurisdicciones locales, correspondiendo su aplicación a los tribunales federales o provinciales, según que las cosas o las personas cayeren bajo sus respectivas jurisdicciones".

Hablar de "grandes soluciones" presupone el conocimiento de la magnitud del problema. Muchos y muy importantes estudios existen en el país sobre los alcances de los regímenes de Seguridad Social vigentes y sus notorias deficiencias. En el *Primer informe técnico* del Consejo Federal de Seguridad Social de la República Argentina, fechado en diciembre de 1961, se expresa: "Es indudable que si el país no contase con una legislación tan arraigada en la materia y con un conjunto de instituciones en pleno funcionamiento, no se tropezaría con muchos de los inconvenientes que se plantean cada vez que se proyecta una reforma de fondo o se procura un perfeccionamiento del sistema".

Legislación inactual, profusa e incoherente por una parte; instituciones con gran arraigo burocrático, de jurisdicción imprecisa o manifiestamente superpuesta, por la

1. De Vasto, M.: "Actas y Trabajos del VI Congreso Médico Social Panamericano". T. I, pag. 22. Buenos Aires, 1958.

otra. He allí el cuadro de nuestra Seguridad Social, que se fue integrado en el correr de los años sin una norma progresiva y orgánica, basada en el conocimiento exacto de las necesidades y en la necesaria prelación de su ordenamiento jurídico.

Basados en la suposición de que el Estado, a través de sus establecimientos asistenciales de beneficencia, cumplía la función de proteger contra los riesgos de la enfermedad, nuestros legisladores sancionaron una serie de normas jurídicas encaminadas a proteger contra los riesgos a largo plazo, específicamente la vejez y la incapacidad total o parcial para el trabajo. La jubilación a los maestros, *primera ley de previsión en nuestro país*, fue dictada en 1885. Un año después se amplió el beneficio a los empleados de la administración nacional; y desde entonces, hasta 1944 se incorporaron al sistema, con otras tantas cajas, ferroviarios, tranviarios, obreros de teléfonos, gas y electricidad, bancarios, periodistas y de la marina mercante. La creación del Instituto Nacional de Previsión Social, en el citado año 1944, impulsó la creación de nuevas cajas para el personal del comercio, de la industria, trabajadores rurales, trabajadores independientes, empresarios, profesionales y empleados del servicio doméstico. En el momento actual existen 13 cajas nacionales de jubilaciones y pensiones y más de 25 provinciales. En todas ellas las prestaciones son en efectivo, de carácter transitorio (interrupción de los ingresos en caso de enfermedad o traumatismo) o permanente (incapacidad total o parcial, vejez o muerte).

La protección que establece la ley 11.729 en casos de enfermedad común también es de tipo económico. Los empleados públicos, del comercio y la industria reciben una indemnización equivalente al promedio de sus salarios de los seis meses anteriores a la contingencia, prestación que se extiende durante 3 ó 6 meses según su antigüedad en el empleo, lapso que se prolonga en circunstancias especiales. La 9688 es la única ley de previsión que, al proteger económicamente al accidentado del trabajo, obliga *asimismo a la asistencia médica* cuyo costo hace recaer sobre el empleador.

No hemos de hacer aquí la crítica de nuestro sistema previsional ni de la eficacia de la cobertura que prevee en un país en donde el aumento del costo de la vida y la disminución del poder adquisitivo de la moneda son fenómenos en constante evolución progresiva. Basta recordar que la ley 11.933, llamada "Ley de maternidad", otorga un subsidio de 1.000 pesos por cada nacimiento, cifra que incluye la cantidad de 100 pesos destinada específicamente a solventar los gastos de asistencia médica.

Esta última referencia nos permite deducir que los legisladores —aún en 1958, año en que se fijaron las sumas mencionadas— insistían en su creencia de que el sistema asistencial imperante en el país era satisfactorio. El supuesto es razonable si tenemos en cuenta que en ese año funcionaban 2.148 establecimientos con internación y 2.378 sin internación controlados

por el Estado, por entidades paraestatales o por intereses privados.²

La medicina estatal, gratuita, de beneficencia, se presta en hospitales, dispensarias, preventorios, centros materno-infantiles y de salud, dependientes del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación, de Ministerios provinciales y del gobierno de muchas comunas. En junio de 1957, la Comisión de Consultores Internacionales designada por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana para el estudio de los servicios de Salud Pública en la Argentina, elevó un informe confidencial que dice, en una de sus partes: "La mayoría de los hospitales antiguos necesitan una gran necesidad de reparación, disponen de escasas instalaciones y sufren por falta de limpieza. Se admiten enfermos en salas que tienen un número excesivo de camas. Por lo general, no hay cuartos de aislamiento. Con frecuencia se ve a los miembros de la familia, especialmente niños, durmiendo en la sala de los pacientes y permaneciendo allí durante el período de hospitalización. Las instalaciones sanitarias son completamente insatisfactorias en cuanto a su estado de conservación e higiene. Los consultorios externos no están organizados debidamente, de manera que con frecuencia se observa confusión entre pacientes internados y ambulantes. Los centros quirúrgicos en general no están bien organizados y no siempre observan los preceptos de la asepsia. Las

unidades auxiliares, tales como laboratorios y rayos X, tienen instalaciones, equipo y capacidad inadecuados para obtener con eficacia las necesidades mínimas del hospital. Por regla general, las condiciones higiénicas de las cocinas son poco satisfactorias".³

A todo esto conviene agregar:

- a) Falta de coordinación de los organismos nacionales, provinciales y municipales en el nivel local, con la inevitable superposición de servicios, duplicación de esfuerzos y gastos innecesarios;
- b) Falta total de planificación y evaluación estadística de los resultados;
- c) Escasa o nula participación de la colectividad en el manejo administrativo y sostenimiento económico de los hospitales, consecuencia directa del paternalismo estatal que es una vieja carcoma de nuestra organización política;
- d) Burocracia excesiva, centralista y carente muchas veces hasta del conocimiento indirecto de la geografía y las características ecológicas del medio sobre el que ejerce su jurisdicción.

Los resultados de esta asistencia médica no trascienden al ámbito social; porque está dirigida en la mayoría de las veces al tratamiento del caso individual, cuando no del "caso interesante". Nada más objetivo —ni más doloroso— que estas pala-

² Consejo Federal de Seguridad Social de la República Argentina (COFESES), Primer Informe Técnico, Buenos Aires, 1959.

³ Oficina Sanitaria Panamericana: "Informe de la Comisión de Consultores", Buenos Aires, 1957.

bras, entresacadas del citado Informe: "Basado en sus observaciones propias y de conformidad con la opinión de las autoridades nacionales, el Comité está bajo la impresión de que los servicios de salud pública, en nivel federal, provincial y local, preparan y ejecutan sus programas de manera más o menos intuitiva".

En el último quinquenio algo se ha hecho en el país. El panorama del Chaco y de San Juan, para no citar sino los casos más notorios, demuestra que la lección ha sido asimilada y que es dable esperar, en un plazo razonable, una modificación apreciable de las condiciones actuales.

La *medicina paraestatal* es la que otorgan las Obras Sociales, financiadas por los beneficiarios con la coparticipación del Estado. Existen 14 Obras Sociales de carácter nacional y 4 provinciales. Algunas leyes especiales dejan la organización y administración de otras entidades de este tipo en mano de determinados sindicatos: ferroviarios, empleados y obreros del vidrio, bancarios y personal de seguros, reaseguros, capitalización y ahorro. En un comienzo, los servicios eran prestados en establecimientos propios, que adolecían de muchos de los defectos señalados para el sistema estatal. Por iniciativa del gremio médico, la situación se ha modificado en algunos aspectos con la adopción del régimen de libre elección del médico y pago arancelado de sus prestaciones. Pero la angustia económica obliga a la mayoría de las Obras Sociales a retacear sus servicios y a elevar en proporción desmedida la cuo-

ta arancelaria a cargo de los propios afiliados. Sólo un camino queda a las Obras Sociales —por lo menos a la mayor parte— si desean subsistir: la drástica reducción de sus expensas administrativas mediante la unificación de todas ellas, ya que sus objetivos son comunes y no existen motivos de orden técnico que justifiquen la actual dispersión de esfuerzos. El ejemplo del Instituto de Obra Médico Asistencial de la Provincia de Buenos Aires (IOMA), ente autárquico edificado con los restos de Obras Sociales deficitarias, es claramente demostrativo: en 1961, sobre un ingreso aproximado de 280 millones de pesos, destinó el 8,08 % a los gastos administrativos, invirtiendo los 256 millones restantes en sufragar la asistencia médica de sus 400.000 afiliados.⁴

La atención librada exclusivamente a la iniciativa y a las posibilidades de cada uno constituye la *medicina privada y semiprivada*, que se cumple en el país a través de instituciones de muy distinta índole.

En primer término, las *mutualidades*, integradas con el aporte voluntario de distintos núcleos sociales. En 1957 existían 2.019 mutualidades con 1.842.410 cotizantes, la mayor parte concentrados en la Capital Federal y Provincia de Buenos Aires, (446 organizaciones con 1.040.000 adherentes). Algunas Mutualidades poseen establecimientos con internación y los servicios se prestaban, hasta época muy reciente, casi exclusivamente con médicos a sueldo. Las nuevas condiciones de trabajo impuestas por el gremio médico y el cre-

⁴ Instituto de Obra Médico Asistencial de la Provincia de Buenos Aires (IOMA), "Memoria y Balance", 1960-1961.

mente costo de las prestaciones han colocado a la mayoría de las mutualidades en situación económica desesperante. Creemos que estas instituciones no deben desaparecer, porque responden a un ponderable espíritu de solidaridad humana y porque la colectividad libremente organizada será un punto de apoyo imprescindible en cualquier solución orgánica que se encare en el futuro para resolver nuestro problema asistencial.

Los hospitales privados de beneficencia casi han desaparecido en la actualidad. En 1967 funcionaban 536 establecimientos de este tipo, regentados y sostenidos por sociedades locales constituidas principalmente con *de fin*. Subsisten algunos en la actualidad, que prestan asistencia gratuita o semigratuita; la mayoría han sido absorbidos por el Estado. En cuanto a los hospitales privados organizados como entidades comerciales —lo que nosotros llamamos *sanatorios*— cumplen una eficaz labor a través de más de 700 instituciones diseminadas en casi todos los centros urbanos del país. La clientela privada ha dejado de ser hoy la principal fuente de ingreso de los sanatorios. Con escasas excepciones, atienden exclusivamente a los afiliados de Cajas Sociales y Mutualidades con las que han firmado contratos, y a los accidentados del trabajo o se orientan hacia el sistema de la medicina por abono, muy difundido en la Capital Federal.

En síntesis: el examen forzosamente pa-

norámico que acabamos de hacer del estado actual de la Seguridad Social en nuestro país demuestra que se ha ido integrando sin orden ni concierto, a impulso de las circunstancias, y sin un concepto muy claro de sus objetivos. En última instancia, la Seguridad Social está dirigida a intensificar el desarrollo económico de los pueblos. Y desarrollo económico es “un proceso dinámico por el cual un país o una región eleva el ingreso real por habitante gracias al fomento y la ocupación plena de su capacidad productiva”. (DE VIADO; obra citada). Sabemos que la capacidad productiva del individuo es función directa de su bienestar físico, mental y social, o sea de su salud; y no comprendemos que se intente impulsar el desarrollo estimulando a la industria pesada, por ejemplo, sin antes arbitrar medidas que aseguren la productividad del hombre argentino. No se acrecienta la capacidad productiva aumentando únicamente los salarios. Que esta afirmación es correcta lo demuestra el examen comparativo de la evolución del producto bruto interno con el incremento sufrido por los salarios. En los últimos siete años, estos últimos aumentaron en un 491 %, pero el producto bruto interno sólo acreció en un 12,7 %.

Es necesario reformar y completar nuestro sistema de Seguridad Social; pero falta saber si cuenta el país con los elementos humanos, técnicos y económicos indispensables.

APÉNDICE

Por considerarlo de interés como fuente de referencia para todos aquellos interesados en el tema, completamos este trabajo de tipo informativo, con la bibliografía argentina sobre *Seguro contra la enfermedad y Seguro de Salud*.

En esta bibliografía mencionamos aquellos trabajos, proyectos, decretos, resoluciones o despachos que se refieren directa o indirectamente a nuestro país, aunque el título —en algunos casos— sugiera otra cosa.

Hemos prescindido, en la medida de lo

posible, de la bibliografía argentina dedicada a glosar los sistemas de Seguridad Social imperantes en otros países, porque creemos que quien se interese seriamente en el tema está obligado a recurrir a las fuentes originales. Al efecto, remitimos al lector a las publicaciones de la *Organización Internacional del Trabajo* (O. I. T.), *Organización Mundial de la Salud* (O. M. S.), *Asociación Internacional de la Seguridad Social* (A. I. S. S.), *Conferencia Interamericana de Seguridad Social* (C. I. S. S.) y *Asociación Médica Mundial* (W. M. A.)

SEGURO CONTRA LA ENFERMEDAD — SEGURO DE SALUD BIBLIOGRAFIA ARGENTINA

1. ARGENTINA: *Creación de la Comisión Nacional del Seguro Social de Enfermedad*. (Decreto-Ley 2245/56).
2. ARGENTINA: *La seguridad social en la Argentina*. "Seguridad Social" 3ª época. Nº 16, pág. 103 (México, 1962).
3. BAZTARRICA, JUAN M.: *Los médicos y los seguros sociales*. "Rev. Conf. Méd. R. A.", Nº 56, pág. 12 (1946).
4. BAZTARRICA, JUAN M.: *La Medicina que surge*. "Rev. Fed. Méd. R. A.", Nº 4, pág. 48 (1941).
5. BELNICOFF, MANUEL: *Proyecto de creación de una comisión especial para estudiar y presentar un proyecto de ley organizando el Seguro Nacional de Salud, dentro de las bases generales que se especifican* (Buenos Aires, junio 1964).
6. BERNALDO DE QUIRÓS, J.: *Bibliografía sobre Seguridad Social*. "Seguridad Social" 3ª época. Nº 11, pág. 99 (México, 1962).
7. BRIK, ERNESTO: *Reforma hospitalaria y asistencial*. Folleto. Buenos Aires (1962).
8. BUENOS AIRES: *Declaración de Buenos Aires sobre Seguridad Social*. Formulada por la III Conferencia de la C. I. S. S. (Buenos Aires, marzo 1951). "Seguridad Social" 3ª época. Nros. 17/18, págs. 86 y 187 (México, 1962).
9. BUNGE, AUGUSTO: *Ponencia sobre Seguro Social*. II Congr. Méd. Grem. de la Rep. Arg. Actas y Trabajos, pág. 331 (1936).
10. BUSTOS, J. H.; DE VIADO, M.: *Bases para un programa unificado de protección a la salud*. "Rev. Fed. Méd. R. A.", Nº 26, pág. 38 (1943).
11. BUSTOS, J. H.; DE VIADO, M.: *Protección de la salud en Chile*. "Rev. Fed. Méd. R. A.", Nº 30, pág. 8 (1943).

12. CELSI, SANTIAGO A.: *El Servicio Nacional de Salud*. "Rev. Farmacéutica", vol. 102, Nº 1/2, pág. 21 (Buenos Aires, 1960).
13. CENTRO MÉDICO DE MAR DEL PLATA: *Seguro privado de Salud*. Folleto (Mar del Plata, s.E.).
14. "CLARÍN", DIARIO: Mesa redonda sobre "*Problemas actuales de la Asistencia Médico Social en la Argentina*" (ediciones del 20 y 27 de setiembre y 4 de octubre de 1959).
15. COLEGIO DE MÉDICOS PCIA. BS. AS., DISTRITO IV: *Informe previo para las bases de un Seguro de Salud*. "Bol. Coleg. Méd. Dist. IV", Nº 20, pág. 3 (1963).
16. COLEGIO MÉDICO REGIONAL DE RÍO CUARTO: *Plan de Seguro de Salud*. "Rev. Conf. Méd. R. A.", Nº 77, pág. 36 (1956).
17. CONFEDERACIÓN MÉDICA DE LA REPÚBLICA ARGENTINA:
- a) *La Conf. Méd. R. A. frente a la Seguridad Social*. "Rev. Fed. Méd. R. A.", Nº 36, pág. 9 (1944).
 - b) *La Seguridad Social, tema preferente de las entidades médico gremiales durante 1944*. "Rev. Fed. Méd. Cap. Fed.", Nº 32, pág. 7 (1944).
 - c) *Los XII Principios de la Asociación Médica Mundial*. "Rev. Conf. Méd. R. A.", Nº 70, pág. 17 (1954).
 - d) *Posición de la Conf. Méd. R. A. ante el seguro contra la enfermedad*. "Rev. Conf. Méd. R. A.", Nº 80, pág. 5 (1956).
 - e) *Acerca del Seguro de Salud*. "Rev. Conf. Méd. R. A.", Nº 89, pág. 1 (1959).
 - f) *La Conf. Méd. R. A. y el Seguro Social*. "Rev. Fed. Méd. R. A.", Nº 30, pág. 9 (1943).
 - g) *Protección de la salud a través del Seguro Social*. "Rev. Fed. Méd. R. A.", Nº 46, pág. 33 (1945).
 - h) *Riesgos que debe cubrir el Seguro Social*. "Rev. Fed. Méd. R. A.", Nº 45, pág. 26 (1945).
 - i) *Contribución al estudio del Seguro Social en Argentina*. "Rev. Fed. Méd. R. A.", Nº 28, pág. 12 (1943).
18. CONGRESOS:
- a) *Primer Congreso Interprovincial de Previsión Social* (Mendoza, 2-12 marzo 1959). Boletines informativos 1/11.
 - b) *Primer Congreso de la Federación Médica Gremial de la Capital Federal* (dic., 1942). *Despacho sobre Seguro Social*. "Rev. Fed. Méd. R. A.", Nº 20, pág. 25 (1943).
 - c) *Segundo Congreso Médico Gremial de la Rep. Arg.* (Rosario, oct.-nov., 1936). *Despacho sobre Seguros Sociales*. "Rev. Col. Méd. Cap. Fed.", Año V, Nº 46, pág. 15 (1936).
 - d) *Sexto Congreso Médico Gremial de la Rep. Arg.* (San Luis, abril 1957). *Despacho sobre asistencia médica mutualizada y seguro nacional de salud*. "Rev. Conf. Méd. R. A.", Nº 83, pág. 6 (1957).
 - e) *Tercer Congreso Sanitario de la Prov. de Santa Fe* (abril 1944). *Seguro contra la enfermedad*. "Rev. Fed. Méd. R. A.", Nº 30, pág. 52 (1943) y "Rev. Conf. Méd. R. A.", Nº 85, pág. 4 (1958).
 - f) *Sexto Congreso Médico Social Panamericano* (Buenos Aires, mayo 1959). *Los sistemas de Seguridad Social: relaciones con la organización sanitaria y con el cuerpo médico*. Actas y Trabajos (Buenos Aires, 1960).
19. CORACH, LUIS: *Reforma hospitalaria y asistencial*. "Rev. Conf. Méd. R. A.", Nº 93, pág. 33 (1962).

42. ISCARO, WALTER H.: *Centro Internacional de formación de técnicos. Organización iberoamericana de Seguridad Social*. "Rev. del Consejo Federal de Seg. Social", Nros. 4/5, pág. 71 (Buenos Aires, 1962).
43. KANDEL, BERNARDO: *Servicio Nacional de Salud*. 1 folleto. Buenos Aires (1959).
44. KANDEL, BERNARDO: *Fundamentos de la declaración sobre seguro de enfermedad de la Fed. Méd. Grem. de la Capital Federal*. Folleto. Buenos Aires (1959).
45. KANDEL, BERNARDO: *Seguro voluntario contra la enfermedad*. II Jornadas médico-gremiales de Punilla (agosto 1963).
46. KANDEL, BERNARDO: *Reflexiones acerca del seguro de enfermedad*. II Jornadas médico-gremiales de Punilla (agosto 1963).
47. KANDEL, BERNARDO: *Llamado a los trabajadores sobre el cuidado de la salud*. "Rev. Conf. Méd. R. A.", N° 92, pág. 29 (1962).
48. KANDEL, BERNARDO: *La función del hospital en los sistemas de seguros*. "Sem. Méd.", vol. 119, pág. 528 (Buenos Aires, 1961).
49. KANDEL, BERNARDO: *El sistema australiano*. "Prensa Méd. Arg.", vol. 44, N° 33 (Buenos Aires, 1957).
50. KANDEL, BERNARDO: *Seguro de salud*. Trabajos de las Jornadas médico-gremiales de Paraná, pág. 41 (Paraná, 1960).
51. KANDEL, BERNARDO: *Los médicos y el seguro de enfermedad*. "Rev. Conf. Méd. R. A.", N° 78, pág. 28 (1956).
52. LACORTE, JUAN: *De las relaciones de los médicos con las instituciones de protección social*. "Rev. Conf. Méd. R. A.", N° 72, pág. 36 (1955).
53. LACORTE, JUAN: *Los médicos y el seguro social de la salud*. "Rev. Conf. Méd. R. A.", N° 85, pág. 23 (1958).
54. LACORTE, JUAN: *Contribución al Seguro de Salud*. "Rev. Conf. Méd. R. A.", N° 90, pág. 22 (1960).
55. LACORTE, JUAN: *Antecedentes en nuestro país sobre el seguro de salud*. "Rev. Conf. Méd. R. A.", N° 85, pág. 3 (1958).
56. LACORTE, JUAN: *Aspectos generales del Seguro de Salud*. "Sem. Méd.", vol. 119, pág. 520 (Buenos Aires, 1961).
57. LACORTE, JUAN: *El Seguro de Salud*. Trabajos de las Jornadas médico-gremiales de Paraná, pág. 5 (Paraná, 1960).
58. LACORTE, JUAN: *Los seguros sociales en la Prov. de Santa Fe: el seguro de enfermedad*. "Rev. Conf. Méd. R. A.", N° 81, pág. 16 (1956) y N° 82, pág. 13 (1956).
59. LACORTE, JOSÉ: *Aspectos fundamentales emitidos por la Conf. Méd. de la R. A. sobre seguro de enfermedad*. "Rev. Conf. Méd. R. A.", N° 92, pág. 27 (1962).
60. MARCE, JORGE R.: *Principios fundamentales que inspiran un proyecto de seguro provincial de salud*. "Rev. Conf. Méd. R. A.", N° 89, pág. 24 (1959).
61. MARCE, JORGE R.: *Seguro de salud*. Trabajos de las Jornadas médico-gremiales de Paraná, pág. 5 (Paraná, 1960).
62. MARCE, JOSÉ: *La asistencia médica por equipos y por abono*. "Rev. Col. Méd. Cap. Fed.", vol. I, N° 99, pág. 26 (1941).
63. MARCE, JOSÉ: *Actuales ensayos sobre socialización de la medicina*. VI Cong. Méd. Soc. Rioplat. Actas y Trabajos, T. 1, pág. 37 (Buenos Aires, 1960).

42. ISCARO, WALTER H.: *Centro Internacional de formación de técnicos. Organización ibero-americana de Seguridad Social*. "Rev. del Consejo Federal de Seg. Social", Nros. 4/5, pág. 71 (Buenos Aires, 1962).
43. KANDEL, BERNARDO: *Servicio Nacional de Salud*. 1 folleto. Buenos Aires (1959).
44. KANDEL, BERNARDO: *Fundamentos de la declaración sobre seguro de enfermedad de la Fed. Méd. Grem. de la Capital Federal*. Folleto. Buenos Aires (1959).
45. KANDEL, BERNARDO: *Seguro voluntario contra la enfermedad*. II Jornadas médico-gremiales de Punilla (agosto 1963).
46. KANDEL, BERNARDO: *Reflexiones acerca del seguro de enfermedad*. II Jornadas médico-gremiales de Punilla (agosto 1963).
47. KANDEL, BERNARDO: *Llamado a los trabajadores sobre el cuidado de la salud*. "Rev. Conf. Méd. R. A.", N° 92, pág. 29 (1962).
48. KANDEL, BERNARDO: *La función del hospital en los sistemas de seguros*. "Sem. Méd.", vol. 119, pág. 528 (Buenos Aires, 1961).
49. KANDEL, BERNARDO: *El sistema australiano*. "Prensa Méd. Arg.", vol. 44, N° 33 (Buenos Aires, 1957).
50. KANDEL, BERNARDO: *Seguro de salud*. Trabajos de las Jornadas médico-gremiales de Paraná, pág. 41 (Paraná, 1960).
51. KANDEL, BERNARDO: *Los médicos y el seguro de enfermedad*. "Rev. Conf. Méd. R. A.", N° 78, pág. 28 (1956).
52. LACORTE, JUAN: *De las relaciones de los médicos con las instituciones de protección social*. "Rev. Conf. Méd. R. A.", N° 72, pág. 36 (1955).
53. LACORTE, JUAN: *Los médicos y el seguro social de la salud*. "Rev. Conf. Méd. R. A.", N° 86, pág. 23 (1958).
54. LACORTE, JUAN: *Contribución al Seguro de Salud*. "Rev. Conf. Méd. R. A.", N° 90, pág. 22 (1960).
55. LACORTE, JUAN: *Antecedentes en nuestro país sobre el seguro de salud*. "Rev. Conf. Méd. R. A.", N° 85, pág. 3 (1958).
56. LACORTE, JUAN: *Aspectos generales del Seguro de Salud*. "Sem. Méd.", vol. 119, pág. 520 (Buenos Aires, 1961).
57. LACORTE, JUAN: *El Seguro de Salud*. Trabajos de las Jornadas médico-gremiales de Paraná, pág. 25 (Paraná, 1960).
58. LACORTE, JUAN: *Los seguros sociales en la Prov. de Santa Fe: el seguro de enfermedad*. "Rev. Conf. Méd. R. A.", N° 81, pág. 16 (1956) y N° 82, pág. 13 (1956).
59. LACORTE, JOSÉ: *Aspectos fundamentales emitidos por la Conf. Méd. de la R. A. sobre seguro de enfermedad*. "Rev. Conf. Méd. R. A.", N° 92, pág. 27 (1962).
60. MARCE, JORGE R.: *Principios fundamentales que inspiran un proyecto de seguro provincial de salud*. "Rev. Conf. Méd. R. A.", N° 89, pág. 24 (1959).
61. MARCE, JORGE R.: *Seguro de salud*. Trabajos de las Jornadas médico-gremiales de Paraná, pág. 25 (Paraná, 1960).
62. MARTINEZ, JOSÉ: *La asistencia médica por equipos y por abono*. "Rev. Col. Méd. Cap. Fed.", año X, N° 99, pág. 26 (1941).
63. MARTINEZ, JOSÉ: *Actuales ensayos sobre socialización de la medicina*. VI Cong. Méd. del Estado. Actas y Trabajos, T. 1, pág. 37 (Buenos Aires, 1960).

64. MARTORELLI, JOSÉ: *El hospital en un servicio nacional de salud*. "La Vanguardia", Buenos Aires, 13 set. 1959.
65. MARTORELLI, JOSÉ: *Los sistemas de asistencia médica y su aplicación en diversos países*. XVI Jornadas Pediátricas Rioplatenses. Actas y Trabajos, pág. 154 (Montevideo, 1962).
66. MARTORELLI, JOSÉ: *Estatizar, nacionalizar y socializar la medicina*. "Sagitario", N° 12, Buenos Aires, mayo 1959.
67. MARTORELLI, JOSÉ: *¿Socializar la Medicina?* 1 vol. Buenos Aires, 1957.
68. MARTORELLI, JOSÉ: *La experiencia británica en nacionalización de la Medicina*. "Rev. Conf. Méd. R. A.", N° 84, pág. 29 (1958).
69. MARTORELLI, JOSÉ: *Bases para un Seguro Nacional de Salud*. "Rev. Conf. Méd. R. A.", N° 83, pág. 11 (1957).
70. MAYOR, SERGIO: *El seguro de enfermedad y la seguridad social*. "Rev. Conf. Méd. R. A.", N° 81, pág. 36 (1956).
71. MAYOR, SERGIO: *Necesidad de un seguro de enfermedad en Argentina*. "Rev. Conf. Méd. R. A.", N° 83, pág. 32 (1957).
72. MENCHACA, FRANCISCO J.: *La seguridad social en la asistencia de la maternidad y del recién nacido*. XVI Jornadas Pediátricas Rioplatenses. Actas y Trabajos, pág. 176 (Montevideo, 1962).
73. MENCHACA, FRANCISCO J.: *El servicio social como elemento del seguro social*. Folleto (Santa Fe, 1946).
74. MENCHACA, FRANCISCO J.: *La Seguridad Social en la lucha contra la mortalidad perinatal*. "An. Sanidad de Santa Fe", Año II, N° 1/4, pág. 77 (1959).
75. MENCHACA, FRANCISCO J.: *La salud dental de la embarazada y el seguro de maternidad*. "Rev. Conf. Méd. R. A.", N° 85, pág. 12 (1958).
76. MINISTERIO DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD PÚBLICA DE LA NACIÓN ARGENTINA: *Anteproyecto de Servicio Nacional de Salud*. Folleto. Buenos Aires, 1959.
77. MINISTERIO DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD PÚBLICA DE LA NACIÓN ARGENTINA: *Resolución ministerial 1957/58, creando la Comisión para el estudio del Seguro Nacional de Salud*.
78. MITELMAN, ALBERTO S.: *Gremialismo médico y seguro de enfermedad*. "Sem. Méd.". vol. 119, pág. 542 (Buenos Aires, 1961).
79. MONZO, OSCAR R.: *Relaciones de los médicos con los organismos de Seguridad Social*. II Jornadas médico-gremiales de Punilla (agosto 1963).
80. MUNICIPALIDAD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: *Decreto municipal 1972/58 creando la Comisión para el estudio del seguro de salud*.
81. OSTROVSKY, DAVID: *Interés social del centro asistencial del Sindicato Médico del Uruguay*. "Rev. Conf. Méd. R. A.", N° 89, pág. 6 (1959).
82. PODIO, CARLOS: *Comentario sobre el seguro sanitario en los EE. UU.* "Rev. Conf. Méd. R. A.", N° 78, pág. 22 (1956).
83. PROVENZANO, SERGIO D.: *Necesidad de un seguro de enfermedad*. "Bol. Asoc. Arg. Salud Pública", N° 1, pág. 49 (1963).
84. PROVENZANO, SERGIO D.: *Fundamentos y bases para un Servicio Nacional de Salud*. "Rev. Conf. Méd. R. A.", N° 88, pág. 16 (1959).

45. PROVENZANO, SERGIO D.: *Un seguro de enfermedad en Argentina: la experiencia piloto de Mar del Plata*. XVI Jornadas Pediátricas Rioplatenses. Actas y Trabajos, pág. 163 (Montevideo, 1962).
46. PROVENZANO, SERGIO D.: *El Instituto de Obra Médico Asistencial de la Provincia de Buenos Aires (I. O. M. A.)*. Folleto. La Plata, 1957.
47. PROVENZANO, SERGIO D.: *Aspectos económicos del Seguro de enfermedad*. Trabajos de las Jornadas Médico-Gremiales de Paraná, pág. 51 (Paraná, 1960).
48. PROVENZANO, SERGIO D.: *Seguridad Social: planteo y soluciones*. I vol. Buenos Aires, 1959.
49. PROVENZANO, SERGIO D.: *Las grandes soluciones en la organización social de las atenciones médicas*. (Relato en II Jornadas médico-gremiales de Punilla, agosto 1963).
50. PROVINCIA DE BUENOS AIRES: *Proyecto de Seguro Social de la Salud del bloque de Diputados de la U. C. R. I.* (octubre, 1958).
51. PROVINCIA DE BUENOS AIRES: *Proyecto de ley de Seguro de Salud de la Intervención Federal*. La Plata, 1963.
52. PROVINCIA DEL CHACO: *Proyecto de ley de Seguro de enfermedad*. Resistencia, junio de 1953.
53. PROVINCIA DE SALTA: *Incorporación del Seguro de enfermedad al Instituto provincial de Seguros*. Decreto-Ley 669, de 17 octubre 1957.
54. PURCELLAS, JOAQUÍN: *Los sistemas de Seguridad Social. Relaciones de la organización sanitaria con el cuerpo médico*. "An. Sanidad de Santa Fe", Año I, N° 3/4, pág. 199 (1958).
55. RAGO, LEO: *Seguros y oficialización*. "Rev. Col. Méd. Cap. Fed.", Año IX, N° 90, pág. 35 (1949).
56. RIVERA, RICARDO: *Anteproyecto de ley sobre Seguro Social integral*. Folleto (Buenos Aires, 1946).
57. RODRÍGUEZ DÍAZ, ROGELIO S.: *Ley Nacional del Seguro Social* (proyecto presentado en la Cámara de Diputados el 13 de mayo de 1959). Folleto. Buenos Aires, 1959.
58. ROLDÁN, NERIO: *¿Socialización? ¿Nacionalización?* "Rev. Col. Méd. Cap. Fed.", Año VI, N° 32, pág. 15 (1937).
59. RODRÍGUEZ, ADOLFO R.: *Proyecto de ley sobre "Código de la Seguridad Social"*. Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados de la Nación (Buenos Aires, 18 de marzo 1964).
60. RODRÍGUEZ, MANUEL: *Conceptos básicos sobre el seguro de enfermedad*. "Sem. Méd.", vol. III, pág. 525 (Buenos Aires, 1961).
61. RODRÍGUEZ, EDUARDO R.; GOÑI MORENO, J. M.: *Plan de Seguridad Social*. "Rev. del Consejo Federal de Seg. Social", N° 6/7, pág. 7 (Buenos Aires, 1962).
62. RODRÍGUEZ, EDUARDO R.; GOÑI MORENO, J. M.: *La Seguridad Social en Argentina. Primer informe técnico del Consejo Federal de Seg. Social*. Folleto. Buenos Aires, 1961.
63. RODRÍGUEZ, LUIS V.: *Desarrollo histórico del seguro*. "Rev. Fed. Méd. R. A.", N° 21, pág. 12 (1943).
64. RODRÍGUEZ, LUIS V.: *Hacia la Seguridad Social*. "Rev. Fed. Méd. R. A.", N° 19, pág. 8 (1942).
65. ROSAL, ENRIQUE: *Los médicos ante la crisis*. "Bol. Fed. Grem. Méd. Pcia. Santa Fe", Año II, N° 11, pág. 4 (1935).

106. TURANO, ARMANDO L.: *Proyecto de creación del Consejo Nacional de Racionalización Sanitaria.* (Senado de la Nación, 4 de junio de 1959).
107. UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES: *Anteproyecto de Seguro Asistencial para el personal de la Universidad.* Buenos Aires, 1963.
108. VACCAREZZA, RODOLFO A.: *Problemas económicos, sociales y legales del enfermo pulmonar y su solución dentro del seguro social de enfermedad.* Folleto. (Concordia, 1957).
109. VACCAREZZA, RODOLFO A.: *Proyecto de Decreto-Ley nacional de Seguridad Social.* Folleto (Buenos Aires, 1957).
110. VACCAREZZA, RODOLFO A.: *Relaciones entre las instituciones de Seguridad Social y el cuerpo médico.* "Rev. Conf. Méd. R. A.", Nº 83, pag. 24 (1957).
111. VERA BARROS, PEDRO CÉSAR: *Anteproyecto de ley de Seguro de Salud.* Folleto. Buenos Aires, dic. 1961.
112. VIDAL, CARLOS E.: *Proyecto de Seguro de Salud.* "Rev. del Consejo Federal de Seg. Social", Nros. 12/13 (Buenos Aires, 1963).

El departamento de alimentación en el hospital

LÍA BARREDA y MABEL FRANÇOIS

Dietistas

División de Alimentación y Dietética del Ministerio de Salud Pública

El Departamento de Alimentación es una de las actividades vitales dentro del hospital, pues la alimentación del paciente interviene directa o indirectamente en la recuperación de su salud. "El éxito del tratamiento siempre será influido por la alimentación que se prescribe al enfermo y a veces no es debido nada más que a ésta".¹

En la actualidad y a pesar de la importancia de este departamento, lo corriente es que la alimentación en nuestros hospitales se encuentre en manos de personal administrativo carente del conocimiento necesario y que desarrolla su labor dentro del más completo empirismo. Los resultados son: regímenes incorrectos y altos costos, brindando una alimentación adecuada en cuanto a cantidad pero deficiente en cuanto a calidad. Se observan regímenes de alto valor calórico proporcionado principalmente por hidratos de carbono de pastas, pan, etc. Urge, pues, la necesidad de organizar este departamen-

to a nivel técnico y científico actual. El objetivo del Departamento de Alimentación es proporcionar alimentación correcta a pacientes y personal, al menor costo. Es un departamento del hospital al mismo nivel que los otros servicios que atienden el cuidado profesional de los pacientes y depende del director del hospital, directamente o a través del secretario técnico.

La jefatura del Departamento debe ser ejercida por la dietista, que es la técnica especializada en alimentación y a quien le competen todas las funciones que abarcan desde el pedido y aprovisionamiento de víveres hasta la distribución y evaluación, desarrollando todas estas actividades sobre bases científicas.

Existen cuatro factores constantes que influyen y determinan al funcionamiento del servicio de alimentación. Ellos son: planta, equipo, personal y alimentos.

I PLANTA FÍSICA: *Ubicación de la cocina.*

El principio fundamental que rige la ubicación de la cocina central es el de fa-

¹ PÉREZ ESCUDERO: *La alimentación en los hospitales*. Conferencias y publicaciones del Instituto Nacional de la Nutrición, 19.

cilitar la distribución de las comidas, de manera que se efectúe en el tiempo más breve, a través de la menor distancia posible y con operaciones simples. Para ubicar la cocina y dependencias se tendrá en cuenta el sistema de construcción hospitalaria, ya sea en pabellones o monoblock. En el primer caso se ubicarán próximas a las salas de asistencia habilitando los medios de comunicación que faciliten el transporte: rampas, subterráneos, etc. En el sistema monoblock la cocina se instalará de preferencia en la planta baja.

Si el edificio está ya construido y la cocina no cuenta con un ambiente sanitario adecuado, se la deberá dotar de los medios artificiales que aseguren una ventilación e iluminación apropiadas. Es fundamental la intervención de la dietista en la etapa de planificación del hospital, dada la importancia que tiene la conveniente ubicación de las dependencias.

Las dependencias de la cocina central:

1º *Oficina de la dietista:* debe ubicarse muy próxima a la cocina para facilitar la tarea de supervisión.

2º *Local de recepción de víveres:* como los alimentos constituyen las más frecuentes entregas, es indispensable que este local cuente con puertas y vías de acceso lo suficientemente amplias y adecuadas que permitan la entrada de la mercadería sin inconvenientes. Estará provista de balanzas para pesar todos los víveres que se reciben.

3º *Depósito de víveres secos y cámaras frigoríficas:* deben estar próximos al local de recepción y contar con instalaciones apropiadas y cierres de seguridad.

4º *Cocina propiamente dicha:* Comprende las siguientes secciones: cuarto para vegetales, cuarto para carnes, sector de cocción, cocina dietoterápica, lechería, sector de distribución, lavado de vajilla, local para residuos.

5º Vestuarios y baños para personal de cocina.

6º Comedor para el personal.

II EQUIPO DE COCINA.

Es un elemento importante del servicio de alimentación, pues está relacionado directamente con la cantidad, calidad y economía del trabajo realizado. Debe lograrse la máxima mecanización para aumentar el rendimiento, mejorar la calidad de las preparaciones y reducir el número de personal. El equipamiento del servicio de alimentación de un hospital es un problema complejo que merece ser tratado en forma particular.

III PERSONAL.

Es necesario considerar el número, las categorías y la distribución de las tareas. La cantidad de personal depende del tamaño del hospital, del número de raciones servidas, del equipo de trabajo disponible del sistema de distribución, etc.

Las categorías del personal están condicionadas por los distintos tipos de trabajo que se realizan y que pueden resumirse en: dirección y control, preparación de los alimentos y comidas, distribución y servicio, limpieza y conservación.

Deben fijarse las tareas y los horarios correspondientes a cada empleado, confeccionando la reglamentación respectiva.

Selección y capacitación del personal:

Debe seleccionarse dentro del personal disponible aquel que posea mejores condiciones para la realización de las tareas, desistiendo la perniciosa tendencia de enviar a la cocina a personal castigado o disminuido físicamente.

Es necesario capacitar al personal en servicio en forma permanente, y en todas las

etapas relacionadas con la recepción, preparación, distribución y servicio de los alimentos.

“Hay que educar al personal creando aptitudes para un mejor hacer en relación con la alimentación y alcanzar así el máximo de eficiencia en la administración de la alimentación hospitalaria”. (Dr. Boris Rothman).

CUADRO Nº 1

INDICE ACONSEJADO DE DIETISTAS POR CAMA

Hospital General Una cada 60 camas	Hospital de Crónicos Una cada 200 camas	Hospital de Niños Una cada 50 camas
---------------------------------------	--	--

CUADRO Nº 2

Brigada de cocina calculada según el número de raciones completas servidas

Categoría de personal	Hasta 180 raciones	De 180 a 300	De 300 a 600	De 600 a 1.000	Más de 1.000 raciones
Jefe de cocina	1	1	1	1	1
Subjefe	1	1	1	1	1
Cocinero de primera	2	2	3	5	5
Cocinero de segunda	2	2	3	3	5
Ayudante de cocina	2	2	4	6	6
Peones	2	5	7	8	8
Total de personal ambos turnos ..	10	13	19	24	26
Dispensero	1	1	1	1	1
Ayudante de dispensa ..	1	1	1	1	1
TOTAL	2	2	2	2	2

DE ALIMENTOS.

Al planificar la alimentación interesa realizar un análisis del aspecto económico

de los alimentos ya que su compra significa un 30 % del presupuesto general del hospital. El estudio del valor nutritivo de

los alimentos y el análisis comparativo de los costos permitirá establecer las adquisiciones más convenientes.

Administración de la alimentación hospitalaria. Son sus etapas:

1º *Prescripción y pedido de regímenes:* el médico tratante es el encargado de prescribir el régimen de alimentación al paciente y comunicarlo al servicio de alimentación.

2º *Totalización de las dietas:* la dietista totaliza los distintos regímenes y confecciona las planillas de preparación del régimen normal y las variantes. Estas planillas son las que consulta el cocinero para la realización de las comidas. La dietista confecciona también la planilla de cocina fría donde se totalizan los alimentos que no se someten a cocción: pan, fruta, dulce, etc., y que es utilizada por el dispensero para la distribución.

3º *Totalización de alimentos y pedido de víveres:* se calcula sobre la base de las cantidades brutas de alimentos que figuran en las planillas de preparación y cocina fría.

4º *Recepción de víveres:* debe ser supervisada por la dietista en cuanto a cantidad y calidad de los alimentos que se reciben.

5º *Preparación de las dietas:* es importante una planificación moderna de la alimentación implantando el régimen normal y sus variantes que aseguran una alimentación *suficiente, completa, armónica y adecuada.* (Leyes de la Alimentación: Profesor Escudero).

La aplicación eficiente del régimen normal y sus variantes trae una inmediata reducción de los regímenes individuales, simplificando el trabajo de cocina.

6º *Distribución:* dadas las características arquitectónicas de nuestros hospitales en todos ellos rige el sistema de distribución descentralizado. Es decir que la comida preparada en cocina central es distribuida en carros termos o simplemente transportadores, a las salas o pabellones donde se distribuye a los enfermos por porciones. El carro térmico cumple una función muy importante en la distribución de la comida; su ineficacia puede malograr todo el trabajo anterior de la alimentación. Le compete a la dietista establecer las características de los carros que se adquieran.

7º *Evaluación:* Se puede hacer:

- a) Por medio del control de sobrantes, residuos y desechos que permiten ajustar el pedido de víveres y mejorar la preparación;
- b) Por el costo de la ración completa.

Si se cumplen eficientemente todas las etapas enunciadas se asegura la aceptación del régimen por parte del enfermo. De esta manera la dieta actúa acelerando la recuperación de la salud, objetivo final que es evaluado por el médico tratante.

CONCLUSIONES.

1. El Departamento de Alimentación es una organización que tiene por finalidad el gobierno de todos los problemas conexos con los alimentos y la alimentación del hombre.

2. Es indispensable la creación de servicios de alimentación en los hospitales de la provincia de Buenos Aires, a cargo de dietistas, única forma de lograr una alimentación correcta al más bajo costo.

Financiación de la salud pública

DR. ABRAAM SONIS

Diplomado en Salud Pública
Encargado de Docencia e Investigación
Escuela de Salud Pública
Universidad de Buenos Aires

DR. CARLOS MARTINI

Diplomado en Salud Pública
Director del Servicio Universitario
de Salud
Universidad de Buenos Aires

I. INTRODUCCION

El tratamiento de temas como el que ocupa está señalando una de las características más notables de la Salud Pública actual: es muestra del proceso mediante el que la misma está viviendo y se expresa a través de la convicción que para la solución de los problemas médico-sanitarios no es suficiente su consideración en el campo exclusivamente médico y con la sola aplicación de las herramientas metodológico-conceptuales que la medicina

propone. ¿Cuáles son las razones que llevan a esta preocupación creciente por los aspectos económico-financieros que plantea el cuidado de la salud? Sin pretender agotar la lista, trataremos, para su comprensión, de esquematizar las causas principales de esta tendencia, agrupándolas en tres grupos de nombres:

1. La medicina es cada vez más cara y esto se debe, en forma preferente, a la tecnificación y la especialización que se ob-

serva en los últimos años, así como a los adelantos que redundan en una mejor atención.

2. A medida que mejoran las condiciones socio-económicas en que vive una comunidad y a medida que la medicina va concretando sus posibilidades y haciendo valer las nuevas adquisiciones, la patología prevalente va cambiando. Este viraje de la patología expresa una de las características fundamentales de nuestro tiempo y es uno de los campos de estudio más importantes de la salud pública de nuestros años, que se encara a través de investigaciones interdisciplinarias. En otra publicación lo hemos tratado con alguna extensión¹; en este caso nos interesa recordar los cambios en la estructura de edad de las poblaciones que, debidos en gran parte a acciones médico-sanitarias, influyen a su vez sobre la morbi-mortalidad transformando totalmente las características de la patología. El aumento de la expectativa de

¹ Salud, Medicina y Desarrollo Económico-Social, Buenos Aires, Eudeba, 1964.

vida y el dominio de las epidemias tradicionales, así como el desarrollo económico-social, provocando un aumento de las enfermedades crónico-degenerativas ha cambiado el panorama de los problemas médicos. Lo importante es recordar que las más importantes entidades nosológicas de hoy, las que más pesan sobre las sociedades modernas, presentan problemas crecientes en lo que hace a sus aspectos técnicos, administrativos y económicos. En todos los casos, inciden directamente sobre los costos de la atención y el control de las afecciones.

3. Nos obliga a ocuparnos de la financiación la creciente apetencia de bienes de consumo y de servicios que caracteriza a las sociedades de la segunda mitad de este siglo y que, a partir del tan citado "efecto de demostración", explicado por Duesenberry y aplicado por Nurske a los países no desarrollados, se ha constituido en uno de los motores del desarrollo, pudiéndose visualizar a través del anhelo de un mejor nivel de vida, del cual la salud es uno de los componentes fundamentales. En otras palabras, el hombre moderno reclama más y mejor salud y asistencia médica y dado que las necesidades y la demanda son mayores que los recursos, estamos obligados a estudiar los costos y la posibilidad de hacerles frente para encontrar la manera más eficiente de satisfacer estas necesidades.

Finalmente, debemos tener en cuenta, una vez más, que en la planificación del desarrollo la salud es una *inversión social* concurrente al mismo y como tal debe ser específicamente tenida en cuenta y valorada, para su financiación adecuada. A la altura en que nos encontramos con respecto

a lo que se ha escrito sobre el tema no sabemos si es necesario aún recordar que este último concepto advierte sobre un proceso que se transforma en el campo fundamental de los estudios de salud pública, tanto en lo que hace a investigación (búsqueda de indicadores) como a la realización de acciones médico-sanitarias.

Estas ideas fijan, por otro lado, el marco de referencia para el estudio de los problemas que nos ocupan y que hacen a la financiación de la salud y su cuidado. Desde el punto de vista práctico, no puede hablarse en el aire de atención médica y su financiación, buscando planes ideales para encamisar sobre un país: las condiciones económicas que predominan en ese país fijan el marco de referencia dentro del cual debemos estudiar y podremos resolver las dificultades relativas a la financiación adecuada de las acciones médico-sanitarias. Es suficientemente conocido el hecho de que constituyen el primer y más importante factor limitante: no son iguales las perspectivas y las posibilidades de un país industrializado cuyo ingreso "per capita" anual está arriba de los 800 dólares que otro que se debate en una economía pastoril con un ingreso de menos de 200 dólares o aún de 100 y, en este sentido el problema no se presenta con las mismas características en todas las regiones de un mismo país.

Por otra parte, este marco socio-económico no debe ser visto en forma rígida, sino en proyección y esta proyección depende de los planes puestos en marcha en cada país (o de la falta de planes), de la política general, de la organización jurídi-

ca y administrativa, etc. Es un juego de referencia mutua entre las condiciones economico-sociales y la política seguida que van adquiriendo el significado de líneas de fuerza sobre las cuales debemos desenrollarnos para una acción realista.

La condición económica en que el país se desenvuelve ha sido un factor de suma importancia en el establecimiento de sistemas especiales para hacer frente al riesgo de la enfermedad y la ejemplificación es abundante; para no quedarnos en el caso clásico de la comparación entre Argentina y Chile recordemos lo sucedido en Francia en 1960 en oportunidad del plebiscito médico que debía aprobar o rechazar el seguro contra la enfermedad propuesto por las autoridades. La opinión médica fue favorable en todos los departamentos de Francia, excepto en el de Seine-Oisé, la zona más rica del país (París y su cinturón industrial y residencial), en que el voto médico fue desfavorable al seguro.

Además de este factor económico no debe olvidarse la importancia que adquieren los factores de tipo político. Entendemos bajo la denominación de político todo lo que hace a la constitución política propiamente dicha, tradiciones, legislación, historia, pautas culturales, etc., es decir todo lo referente a la infraestructura cívico-cultural de esa comunidad. Sin entrar en lo que hace al régimen político propiamente dicho, tienen fuerte peso en las discusiones que se plantean en cada país, aquellos conceptos que la tradición ha convertido en habituales, en ideas de aceptación indiscutida, casi axiomática, y que son resultado de la evolución histórica en el terreno que

nos ocupa. Así se explica el nacimiento del seguro contra la enfermedad en Alemania y así se dan por aceptados, en algún país, ciertos valores que, por el contrario, son negados en otros. Lo que ocurre entre Gran Bretaña y los Estados Unidos es muy claro a este respecto: cuando en Inglaterra se habla de los sistemas de atención médica se da como moneda corriente que el sistema imperante en los EE. UU. agoniza y que, más o menos pronto, este país deberá tomar el toro por las astas y establecer también algún sistema nacional unificado de seguro contra la enfermedad, vistos los antecedentes positivos y exitosos que existen, entre ellos la experiencia inglesa. Por el contrario, en los Estados Unidos se tiene como valor aceptado en varios círculos el fracaso de regímenes de este tipo, que significan un seguro obligatorio nacional y como muestra del fracaso señalan lo ocurrido con el Servicio Nacional de Salud de Gran Bretaña.

En conclusión: creemos que no puede considerarse aisladamente una política de financiación de la salud y su cuidado, sino en función del contexto del país en que se vive y ligada a la política de gobierno, los planes de gobierno y la política de seguridad social que se siga. No puede la salud y su atención ser considerada aislada, fuera del marco general que le da el tener en cuenta la legislación nacional vigente, las leyes de protección materno-infantil, de jubilación, etc. La cuantía de recursos que van o que deberían ir hacia el campo de la atención médica varía sensiblemente si existen hogares para ancianos o guarderías para niños cuyas madres trabajan, que en

el caso contrario. Considerar la salud y su atención dentro del cuadro general que brinda la visión global de la política de bienestar adoptada, nos permite comprender la amplitud de un *seguro de salud* que abarquen todas las acciones que hacen al cuidado y el mantenimiento de la misma: desde su promoción y la prevención de las enfermedades hasta la rehabilitación, pasando por la atención propiamente dicha.

La experiencia nos enseña, sin embargo, que este enfoque de la atención médico-sanitaria es complejo, que los factores concurrentes son numerosos y variables, que existen limitaciones de todo tipo para concretar acciones de tal amplitud y por esta razón se ha optado, en muchos casos, por focalizar el problema más grave, el más urgente, el más visible quizá, el que hace a la recuperación de la salud, el que expresa la enfermedad una vez producida y se ha dado forma entonces a diversos tipos de *seguro contra la enfermedad* que cubren este riesgo, sin que se olvide, empero, que esto es parte de un todo y que debe ser conjugado, asimismo, en el marco general que le presta el panorama general de la seguridad social.

Fijada la salud y la financiación de su atención en este cuadro general llegamos a los aspectos específicos referentes al campo médico-sanitario propiamente dicho, en el cual son indispensables estudios de diverso tipo para cumplimentar con éxito el montaje de un sistema eficiente. En primer lugar se nos plantea un serio problema que es el determinado por los límites

y el alcance que debemos dar al concepto "acciones de salud" en relación con su financiación y, asimismo, es preciso delimitar con relativa exactitud los servicios médico-sanitarios en relación con otros servicios que eventualmente también producen o pueden producir salud, tal por ejemplo las comidas escolares para niños débiles o mal nutridos, o el adiestramiento de auxiliares de enfermería. Llamada la atención sobre el punto, desborda nuestro objetivo una consideración de los límites de las acciones de salud con vistas a su financiación, si bien recalcamos nuevamente que desde el punto de vista del "rendimiento del dinero libre invertido", es un aspecto decisivo y remitimos al lector interesado a la lectura de un trabajo de Abel-Smith en cuyo capítulo segundo, pasa revista a las distintas implicaciones que se suscitan en este campo en lo que hace a su delimitación.² Quedamos, pues, limitados voluntariamente en nuestro enfoque de la salud a los servicios médico-sanitarios encargados de su cuidado y los agrupamos, tal como este autor lo hace, en tres campos principales: asistencia médica, salud pública, docencia e investigación y es con esta concepción que encaramos la problemática que nos plantea la financiación de la salud y su atención.

LA SALUD COMO INVERSIÓN

El valor de la salud como factor concurrente al desarrollo ha sido suficientemente explicado en numerosas publicaciones en los últimos años. Su carácter de inversión social ha sido especificada desde di-

² BRIAN ABEL-SMITH: *El precio de los servicios sanitarios*. O. M. S. Ginebra, 1964.

En estos ámbitos y las investigaciones tendientes a ubicarla dentro del contexto de un plan nacional de desarrollo están adquiriendo notoria importancia y difusión. En síntesis, no es sino concretar la idea de ubicar la salud en relación con los otros sectores con los cuales concurre a la promoción de un país o de una región, teniendo en cuenta sus posibilidades (valor al mismo como inversión) y su costo.

Desde esta perspectiva los gastos que van al sector salud se consideran en relación con el producto bruto nacional y esta es una primera aproximación que se acostumbra a hacer habitualmente y en base a la cual se han encarado clasificaciones, comparaciones entre distintos países y puntos de partida de programaciones.

Por otra parte, siendo la Salud Pública una actividad pública, es decir correspondiente al sector gubernamental, es útil tener en cuenta su relación con el gasto total del sector público, o sea el porcentaje de los presupuestos nacional, provinciales y municipales que se destina a atención de la salud, sin olvidar que este gasto público sólo comprende una parte de lo que se invierte en salud y que únicamente un porcentaje limitado del mismo se invierte en promoción y protección de la salud, ya que el grueso atiende necesidades asistenciales. Por otro lado es importante recordar que este porcentaje limitado es probablemente la única inversión que se efectúa en acciones específicas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En lo que hace a nuestro país, una esti-

mación de las cifras y una proyección de las mismas puede obtenerse en el trabajo efectuado por el Consejo Nacional de Desarrollo, que muestra, inclusive, aspectos más precisos y que explican la relación del gasto en salud del sector público con el gasto total referido a los distintos sectores del presupuesto: gastos de capital y gastos corrientes (remuneraciones, etc.) en pesos constantes y en su evolución a través de varios años.³

Siendo la salud una inversión que capitaliza al país es lógico que la comunidad, es decir el Estado, tenga interés en mejorar la salud de sus habitantes para aumentar el producto bruto nacional, para lo cual debe destinar, o tratar que se destine a ella las sumas necesarias y atender a que se cumplan las acciones médico-sanitarias indispensables para cumplir con este objetivo. Si observamos la literatura sobre el tema comprobamos, sin embargo, que el acuerdo general está limitado a que el Estado —o la comunidad, si se quiere— debe hacer por el individuo lo que éste no puede hacer individualmente por sí mismo, o sea la atención de los servicios de protección y promoción de la salud; nadie discute ya que lo que habitualmente entendemos por Salud Pública es una actividad que corresponde al sector público, financiada a través de recursos de la comunidad con fondos públicos. Digamos de paso que este problema de la utilización de los fondos públicos acusa caracteres especiales en lo que hace a su catalogación y a su rendimiento y es motivo de frecuentes discusio-

³ Consejo Nacional de Desarrollo - Sector Salud Pública - *Informe preliminar - Estimación y análisis del gasto público y Proyecciones del gasto público en salud*. Bs. Aires, 1963.

nes, las que no hacen sin embargo a su esencia. Las discusiones de fondo comienzan cuando se pretende ubicar a la atención médica —a la asistencia médica propiamente dicha, ya que para algunos debe ser considerada individualmente—, como un consumo particular. Podría compararse, para aclarar ideas, con lo que ocurre con los caminos y los automóviles: la salud pública (promoción y protección de la salud), actividad gubernamental, equivale a los caminos que el individuo no puede tener a su cargo, y la atención médica sería asimilable a los automóviles, para cuya circulación los caminos son indispensables pero que cada uno compra de acuerdo con su gusto y sus posibilidades.

LA SALUD COMO CONSUMO

La salud y su atención directa desde el punto asistencial en caso de enfermedad (no de los servicios personales, ya que entre éstos podemos contar acciones de protección de la salud y aún de fomento o promoción de la misma), juzgada, pues, individualmente, sería un artículo más de consumo, tal como las heladeras, la ropa o cualquiera de los bienes durables que la gente consume de acuerdo con sus posibilidades, su necesidad o su ambición. En consecuencia, importa conocer el monto que demanda la asistencia médica en relación con los ingresos personales o familiares, o mejor aún, con los gastos personales o familiares, o sea la estructura del consumo, que es, como se sabe, función del ingreso.

Estudios realizados en los EE. UU. hace unos años revelaron que a la atención mé-

dica corresponde el 4.5 % de los gastos de consumo de la familia norteamericana. Si consideramos la asistencia médica y aún el cuidado de la salud como un bien de consumo más, debemos aceptar que se atiende a la misma en la medida que la gente está dispuesta a pagar por ella: se demandarán (y consumirán) atención médica o televisores, según que la gente prefiera individualmente uno u otro y por lo tanto el nivel de la atención médica a prestarse alcanzará el nivel que corresponde a la demanda que existe.

Sin embargo, aún aceptando que existen ciertos aspectos que asimilan la salud a un consumo, que en cierto sentido la asistencia médica se comporta como un consumo (o que así conviene interpretarla para estudiar algunas de sus características) no es posible en los años que corremos limitar la problemática que plantea la financiación del cuidado médico a su consideración en igualdad de condiciones que el consumo de cualquier otro bien o servicio (automóviles, peluquería, etc.)

En primer lugar es fácil de suponer y no difícil de demostrar que los gastos que cada familia efectúa en la atención de su salud están en relación con los ingresos de la misma. Un estudio expuesto por Seymour Harris, profesor de Economía en la Universidad de Harvard, nos revela que los gastos por este concepto alcanzan 48 dólares en las familias cuyo ingreso está por debajo de los 500 dólares, en tanto que es de 260 dólares en aquellas familias que sobrepasan los 5.000 dólares, si bien debe recordarse como dato importante que en el primer caso ese gasto representa e

17% del ingreso del grupo familiar, en tanto que en el segundo alcanza al 3,4 %, pudiendo observarse entonces como la parte del ingreso familiar comprometido en la atención de la salud es cinco veces menor en los sectores de mayores ingresos, de mejor posición económica.

Otro estudio, citado por Harris en el mismo trabajo ⁴, indica que las familias de más bajo ingreso de la comunidad estudia- da, que representan el 14,2 % de la misma, gastan sólo el 4,7 % de lo que se consume en atención médica, en tanto que el grupo de más alto ingreso, que representa el 0,9 % de la población, absorbe el 7,1 % del gasto en salud. Este último sector gasta 25 veces más (consume atención en salud) por unidad familiar que el sector de más bajos ingresos. El estudio especifica la distribución de este gasto en los distintos rubros que componen la asistencia médica: hospitales, honorarios médicos, medicamentos según el ingreso familiar, si bien no discrimina en lo que hace a la composición familiar en los distintos sectores del ingreso.

En consecuencia, puede inferirse que el consumo de atención médica, la "demanda" de servicios médico-sanitarios tiene características especiales frente a otros consumos. En primer lugar no debemos olvidar el papel fundamental que juega hoy la propaganda, la publicidad en la creación y el fomento de las necesidades y su traslado hacia la demanda, en la estructura y el monto que ésta alcanza, y es te-

niendo en cuenta su valor e importancia como debe considerarse y juzgarse todo lo que se relaciona con consumo.

En segundo lugar, los medios solicitados y puestos en juego en la atención de la salud dependen del concepto que con respecto al binomio enfermedad-salud rige en cada comunidad. Todos los factores ambientales y culturales operan en este sentido: no prima el mismo concepto de salud en Ghana que en Buenos Aires, o aún más cerca nuestro, en Rosario que en Corrientes o en Formosa.

Asimismo, y en tercer lugar, dentro de una misma comunidad, juega un papel importante la ubicación socio-cultural de los individuos: no sólo los factores económicos son importantes en el sentido apuntado. La educación, los valores predominantes en cada grupo social se transforman en decisivos en lo que hace a demanda de atención médico-sanitaria. El aprovechamiento de los servicios que se encuentran a disposición de las distintas comunidades está en relación directa con estas características socio-culturales y son numerosos los trabajos de investigación que se están llevando a cabo por parte de equipos en los cuales los sociólogos juegan un importante papel a fin de localizar los factores operantes en la determinación de la demanda de servicios médicos. En este sentido cobran importancia fundamental lo que se consideran las expectativas y las satisfacciones que cada grupo humano tiene respecto a su salud. Recientes estudios de investi-

⁴ SEYMOUR E. HARRIS: *Medical Care Expenditures in Relation to Family Income and National Income*, en "Building America's Health". (The President's Commission), Washington, 1951.

gación operativa tienen como objetivo aclarar estos aspectos, aún oscuros, de la demanda médica; citaremos a este respecto una determinación que nos muestra como de todos los partos atendidos en Gran Bretaña durante una semana, el control prenatal juzgado en base al dosaje sistemático de la hemoglobina, la determinación del

grupo Rh y el control de la presión arterial antes del 5º mes mostraba sensibles variaciones a lo largo del territorio según las regiones, disminuyendo progresivamente de sur a norte del país. El cuadro ⁵ que transcribimos a continuación nos aclara los conceptos:

Niveles de cuidado prenatal

Todos los partos en hospitales o en el domicilio de la madre según región.

	Porcentaje de casos donde		
	Se determinó grupo Rh	Se determinó hemoglobina	Se controló presión arterial antes 5º mes
Parto en servicio hospitalario ..	99	90	62
Parto en domicilio (todo el país)	90	42	45
<i>Inglaterra:</i>			
Sud y Este	94	54	54
Midlands y Sud-oeste	94	36	45
Nord-oeste y Nord-este	93	40	41
<i>Gales</i>	82	35	37
<i>Escocia</i>	64	24	36

Lo importante de este trabajo es que a pesar de las sensibles diferencias que se observaron en cuanto a los niveles de atención, ambos términos de la ecuación, *tanto las madres como los médicos, se encontraban igualmente satisfechos en todas las regiones con respecto a la atención prestada*. Es decir que el nivel de la misma respondía a la expectativa que ambos sectores tenían al respecto, y la demanda se establece sobre estas bases.

Un planteo similar en lo que respecta a la importancia de los factores económicos

y socio-culturales puede efectuarse en lo relativo a educación; y en cierta medida, otros aspectos significativos tales como alimentación, por ejemplo, se dan sobre parámetros semejantes por lo cual no es lógico ni conveniente al Estado dejar librada estas necesidades, entre ellas la salud y su cuidado, a que cada uno consuma lo que pueda o lo que quiera, porque grupos importantes de población pueden no demandar (por falta de posibilidades o de conocimiento) lo que se juzga un mínimo indispensable para el bienestar de la Na-

⁵ R. F. LOGAN: *Studies in the spectrum of Medical Care*, en "Problems and Progress in Medical Care", Oxford University Press, 1964.

ción y de sus habitantes. Si comparamos una educación, observamos que todos los países han aprobado leyes que instituyen un mínimo de enseñanza obligatoria, sólo primaria en algunos, también secundaria en los más desarrollados, y han adoptado las providencias económicas para que esto se cumpla y, si tratamos de razonarlo, no encontramos otra razón para que esto haya sido legislado que la circunstancia de que si no fuera obligatorio, determinado sector de la población no demandaría educación para sus hijos; por lo tanto el Estado, respondiendo a las necesidades de la Nación, por ser ésta una necesidad social, difunde y practica la idea de que la educación y, en nuestro caso, también la salud es fundamental para el bienestar de sus habitantes y a ella deben destinarse los recursos necesarios, sin entrar necesariamente en la instrumentación del cumplimiento de esta obligación.

Si bien este planteo es sólo el a, b, c del problema, no podemos dejar de recordar que en su simpleza involucra la discusión de importantísimos aspectos que hacen a la función del Estado moderno y que soportan nuestra materia, limitándonos a señalar, solamente, que la responsabilidad del Estado, como dispensador de bienes para el aprovechamiento de la mayoría se ha ido incrementando en los últimos años en todos los países, cualquiera fuese su ideología, y en relación con la responsabilidad que se atribuye al mismo, tendiente al bienestar de la población, proceso lógico, por otra parte, en una democracia que se define como el gobierno del pueblo,

para el pueblo y por el pueblo, para decirlo con palabras de Lincoln.

Lo que señala un hecho realmente nuevo es esta responsabilidad colectiva, de toda la Nación, del Estado mismo por la salud o la educación de la población y ésto que es ya corriente y aceptado, marca una diferencia fundamental con respecto a conceptos vigentes en el siglo XIX y aún en parte de este siglo y que pueden resumirse en lo que se llamó el "darwinismo social" y que consistía en una aplicación esquemática de la supervivencia del más apto en el campo humano. Lo importante es que se creía que esta supervivencia, que no era de los más aptos sino de los más favorecidos, contribuía y aún era necesaria para el buen funcionamiento del sistema, de tal modo que las condiciones deplorables de vivienda, salud, trabajo, alimentación, etc., en que se debatían grandes núcleos de la población no significaban una obligación de la misma sociedad para mejorarla ni aun remordimientos de ninguna clase ni responsabilidad ya que ese era el método para el mejoramiento de la raza humana.

Vemos, pues, que si bien en cierto sentido la atención de la salud puede ser considerada como un consumo, no puede aceptarse que lo sea en sentido lato, si la juzgamos en su esencia. La atención de la salud, ligada estrechamente a la idea de salud de cada uno según su psicología y el medio en que vive, tiene características especiales que deben ser enumeradas, ya que si bien desde el punto de vista colectivo la salud tiene características de inversión,

desde el punto de vista individual las motivaciones de su cuidado son asimilables a las condiciones que caracterizan el ahorro.

EL CUIDADO DE LA SALUD COMO AHORRO

En general, desde el punto de vista que nos interesa, deberíamos tener en cuenta que para el hombre de nuestra sociedad, para el hombre de hoy, la atención de su salud, cuando nota que algo no anda bien y con mayor razón si no existe sintomatología, representa:

1. Pérdida de tiempo. La fiebre de compromisos que envuelve al hombre moderno le hace presionar al médico para que elimine los síntomas que le impiden atender su vida habitual sin importarle realmente la evolución futura de su salud.

2. Importa la relación que cada uno tiene con su cuerpo. Esta visión del propio organismo es sumamente variable como se aprecia a través de la bibliografía: psicólogos, biólogos, psicoanalistas y aun filósofos han efectuado contribuciones inestimables en este campo que nos interesan fundamentalmente: el temor a la enfermedad, la necesidad inconsciente de auto castigo; el condicionamiento de experiencias dolorosas anteriores, el temor a la muerte, etc., son importantes elementos a tener en cuenta.

3. La atención de la enfermedad *puede posponerse para el futuro* si no es urgente o si el enfermo no considera urgente atender esa afección.

4. Se piensa generalmente que con algunos remedios, indicados por un familiar o un amigo o el farmacéutico se puede sos-

layar la visita al médico que significa "reconocer", "dar existencia" a la enfermedad.

5. El dinero gastado en enfermedades o en prevención de la misma es un *consumo* en bienes no-deseados y, en la mayoría de los casos, significa dejar de lado planes y esperanzas puestas en adquirir bienes que sí se desean: televisores, vestidos, vacaciones, etc.

Estas características de los gastos médicos son las que se acercan su naturaleza a la del ahorro, ya que significan una privación de valores inmediatos para "adquirir futuro" y esto involucra por un lado tener visión de futuro y por otro estar convencidos de la ventaja que representa este consumo diferido. Destacados psicólogos sociales atribuyen a esta falta de visión del futuro el menor aprovechamiento que hicieron los componentes de la clase social quinta, que corresponde a operarios no calificados, de las facilidades médico-sanitarias que el Servicio Nacional de Salud inglés ponía a su disposición, sin pago directo, en comparación con los otros grupos sociales.

Por otra parte la existencia de los seguros de enfermedad, de cualquier tipo que sean, significan el reconocimiento implícito de esta similitud de la atención de la salud con el ahorro y la transferencia al futuro de ese consumo.

Si recordamos que la demanda médico-sanitaria es sumamente elástica de tal forma que a medida que son cumplimentadas las necesidades existentes, son reemplazadas por otras y que por lo tanto el espectro de la atención médica va variando no sólo cuantitativamente sino también cualitativa-

mente a medida que mejora el nivel sanitario y económico-social de una población, tal como lo revela la experiencia en numerosos países, podría aparentar una contradicción la experiencia recogida con respecto a la utilización de los servicios observada en Gran Bretaña. La validez de ambas está señalando la complejidad del problema y asimismo proporciona bases para futuros estudios. Podría conjeturarse quizá, y podría servir como hipótesis de trabajo, que existiría un umbral por encima del cual recién comienza a desarrollarse la especial de la demanda médico-sanitaria. Y si existe este umbral efectivamente, del conjunto de factores socio-económicos, culturales, etc., que intervendrían en la delimitación de este umbral, ¿cuáles serían los preponderantes? El camino está abierto y los estudios futuros agregarán conocimientos que permitirán programar con eficiencia las acciones que cumplimentarán los objetivos propuestos.

CONSIDERACIONES

Hemos visto sucesivamente como la salud y su atención participa de las características de la inversión, del ahorro y del consumo, y, asimismo, que en los estudios para concretar una financiación adecuada y eficiente pueden utilizarse elementos de las tres categorías. Las consideraciones sobre la demanda y sobre la posible existencia de un umbral podrían involucrar una discontinuidad dentro de la atención médica, en el sentido que existirían acciones de

salud que significan una inversión para una comunidad y otras acciones que se convertirían en un consumo de lujo para la misma. Aunque no cabe duda que consideraciones tan finas están fuera de nuestra realidad actual y son sólo materia de investigación, no podemos dejar de señalar que existen, sin duda, acciones de salud dentro de una comunidad que contribuyen a la promoción de esa comunidad, lo que está significando desde ya la existencia de prioridades en este terreno a las que se debe dedicar acción preferente. Con vistas a la financiación de estas acciones hemos anotado que no existen dudas con respecto a que la salud es una importante inversión productiva; que es función del Estado, del sector público, hacer frente a lo que tradicionalmente se ha conocido como Salud Pública y que la atención de la salud individual, la asistencia médica es asimismo responsabilidad de la comunidad toda.

Con este enfoque global es fácil comprender porqué en los últimos trabajos sobre la materia, el citado de Abel Smith o el de Ruderman⁶, por ejemplo, se comparan los gastos en salud, globalmente o por sector (hospitales, medicamentos, etc.) con el egreso nacional bruto, que está formado por el producto bruto nacional más las transferencias netas y préstamos del exterior y que representa la suma disponible para todas las actividades en un país. Recordemos que, especialmente en el campo sanitario, muchos programas son llevados

⁶ "Estado del Estado Actual de la Atención Médica en las Américas, con miras a su recuperación como Servicio Básico de Programas Integrados de Salud". Discusiones Técnicas 1962 Conferencia Sanitaria Panamericana, Minneapolis, 1962.

a cabo en los países no desarrollados con fondos provenientes de fuentes extranjeras, tal como préstamos, subvenciones, etc.

La utilización del egreso (o gasto) nacional bruto "per capita" en los estudios relacionados con la salud y su atención nos permite considerar la salud en forma global y tener una idea del nivel de vida de un país y asimismo qué proporción de este nivel de vida se dedica a la atención de la salud en general y a sus distintos componentes en particular, la atención hospitalaria, verbigracia.

Sobre esta base, en el momento actual la discusión parecería centrada en si el seguro contra la enfermedad o el de salud, que forma parte del contexto general de la seguridad social, debería formar parte de un sistema nacional obligatorio o por el contrario voluntario, problema que es encarado en cada país de acuerdo con su realidad. Para resolver tal problema existe una directiva fundamental ineludible y es que cada país debe desarrollar su sistema de acuerdo a líneas de fuerza propias que permitan encararlo con un criterio de eficiencia, porque este criterio de eficiencia sí se ha convertido en un elemento inexcusable en cualquier sistema que se adopte, ya que en última instancia determinará su éxito o su fracaso.

Si nos acercamos con este criterio al problema que plantea la financiación de la salud y su atención podemos establecer los siguientes enunciados que resumen el panorama general en este terreno:

1º La salud es sector concurrente al desarrollo de un país, a su promoción económico-social.

2º La atención de la salud (la "medicina") es cada vez más compleja y costosa. El gran problema consiste en llevar los beneficios de las grandes adquisiciones de la medicina moderna a la totalidad de la población, es decir cerrar la brecha que existe entre lo que sabemos y lo que hacemos. La brecha que el costo creciente de la atención médica tiende a hacer más profunda.

3º A medida que mejora el nivel de vida de una población aumenta la demanda de atención médica.

4º Hay grandes diferencias en la atención según el ingreso de las familias y según las regiones del país en que residen.

5º Hay grupos vulnerables de la población que requieren atención especial (¿subsídios?) por razones de residencia en determinadas zonas, familias numerosas, futuras madres, escolares, etc. Estos grupos deben ser localizados y atendidos especialmente ya que, como lo afirma Galbraith, para asegurar la igualdad de oportunidades, la inversión de la comunidad en estos grupos debe ser proporcionalmente mayor. Con respecto a estos sectores es fundamental señalar la importancia que tiene la edad de la familia en la determinación del porcentaje de sus ingresos que destinan a salud. En las familias jóvenes debe destinarse a la atención médica proporciones mayores de ingreso (partos, enfermedades de los niños) que en las familias con más de 15 años de edad.

6º Al margen de cualquier concepción política la Nación, el Estado asume responsabilidad creciente por el bienestar de todos. Puede citarse como ejemplo el proyecto de atención gratuita para persona

de más de 65 años de edad en los EE. UU., propuesto por la administración Kennedy y el pago del salario familiar a partir del primer hijo en Australia, que facilitó, hace unos años, el triunfo electoral de los conservadores en las elecciones que siguieron a la implantación de esta ley.

Esta responsabilidad del poder central no significa que el Estado deba manejar los servicios o administrar el sistema, sino que, por el contrario, encuentra en este campo una clara aplicación el concepto del Estado indicativo que favorece con diversas medidas la concreción, por parte de la comunidad, de las acciones que contribuyen al bienestar de la Nación y sus habitantes.

Cada país debe estructurar un sistema de atención de la salud que guarde coherencia con las posibilidades económicas y de acuerdo con las condiciones socio-culturales y la escala de valores vigentes en cada país; con sus costumbres y sus hábitos de conducta. El trasplante de regímenes perfectos de un país a otro es la mejor garantía de fracaso.

En cualquier sistema que se adopte es fundamental la participación activa de los trabajadores de la salud y su identificación con el mismo en tal forma que se sientan participantes del sistema.

Que existen aspectos que podríamos llamar técnicos (en el sentido de decisión técnica que Simon da a este término), que son decisivos para el éxito de un programa y que incluyen fundamentalmente estudios sobre las prestaciones a efectuar, investigaciones cuyas conclusiones son in-

dispensables para el éxito de cualquier sistema de financiación. Ellas se refieren al conocimiento de datos relativos a oferta y demanda de servicios (morbilidad, recursos disponibles, factores que deciden su utilización, etc.) y asimismo conocimientos con respecto a gastos, costos y rendimientos. En este último aspecto es importante observar como se mueve el gasto médico en relación con los otros consumos e igualmente como evolucionan los distintos componentes de este gasto médico-sanitario, para dar énfasis e invertir en aquellos que aseguren mayor rendimiento en salud. No rinde lo mismo en la salud de una comunidad o en un programa de control de un daño una misma cantidad consumida o invertida en drogas, que en atención hospitalaria, en honorarios médicos o en cuidado post-hospitalario: una instrumentación eficiente de los recursos es ineludible y se convierte en condición esencial de cualquier sistema que se adopte, asumiendo características de variable independiente frente a la política elegida.

No debe extrañar, pues, la extraordinaria importancia que se concede a las investigaciones que tienden a aclarar aspectos relativos a la demanda, costo de los servicios y utilización de los mismos. Estudios recientes en los que las técnicas de la "investigación operativa" tienen óptima aplicación, arrojan luz sobre determinados aspectos del uso de los servicios médicos en lo relativo a días de estada de los pacientes de las distintas afecciones, relación entre atención en consultorio externo e internaciones, para una misma afección, promedio de estadía para una misma enfermedad

según regiones y países, tasas de atención de una misma dolencia en zonas diferentes, tipo de cirugía que se efectúa, etc., estudios que muestran las variaciones que registra la demanda en relación con la oferta de servicios. Así se ha comprobado que en aquellas regiones de Gran Bretaña (los hospitales están regionalizados) en que la cantidad de camas de cirugía es relativamente mayor, es decir existe mayor disponibilidad de ellas, se hace cirugía "reparadora" (prolapsos, várices, hemorroides) en mucho mayor escala que en aquellas regiones en que las camas de cirugía deben ser más estrictamente utilizadas, sin que el factor económico explique estas diferencias ya que el Seguro Nacional de Salud asegura la atención sin el pago directo por servicios.

El valor creciente de estos hechos en la atención de la salud ha ido aumentando la importancia de todos los aspectos relativos a la asistencia o el cuidado médico hasta el punto que en la actualidad, la casi totalidad de las Escuelas de Salud Pública de los EE. UU. (todas excepto Harvard) tienen un departamento especial (Medical Care) para el estudio y la docencia en este campo, ya que no debe olvidarse que un punto fundamental es también la calidad de la asistencia que se debe prestar.

10º Dada la importancia de las afecciones crónico-degenerativas en las comunidades desarrolladas, las acciones de control y prevención de las mismas son fundamentales para detener su evolución en un individuo y asegurarle una vida plena hasta los últimos años de su vida. Desde el pun-

to de vista de la financiación los aspectos preventivos plantean problemas delicados que van desde el alto costo de un sistema que asegure esta prevención por un lado hasta la falta de técnicas eficaces de prevención, así como el valor real de los exámenes sistemáticos de la población en cuanto a su rendimiento.

11º La administración del sistema es un punto clave para el éxito del mismo. Ninguna combinación puede dar resultado si la administración es deficiente. Quizá cabe preguntarse si el éxito de Suecia y Noruega en este terreno del seguro de salud no es deudor de la eficaz administración que tiene (sólo el 4 % de lo recaudado se invierte en la maquinaria que lo mueve en mucho mayor grado que de las mismas características del sistema.

12º En gran parte las posibilidades de atender a la salud están limitadas por los fondos de que se dispone, que a su vez dependen de las posibilidades del país; por lo tanto la forma más efectiva de mejorar la salud de una comunidad sigue siendo el aumento del *producto bruto nacional* y la distribución equitativa del *ingreso* que el mismo genera; en otros términos, lo que corrientemente se denomina hoy el desarrollo económico-social.

13º En la estructuración de una financiación adecuada de la salud en una comunidad dada no existen soluciones mágicas ni sistemas ideales; cada comunidad debe movilizarse a partir de sus circunstancias, su realidad y sus valores, por medio de aproximaciones sucesivas hacia sus objetivos. Las dificultades deben irse superando

teniendo en cuenta que, a medida que progresan los estudios técnico-administrativos que posibilitarán una organización eficiente,

tan importante como ellos es la motivación de la población, para su participación activa en el sistema.

II. ALGUNAS FORMAS DE FINANCIACION DE LA ATENCION MEDICA

Tal como se ha destacado en la primera parte de este trabajo, cuando un país alcanza cierto grado de desarrollo, ocurren en él, de la misma manera y como consecuencia de un largo proceso evolutivo, diversas circunstancias que es útil señalar.

Elas son:

- a) Vida media prolongada;
- b) Analfabetismo muy bajo o inexistente;
- c) Costo de servicios médicos en incremento simultáneo con el desarrollo de los mismos.

En muchos países, hasta comienzos de siglo, y en algunos casos aún después, la medicina se financiaba por:

- a) La caridad privada;
- b) La población económicamente pudiente.

La atención médica estaba a cargo entonces del médico general, cuyo equipo y arsenal terapéutico era sumamente pequeño. Con el advenimiento de la revolución industrial, aumenta la demanda de atención médica y con ello comienza la crisis de financiación, que continúa hasta nuestros días.

Cierto tipo de acciones básicas de salud ha quedado tradicionalmente, y en nuestra opinión con justificadas razones, en manos del Estado. Básicamente éstas son las

de fomento y protección, las que casi siempre se financian de rentas generales.

La búsqueda ha sido lograr una financiación adecuada para la recuperación de la salud, que evite el pago directo por el económicamente débil.

A continuación enunciaremos algunas de las formas posibles:

1. CARIDAD PRIVADA

Hemos dicho que su primera solución fue buscada en la caridad privada, cuyo incremento era posible solo en los países de gran riqueza y donde empero siempre tuvo carácter restringido y regional. Asimismo, fue finalmente necesario dirigirse al Estado en demanda de ayuda, el que la concedió generalmente por subvenciones y por la liberación de impuestos al dinero donado para esos fines, lo que lógicamente y en última instancia es una forma disimulada de participación estatal.

2. MOVIMIENTO MUTUALISTA

Una forma especial de caridad, común en algunos países de América latina, de gran inmigración, dio origen a los "movimientos mutualistas" que presentan en la actualidad características de empresa privada.

Su comienzo fue a través de instituciones de ayuda para inmigrantes, financiadas

por aquellos compatriotas de mayor fortuna; pero más tarde, al aumentar los costos médicos, se hizo necesario que todos los afiliados aportaran una determinada cuota para recibir dichos servicios. Estos movimientos se convirtieron en las hoy llamadas mutuales.

En la práctica es un sistema de seguros, que distribuye los riesgos sobre la comunidad que los asume, sin propósitos de lucro y basado en la ayuda mutua y la protección recíproca.

Estas instituciones mutuales, se vieron y se ven grandemente perjudicadas por la espiral en ascenso de los costos médicos; espiral prácticamente imposible de equilibrar con el aumento de aportes. Es así que los médicos generalmente son remunerados con exiguos sueldos y se ven obligados al hecho tan conocido de multiplicar las prestaciones en los mismos períodos de atención. Esto lógicamente va en detrimento de la calidad del servicio y en última instancia provoca el encarecimiento de las cuotas, lo que tenderá a excluir las clases menos pudientes de estos sistemas.

3. FINANCIACIÓN ESTATAL

En la mayor parte de los países latinoamericanos, desde comienzos de siglo, y aún antes, el Estado ha tomado sobre sí gran parte o todo el peso de la financiación de la medicina. Obtiene sus recursos para ello de las siguientes formas:

- 3.1. De rentas generales (sistema contributivo).
- 3.2. De impuestos especiales (sistema no contributivo).

3.3. De aranceles (sistema retributivo).

3.4. De sistemas de prepago (seguro contra la enfermedad y seguro de salud).

En nuestro país, existen todos estos tipos de financiación estatal, pero muy insuficientemente desarrollados los sistemas de prepago, que en general son paraestatales.

Es conveniente a nuestros objetivos, analizar únicamente dichas formas de prepago, y específicamente los seguros de salud, lo que luego haremos con mayor detalle.

Digamos primeramente que se considera que los seguros de salud o contra la enfermedad *deben estar incluidos en los sistemas de seguridad social*.

Es importante entonces considerar, previamente, que es seguridad social. Transcribimos a un experto, F. A. Pinto, para el que seguridad social es "el conjunto de medidas que resguardan, primero, la capacidad de los individuos de desarrollar normalmente su vida en la comunidad y después les asegura los medios de subsistencia cuando sobrevienen acontecimientos inevitables".

Esta se desenvuelve en tres líneas:

- a) La prevención de aquellos riesgos que privan la capacidad productiva de los individuos, es decir, prevención epidemiológica, saneamiento, salud pública, seguridad en el trabajo, etc.;
- b) La curación del individuo que enferma;
- c) Los medios de subsistencia necesarios ante enfermedad, invalidez, vejez, despidos, maternidad.

4. FINANCIACIÓN PRIVADA

Simultáneamente con la financiación estatal y nunca suplantado totalmente a ésta, existen diferentes formas de financiación privada que es necesario señalar.

Tales son:

4.1. Retribución por servicio prestado, en sistemas de prepago y a cargo integral del enfermo o su familia (medicina tradicional).

4.2. Retribución a cargo de empleadores (ley 9688 de accidentes profesionales, estatuto del peón de campo, etc.) con sistema de financiación a elección, directa o por medio de seguros.

4.3. Retribución por sistemas de prepago (seguros contra la enfermedad y de atención médica, individuales o colectivos).

5. SISTEMAS DE PREPAGO

Es de interés considerar en especial este último sistema de financiación, el que puede desarrollarse en esquemas estatales, privados o mixtos, basados en la capitalización o en las diferentes formas de reparto.

Según Rivarola, seguro en general es "el conjunto de operaciones que se realizan en el comercio del riesgo en unos casos, o por el Estado en otros, tendientes a organizar existencias económicas actuales, para atender las prestaciones y obligaciones creadas por ley o el contrato con relación de hechos posibles o futuros, comprendidos en el riesgo".

Esta definición engloba ciertos conceptos básicos, que se adecúan a los elementos propios de los seguros de salud. Ellos son:

- a) Sistema administrativo;
- b) Unión de recursos;
- c) Obligaciones creadas por ley o contrato;
- d) Hechos posibles;
- e) Prestaciones;
- f) Riesgo.

Aclaremos que por *riesgo* se entiende un acontecimiento generalmente futuro, incierto y extraño a la voluntad del asegurado que puede o no llegar a suceder, pero que si ocurre causa un daño.

Los seguros pueden ser clasificados en:

- a) Seguros públicos o sociales;
- b) Seguros privados o comerciales.

Estos últimos a su vez pueden ser:

- b.1. Mutuos (asume los riesgos una comunidad);
- b.2. A prima fija (con lucro o especulación).
- b.3. Patrimoniales (con protección de patrimonio);
- b.4. Personales (con protección de la vida y sus contingencias);
- b.5. Mixtos.

El *seguro contra la enfermedad* es un seguro personal y puede ser mutuo o a prima fija. En sí no es más que una forma de financiación de la atención médica basado en el concepto de pagar, mediante los aportes de muchos, la solicitud de beneficios de unos pocos.

Este pago de beneficios es predecible y de acuerdo a ello se establecen las tarifas.

En la actualidad las diferentes formas en funcionamiento tienden a:

- a) Inclusión del grupo familiar en los beneficios médicos;

- b) Aportes bi o tripartitos, con diferentes formas de recaudación de los mismos;
- c) Remuneración al médico por arancel (en ciertos casos por capitación o sueldo);
- d) Asistencia médica integral;
- e) Respeto por la iniciativa privada.

Aunque se debe llamar "seguro contra la enfermedad", ya que no abarca las acciones de fomento y protección de la salud, lo denominaremos "seguro de salud" en mérito al uso más difundido de esta última expresión.

Hemos dicho que pueden ser estatales o privados y de ninguna manera son sinónimos de medicina nacionalizada o estatizada, pudiendo coexistir o no con dichas formas.

Entre las privadas existen instituciones que las prestan con o sin fines de lucro (compañías privadas de seguros, organizaciones tipo Blue Shield o Blue Cross), siendo los Estados Unidos su área de mayor desarrollo.

En general cubren solo parte del costo de la asistencia médica (70 a 90 %) dejando el resto a cargo directo del usuario, principalmente a los efectos de la moderación en el uso.

Las prestaciones pueden ser económicas o sanitarias, otorgándose los siguientes beneficios:

- a) Internación;
- b) Cirugía (honorarios de equipo quirúrgico y derechos operatorios);
- c) Medicamentos;
- d) Maternidad;
- e) Visitas médicas;

- f) Gastos complementarios (análisis, radiografías, etc.);
- g) Odontología;
- h) Enfermeras a domicilio, ambulancias, etcétera.

El seguro de salud es considerado principalmente un *método de ayuda económica*, que relaciona los premios aportados por muchos asegurados para el pago de beneficios solicitados por parte de algunos de ellos, en un tiempo determinado. Es decir, distribuye los riesgos, tratando de mantener el poder consumidor de la familia, igual que un seguro de vida o de incendio.

Es conveniente considerar en él cuatro principios básicos:

I. La circunstancia asegurada debe ser *predecible*, sino para un individuo o familia, sí para un número mínimo conocido de ellas.

II. La circunstancia asegurada debe ser *indeseada*, de manera que no haya alicientes dentro de la estructura del seguro para su abuso.

III. La veracidad de la ocurrencia de la circunstancia asegurada debe ser *controlable* mediante un sistema adecuado de registro.

IV. Los beneficios deben estar en adecuada *relación* con los aportes.

Así, la enfermedad de una persona es un evento asegurable, partiendo del supuesto que muy pocas personas están ansiosas de ir a un hospital sin razón médica urgente y que la enfermedad individual puede ser predecible entre un grupo grande de personas.

Es evidente, empero, que un adecuado sistema de seguro de salud es mucho más complicado e implica posiblemente mayor riesgo moral y mayor dificultad que cualquier otro tipo de seguro.

Por ello es que no todos los beneficios se otorgan de la misma manera, ni en el mismo momento de incorporación al seguro.

Por ejemplo, en casi todos los seguros de afiliación voluntaria, los beneficios de maternidad se dan generalmente después de los 280 días de la inscripción, no se cubre el costo del primer y segundo día de internación y no se cumplen prestaciones odontológicas.

Otros beneficios que NO cubren la mayor parte de los seguros:

- a) Tratamiento dietético o de embellecimiento;
- b) Radioterapia, bombas de cobalto y a veces hasta el tratamiento de las enfermedades crónicas o invalidantes;
- c) Enfermedades infecto-contagiosas y en especial tuberculosis;
- d) Enfermedades mentales y toxicomanías;
- e) Enfermedades del trabajo, en aquellos países con legislación específica (sería el caso de la Argentina).

Como hemos dicho al principio de este trabajo, la mayor parte de estas acciones quedan entonces a cargo del Estado.

Otras limitaciones aplicadas son referentes al máximo de días de internación concedidos anualmente (por ejemplo: máxi-

mo de 60 días de internación al año por enfermedad) y a ciertos límites de edad.

Esto último es justamente una de las críticas realizadas a los sistemas privados americanos, donde gran parte de la población adulta queda exceptuada de los mismos.

A ese respecto cabe señalar como corrientes favorables en el norte, el aumento del límite de edad hasta los 70 años y a veces la directa excepción de este tope, y la tendencia de dar mayores beneficios en las enfermedades de mayor duración (que son también las de menor incidencia, no gravando ello demasiado en apariencia, los costos del seguro).

Esto así presentado, en forma sumamente breve y esquemática, es solo una consideración general sobre las diversas formas de financiación médica y en especial del seguro de salud. Finalmente quisiéramos incluir, ante la avalancha de proyectos de este último tipo de hechos conocer y en algunos casos presentados a los poderes públicos en el curso de este año, una llamada a la reflexión sobre algunos problemas cuya solución, a nuestro juicio, es imprescindible para la programación y ejecución de cualquiera de estos sistemas.

- a) En primer lugar la elaboración de estadísticas fieles de morbilidad que nos permitan predecir las circunstancias asegurables;
- b) Una determinación exacta de los costos por unidad de servicio y por acto médico de las diferentes actividades públicas y privadas;
- c) Determinación clara de la población a beneficiar;

- d) Determinación sobre la obligatoriedad o voluntariedad del sistema y sus posibles exclusiones;
- e) Relación directa entre aportes y nivel de ingresos y problemas de la doble afiliación;
- f) Relación directa entre aportes y beneficios a conceder, así como la forma de otorgación de los mismos;
- g) Incorporación o no al sistema de los servicios paraestatales y privados y situación final de éstos;
- r) Formas más adecuadas de administración del seguro y análisis de la posibilidad y conveniencias de la partici-

pación en ella, de beneficiarios y prestatarios;

- i) Análisis y experimentación de las posibles formas de control y registros necesarios.

Estos son sólo algunos de los elementos a considerar y es indudable que deberá pasar algún tiempo antes de que sea posible aplicar de manera técnicamente aceptable un seguro de salud. Sabemos de técnicos que están trabajando en ello en forma seria y esperamos sea factible la demostrabilidad de la bondad y eficacia del actualmente tan zarandeado problema seguro de salud en lo que se refiere a la implantación en nuestro país.

La atención médica en los programas de salud

DRES. HERNÁN SAN MARTÍN y ROLANDO MERINO

Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Universidad de Concepción (Chile)

La organización y administración de los programas de salud exige, como en cualquier empresa, seguir un plan determinado para alcanzar ciertos objetivos establecidos previamente. La esencia de la administración sanitaria es obtener el máximo de rendimiento en la solución de los problemas de salud de la población mediante una organización racional de los recursos con que se cuenta en un momento determinado.

De aquí que la administración de los programas de salud se rige por los mismos principios generales que orientan la administración de cualquier otra actividad creada para realizar una determinada tarea. En la empresa sanitaria, el director es el administrador sanitario o higienista, sea este director de una zona geográfica de salud, de un programa específico de salud, de un hospital o de un consultorio externo. El personal de la empresa son los funcionarios que integran el equipo de salud; el presupuesto procede de las autoridades nacionales o locales o directamente del bolsillo de los ciudadanos; los métodos de trabajo es-

tales como el ambiente de vida, a fomentar la salud del individuo y del grupo, o a recuperar la salud a través de la atención médica y de la rehabilitación del individuo incapacitado para la vida activa. Como en toda empresa, los resultados se deben medir o evaluar a través del logro de ciertas metas. En nuestro caso estas son la disminución de la morbilidad y mortalidad de la población, el mejoramiento del estado de salud, el aumento del número de individuos sanos, la prolongación de la vida media de la población. Todo esto con el objetivo de permitir al individuo el goce completo de ese bienestar físico, mental y social que llamamos salud y que a través de este estado influya positivamente en el proceso de desarrollo económico del país y en el progreso social.

Lo último implica aceptar la interdependencia entre salud y desarrollo económico social. Esto es el comienzo de un ciclo de influencias que pueden ser favorables o desfavorables para la salud individual y

para el país. Por tanto, un buen administrador sanitario es aquel que influencia favorablemente este ciclo a través de un programa de salud eficiente que prolongue realmente la vida media de la población y aumente el período activo o de productividad, con goce de la salud.

Si esto se logra, el dinero invertido por la comunidad en programas de salud habrá rendido como el invertido en una empresa comercial exitosa. Probablemente la única diferencia entre la empresa sanitaria y la empresa comercial es la consideración primaria que la primera debe tener por el hombre. En beneficio del rendimiento comercial, la segunda no siempre tiene esas consideraciones.

Hay cuatro principios básicos de organización que deben ser aplicados en la planificación de los programas de salud: jerarquización de los problemas; unidad directiva y subdivisión del trabajo y de las responsabilidades; creación de servicios generales y auxiliares que facilitan la dirección y la coordinación de los distintos aspectos del programa; descentralización ejecutiva y regionalización de los servicios a una centralización normativa.

Además de estos principios generales, cuando se planifica un programa de salud hay que tener en cuenta ciertos aspectos que son específicos para la administración sanitaria:

1. Las relaciones individuo-ambiente e individuo-familia son el punto de partida de los programas modernos de salubridad.

2. La familia, entendida como el grupo

de convivientes y no sólo como entidad jurídica, es la unidad epidemiológica, social y administrativa de trabajo. Este concepto es fundamental: la gente que vive junta en condiciones ambientales similares y en condiciones económicas similares está expuesta a riesgos semejantes.

3. La familia forma parte de una unidad mayor: la comunidad. Las condiciones de vida de esta influyen la salud de aquélla.

4. Los problemas de salud de una comunidad son similares para la gente que vive bajo condiciones ambientales semejantes. Consecuencia de este hecho es la necesidad de coordinar o integrar los recursos disponibles a fin de hacerlos rendir el máximo.

5. Los problemas de salud pueden ser muy diferentes de una comunidad a otra. Esto exige que los programas de salud nacionales sean adaptables a las condiciones locales.

6. En la programación de las acciones de salud es inevitable jerarquizar los problemas o sea darles un ordenamiento atendiendo a su gravedad clínica y social, a su cuantía y a las posibilidades de resolverlos. La idea general es concentrar la mayor parte de los recursos en aquellos problemas que benefician más la salud del mayor número de la población con el menor costo.

7. Las acciones de salud deben tener una intención educativa. La educación para la salud del individuo, de la familia y de la comunidad es esencial para obtener resultados permanentes de los programas de salud. La única manera de realizar efectivamente educación para la salud es a tra

del contacto permanente, directo y adecuado del equipo de salud con la población.

8. La evaluación periódica y sistemática del rendimiento del programa de salud es imprescindible para saber si se está administrando bien o mal y para reajustar las acciones programadas.

9. Los programas de salud deben tener en cuenta todos los factores que influyen en los estados biológicos de salud y enfermedad. Como estos estados se interpretan hoy como relaciones psicológicas individuo-ambiente, el programa debe incluir desde los factores genéticos hasta los físicos, biológicos y sociales del ambiente en que vivimos. La consecuencia de este concepto es la unificación de todas las actividades del programa: protección, fomento y cooperación de la salud.

10. De lo dicho se desprende que el programa de salud sobrepasa largamente las acciones puramente médicas y que la asistencia médica es sólo una parte o fase del programa total.

Basados en estas premisas, entendemos que los programas de salud al proceso sistemático ajustado a una metodología especial, que aplica sobre la población y el medio ambiente acciones de fomento, protección y cooperación de la salud con el objeto de estudiar y eliminar y controlar o reducir un problema de salud al límite más abajo del cual deja de ser un problema para la comunidad. Para obtener estos resultados el programa debe considerar específicamente la epidemiología del problema como así como sus consecuencias médico sociales,

debe actuar sobre un volumen de población determinada (nivel útil de actividad), y debe producir sus efectos en un plazo tal que sus consecuencias sean significativas.

El considerar el programa de salud y a la asistencia médica en una forma integral, nos lleva a aceptar que las actividades de salud deben ser el resultado de un trabajo en equipo en el que participen profesionales y técnicos de disciplinas a veces lejanas, tales como médicos, enfermeras, ingenieros, asistentes sociales, educadores, antropólogos, etc., etc.

En el orden propio de la asistencia médica todo esto implica reconocer que la medicina constituye un todo indivisible en cuyo ejercicio el médico debe estar capacitado para aplicar simultáneamente sus diferentes aspectos: prevención, educación para la salud, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, consideración de los aspectos sociales de la medicina. Esto es lo que hoy se llama medicina integral que no es sino el devolver a la medicina su integridad, su indivisibilidad. Lo dicho vale tanto para la medicina general como la de especialidades ya que en ambas se debe ejercer la medicina en forma integrada.

Si aceptamos todo lo dicho, es decir si aceptamos una medicina proyectada hacia el individuo, la familia y la comunidad; una medicina concebida más en términos de salud que de enfermedad, es decir, más preventiva que curativa; una medicina que entiende a la salud y a la enfermedad como fenómenos ecológicos, debemos comprender que se trata de una medicina que difi-

cilmente puede entregarse a la población en la forma que hasta hoy se ha hecho. Parece poco menos que imposible que ella pueda ser organizada hoy sobre otras bases que la de la responsabilidad estatal; que pueda seguir siendo una responsabilidad del médico individualmente, para pasar a ser un trabajo de equipo y una responsabilidad gremial.

Otra conclusión de estas ideas es el reconocer que la salud es un subproducto del desarrollo económico social y, por lo tanto, que ella está relacionada directamente con los niveles de vida de la población e indirectamente con el desarrollo económico del país. Esto implica el que los médicos vean con claridad hasta donde pueden obtener resultados favorables con los programas de salud o con la sola atención médica de la población. Significa valorar la parte que le corresponde al mejoramiento de los niveles de vida en el desarrollo y mantención de la salud de la población.

El plan nacional de salud encuentra sus mayores dificultades, precisamente cuando tiene que enfrentarse con niveles de vida bajos. Esto es especialmente cierto y grave cuando se trata del plan de asistencia médica o de atención médica de la población puesto que los países subdesarrollados mantienen alta morbilidad junto a recursos muy limitados.

En todo caso cualquiera que sean las dificultades y cualquiera que sea el tipo de organización nacional que tengan los programas de salud, su finalidad se cumple si realmente prestan servicios completos y directos, en el plano local, al individuo,

a la familia y a los grupos sociales en general, tanto en las áreas urbanas como rurales.

Esto sólo se puede conseguir a través de una organización local que permanentemente esté en contacto con la población. Lo que hace local a un programa de salud es su aplicación en una población determinada que vive en un área geográfica precisa. El volumen de población o la extensión del área debieran estar limitados por las posibilidades materiales que tiene el programa para llegar realmente a cada uno de los miembros de la comunidad. En el caso de la atención médica este asunto es trascendental porque esta es una emergencia permanente para las poblaciones que viven en zonas subdesarrolladas.

Dependientes del gobierno nacional, de los gobiernos provinciales o comunales, los servicios locales de salud constituyen actualmente el arma más eficaz para la entrega del programa de salud a la población. En pequeñas comunidades, los programas de salud pueden comparativamente simples, en cambio en las poblaciones de gran densidad su administración se hace difícil por la diversidad de funciones, por la cuantía de los problemas, por el gran número de personal que compone el equipo de salud, por los altos presupuestos que hay que manejar.

Tal vez los problemas más serios que se presentan al administrador sanitario en los países subdesarrollados y en los de desarrollo medio es que los recursos que se le entregan son limitados y los problemas que debe resolver parecen ser ilimitados.

El principio de la jerarquización cobra aquí su mayor importancia.

Otro problema administrativo importante se presenta cuando deben integrarse servicios que funcionan aisladamente y que es necesario incluir en un programa único. Cuando el gobierno aprueba leyes para la unificación de los servicios, el problema suele ser local y se soluciona en escala nacional; pero cuando estas leyes no existen surgen dificultades graves para la coordinación o la unificación de esfuerzos porque a veces los recursos proceden de orígenes distintos, con financiamiento diverso, con personal sometido a estatutos separados. Puede ser también dificultoso integrar en un sólo programa servicios de naturaleza tan diversa como los de saneamiento y los de atención médica.

Y dentro de los aspectos puramente médicos, y aceptando los principios de la medicina integral, hay resistencia por parte de los médicos para unificar o para coordinar servicios que representan los aspectos distintos de la medicina. Esta situación está relacionada con el tipo de medicina que se ejerce en el país y con la estructura económica social. En muchos países aún no es posible, por ejemplo, incluir a los hospitales en los programas de salud y, a veces, estos funcionan tan aisladamente que no pasan más allá de ser clínicas privadas para el ejercicio de la medicina. Esto produce niveles distintos de atención médica en tal forma que se llega a ofrecer una medicina para ricos y una medicina para pobres, situación inadmisibles para los que entendemos que la medicina es una ciencia y una técnica biológico-social.

El problema que surge es el de la cantidad versus calidad de la atención médica. Dilema o alternativa que a nuestro entender es falso puesto que la medicina que se ofrece a la población no puede ser sino de una misma calidad, la mejor que puede obtenerse en relación a los recursos técnicos y económicos disponibles. El dilema es falso porque la salud es un derecho fundamental reconocido para todo individuo y por lo tanto la medicina debe alcanzar a toda la población a través de un programa de salud integral.

Aceptando todos estos conceptos de medicina social es evidente el rol que le cabe a la atención médica dentro del programa de salud. Ella es una fase, en cualquiera forma en que esté organizada, del programa total de salud. Es una fase importante, especialmente en los países de alta morbilidad, pero no debe considerarse a priori como la fase más importante del programa por cuanto esta valoración es relativa y depende de la epidemiología local. Sin embargo, podríamos decir que la atención médica llena una necesidad tan imperiosa como la que plantea el saneamiento del ambiente, la educación para la salud o la higiene industrial.

Lo que recién expresamos podría ser otra conclusión de este relato. Una buena atención médica no es sólo aquella que ofrece al individuo enfermo, con rapidez y eficiencia, todos los elementos conocidos para devolverlo a un estado óptimo de salud. No podría hacerlo porque tan importante como sanar al enfermo es desplegar todos los esfuerzos posibles para prevenir esa en-

fermedad o para rehabilitar al individuo a la vida activa.

En el pasado, y en muchos países en el presente, la atención médica ha sido limitada al ejercicio del diagnóstico y tratamiento de los enfermos en la casa, en los consultorios externos o en el hospital. El progreso de la salubridad ha revolucionado la concepción de la atención médica. Ahora el hospital es un centro preventivo curativo y de fomento de la salud. Ahora el hospital se proyecta hacia la comunidad. En Chile, por ejemplo, donde la atención médica es en su mayor parte estatal y administrada por el Servicio Nacional de Salud, más del 70 % de la población es atendida por esta institución. El 90 % de las atenciones se realiza a través de los consultorios externos que pueden estar o no en los edificios de los hospitales. Pero que en todo caso son administrados por el Hospital Base que es la sede del Área Hospitalaria considerada ésta como el territorio geográfico dentro del cual se aplica un programa de salud y en el que los establecimientos ejercen las acciones integradas de salud sobre los habitantes y su medio ambiente. *El Área Hospitalaria chilena*, unidad ejecutiva y local del plan nacional de salud, administra el programa de salud total para esa Área y tiene su sede en el Hospital Mayor del Área que se llama Hospital Base.

La coordinación de las acciones de salud a través del programa unificado ubican administrativamente al hospital como centro y promotor del programa de salud. Este cambio provoca una manera de pensar y actuar distinta del personal sanitario. En

el caso del médico deberá unificar orgánicamente el aspecto preventivo, curativo, rehabilitador y educador de la medicina para ejercerla integralmente y con una actitud social que implica reconocer los orígenes sociales de la enfermedad y las consecuencias sociales que ella acarrea.

El centrar el programa de salud en el hospital no significa dar prioridad a la atención médica sino el de integrarla con el programa total de salud y, por otro lado, mostrar como las obligaciones actuales del médico y de la medicina no sólo se refieren a los individuos enfermos sino también al resto de la población.

Tampoco esto significa que se esté desvirtuando la finalidad específica de la atención médica. Ella sigue siendo el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del enfermo, simultáneamente con la prevención y la educación para la salud.

De aquí que la atención médica actual no puede considerarse aisladamente del programa de salud. Toda acción en el campo de las atenciones médicas deben ser consideradas en función del programa de salud total para la población. Su esfera de acción y sus objetivos dependen de las condiciones epidemiológicas locales y también del contenido del programa total y de la participación de los profesionales médicos y del resto del equipo de salud en el programa.

La asistencia médica, el rol del médico práctico y del hospital en el programa de salud deben responder a una necesidad local y a una exigencia local claramente determinada por las circunstancias en que vive la población.

CONCLUSIONES

1. La atención médica es una fase del programa comunal de salud. Ella comprende prevención médica, educación para la salud, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del enfermo, además de todas las acciones sociales inherentes o implicadas en las anteriores técnicas.

2. Los objetivos de un programa de atención médica comunal deben ser el proporcionar servicios eficientes (calidad) y suficientes (cantidad) para toda la población, sin distinciones de ninguna especie.

3. El hospital y el consultorio externo, como organismos más importantes de la atención médica, no deben funcionar aisladamente en la comunidad sino formando parte de un programa organizado de salud comunal.

4. En los países de alta morbilidad la atención médica es la parte más volumino-

sa del programa de salud y la hospitalización la actividad más cara. Debe tratarse de reducir los costos sin deteriorar la calidad ni la cantidad de los servicios ofrecidos, los cuales siempre deben estar por encima de mínimos aceptables. Tampoco debe restringirse la cantidad de población atendida por bajos los niveles útiles y significantes.

Se puede obtener esto realizando los aspectos preventivos de atención médica (introduciendo educación para la salud en las aulas y en los consultorios externos, inmunizaciones, exámenes periódicos de salud, etcétera), aumentando el rendimiento de los servicios, disminuyendo el promedio de estada en los hospitales, aumentando el índice ocupacional de camas, desarrollando consultorios externos y servicios ambulatorios (tratamiento ambulatorio, control post-hospitalario con alta precoz, etc.).

Costo relativo por prestación útil

DR. ANTONIO J. GONZÁLEZ

Médico sanitaria

Asesor de la Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud Pública de la Nación

El estudio del costo está íntimamente ligado al concepto de administrar; y la diferencia entre gastar un presupuesto y administrarlo puede ser tal que llegue a enjugar su eventual déficit tornándolo suficiente. Es por ello que hoy, como siempre, hablar de costos, es una necesidad.

Sin embargo, resulta difícil hallar —nos referimos a la Salud Pública y en nuestro medio— antecedentes que se refieran al tema. Aún cuando exista particular cuidado de efectuar la totalidad de las anotaciones que la ley exige, las mismas no son sometidas generalmente al proceso analítico que permitiría establecer cuanto de lo invertido corresponde a una determinada parcela de lo hecho.

Vale decir, que carecemos de costos unitarios. Y ello no debe sorprendernos, ya que en la mayoría de los casos, tampoco disponemos de unidades de acción bien definidas.

No resulta difícil admitir que el mencionado análisis aportaría elementos de indispensable necesidad para la evaluación,

tanto económica como sanitaria, de nuestra tarea. Un estudio como el que se propone, posibilita la detección de fallas administrativas que por lo reiteradas se aceptan hoy como ineludibles, cuando no escapan totalmente al plano conciente de los responsables. Quienes administran salud pública, administran fondos públicos y tienen la obligación de evaluar continuamente la efectividad de su propia tarea y de la de sus subordinados.

Para esto se requieren hombres no sólo trabajadores y honestos, sino también capaces de aplicar antiguos métodos o de hallarlos nuevos, si fueran necesarios. Algunos de estos han comenzado a emplearse entre nosotros con éxito variable. Así se logró que el programa previo, la norma escrita, la capacitación adecuada del personal y el trabajo en equipo, se consideren de utilidad y existan intentos parciales de su empleo dentro del panorama sanitario nacional. Otros, como la contabilidad de costos, el presupuesto funcional y la auditoría eficiente, no han merecido igual suerte.

No obstante, dada la importancia que ellos tienen para administrar, es imperioso hallar una forma de su aplicación que sea compatible con las posibilidades actuales de algunas organizaciones locales.

Se reconocen las dificultades que se oponen a todo el que se imponga una tarea semejante. Por lo tanto, los comienzos no deben ser necesariamente ambiciosos. Lo que sí resulta impostergable es comenzar.

Y si no fuera posible hacerlo personalmente, es menester, desde nuestro plano de acción, contribuir a crear la conciencia de tal imperativo, y aportar ideas prácticas de aplicación posible e inmediata.

Es el principal propósito de este trabajo.

En él, trataremos de explicar en forma elemental, la diferencia existente entre la contabilidad general y la contabilidad de costos, destacando la utilidad de esta última.

Propondremos luego un sistema simple para la obtención de costos unitarios relativos a la producción en nuestra empresa, a la prestación útil, y trataremos de definirla.

Finalmente, mediante un ejemplo práctico, intentaremos demostrar las posibilidades que se presentan con la aplicación del procedimiento anunciado, permitiendo el ejercicio de una evaluación eficaz que sea periódica, analítica y basada en hechos numéricos.

CONTABILIDAD DE COSTOS: SU UTILIDAD

Según W. B. Lawrence, "Contabilidad de costos, es el nombre que se da a un procedimiento ordenado de uso de los prin-

cipios de la contabilidad general, para registrar los gastos de explotación de una empresa, de manera que las cuentas que se llevan en relación con la producción y la venta, puedan servir a los directores en la determinación de los costos de producción y de distribución, unitarios o totales, de algunos o de todos los productos manufacturados o servicios prestados, y de las diversas funciones de la empresa, para lograr así una explotación eficiente, económica y lucrativa".

La definición transcripta, que fue elaborada pensando seguramente en una empresa privada, puede ser aplicada, sobre todo si nos limitamos a leer las palabras subrayadas, a la administración de salud pública, que aspire a la triple condición señalada en la parte final. Esta será *eficiente* si entrega a la comunidad prestaciones de nivel técnico, en tiempo oportuno; *económica*, si el número de prestaciones es adecuado al costo total del aparato que las suministra; y *lucrativa* si contribuye al bienestar de la población en la medida que es dable esperar por el monto de lo invertido.

La utilidad de la contabilidad de costos, respecto de la contabilidad general, estriba en que en tanto ésta proporciona el costo total de lo operado; aquella suministra analíticamente lo gastado en cada etapa por cada responsable, permitiendo detectar con rapidez y justeza un evento cualquiera que origine una fluctuación en el costo final.

Si consideramos, a título de ejemplo, un presupuesto de diez millones de pesos; la diferencia entre ambos sistemas de conta-

bilidad podría destacarse, elementalmente, mediante los siguientes cuadros (figs. 1 y 2).

Se comprende que el análisis del cuadro 2, es primario. Las posibilidades existentes aplicando este sistema, llegan prácticamente hasta los límites que le sean exigibles. Así la discriminación del cuadro 2, es susceptible de nuevas ampliaciones para cada una de las unidades periféricas, siguiendo el ejemplo del cuadro 3.

CONTABILIDAD GENERAL (GLOBAL)

Partida	Importe
- Personal	\$ 6.000.000.—
- Funcionamiento .	\$ 3.000.000.—
- Capital	\$ 1.000.000.—
TOTAL ...	\$ 10.000.000.—

Fig. 1

CONTABILIDAD DE COSTOS (ANALITICA)

Partida	Niv. Central	Unidad A	Unidad B	Totales
- Personal	\$ 2.800.000.—	\$ 1.800.000.—	\$ 1.800.000.—	\$ 6.400.000.—
- Funcionamiento .	\$ 800.000.—	\$ 900.000.—	\$ 900.000.—	\$ 2.600.000.—
- Capital	\$ 360.000.—	\$ 340.000.—	\$ 300.000.—	\$ 1.000.000.—
TOTALES ...	\$ 3.960.000.—	\$ 3.040.000.—	\$ 3.000.000.—	\$ 10.000.000.—

Fig. 2

UNIDAD A

PARTIDA	PROGRAMA I		PROGRAMA II			PROGRAMA III		TOTALES
	Grupo edad		Condic. social			Sexo		
	a	b	I	II	III	Masc.	Fem.	

Fig. 3

Este proceso permite una más cuidadosa elaboración de los programas, la obtención de "costos tipo" para cada unidad de trabajo, un conocimiento más profundo de la productividad de cada responsable, y, en general, facilita la conducción racional de una empresa.

DEFINICIÓN DE UNIDADES. CONCEPTO DE PRESTACIÓN ÚTIL

El análisis que nos ocupa debe llegar hasta el establecimiento de costos unitarios. Para lograrlo es necesario definir la unidad. Como queda dicho, en nuestro

AL) caso, la unidad de producción, es, en sentido genérico, la prestación de Salud Pública.

La cantidad y calidad de acción constitutivas de una prestación, y la oportunidad en que ésta deba ser administrada a cada beneficiario de un programa, conforman una unidad de acción individual. Pero para que ésta tenga significación dentro del área de trabajo, debe otorgarse a la comunidad, el número de veces programado a un grupo prioritario y en un tiempo definido, a fin de alcanzar niveles de acción colectiva que cubran el riesgo que se pretende evitar.

Únicamente cuando esto último suceda, la unidad de acción individual, se transformará en una prestación útil. Podríamos definir, entonces, que:

"Prestación útil" es la unidad de acción operada en cantidad, calidad, oportunidad y número, que aseguren la obtención del nivel programado, para un grupo prioritario, en un tiempo definido.

Tratemos de explicarlo tomando como ejemplo un programa de epidemiología, y dentro de él, la inmunización con vacuna triple. Admitamos que la población teórica a la que asignamos prioridad para esta inmunización, está constituida por 4.000 niños en edad pre-escolar, de los cuales programamos inmunizar al 70 %, es decir, 2.800 niños, en 12 meses.

En este caso, si cumpliéramos con el objetivo propuesto, cada una de nuestras prestaciones, individualmente considerada, sería una prestación útil, ya que formaría parte de una labor global de doble utilidad:

a) Individual:

Cantidad: 3 dosis iguales.

Calidad: Vacuna triple (antidiftérica, antitetánica, antioqueluchosa) aplicada según técnica, por personal idóneo, acompañando el acto con un contenido educativo, etc.

Oportunidad: Mensual y consecutivamente.

b) Colectiva:

Número: 2,800 inmunizaciones completas.

Grupo prioritario: Pre-escolar.

Tiempo definido: 12 meses.

Nuestra unidad de trabajo, la prestación útil, no es, pues, otra cosa que la unidad de acción programada siguiendo los cánones clásicos de la técnica. Lo que quiere destacarse es que el programa, como se verá más adelante, es elemento indispensable para el establecimiento de costos relativos mediante el procedimiento que se propone. Se subraya, asimismo, que el número de prestaciones útiles —y no simplemente el número de prestaciones— debe servir de base para evaluar la producción eficiente de un equipo de Salud Pública dentro de la comunidad a que sirve.

Estimamos interesante detenernos ante este concepto con un ejemplo numérico. Las cifras fueron obtenidas de estadísticas pertenecientes a 10 establecimientos periféricos instalados en partidos del Gran Buenos Aires, corresponden a 10 meses consecutivos de un programa de inmunización con vacuna triple (fig. 4), y sirvieron como base real del ejemplo ya citado, sobre el que volveremos al hablar de costos.

Mes *	DOSIS			Inmunizaciones Totales Acumuladas
	Primera	Segunda	Tercera	
1	228			
2	308	192		
3	244	214	158	158
4	216	120	114	272
5	186	80	66	338
6	333	181	114	452
7	342	225	129	581
8	153	148	90	671
9		150	185	856
10			125	981
TOTALES	2.010	1.319	981	

Fig. 4

* La experiencia se realizó entre los meses de mayo de 1962 y febrero de 1963.

Si consideramos que lo programado era aplicar una dosis mensualmente, durante tres meses, los inoculados con la primera dosis en un mes dado, hubieran debido seguir la cronología señalada por la flecha correspondiente. Vale decir, que serían inyectados con la 21 y 31 dosis en los dos meses subsiguientes. Haciendo abstracción de las dificultades de toda índole que pudieron presentársele a los equipos actuantes en el caso que nos ocupa; sin pretender formular una evaluación de su eficiencia, y trayendo a colación la estadística citada sólo por tener la virtud de ser real y fehaciente, surge de su análisis:

a) De 2.010 personas que recibieron la

primera dosis de vacuna, sólo 981, es decir el 48,8 %, completó su inmunización en el plazo previsto;

b) Para inmunizar a 981 personas con tres inoculaciones, se requieren 2.943 dosis. En el caso señalado se emplearon 1.367 dosis más, completando un total de 4.310 (2.010 + 1.319 + 981). Esto significa que se utilizó un excedente de 46,4 % sobre el total necesario de dosis;

c) Con el excedente mencionado en b) se pudo inmunizar a 455 personas más.

Cabe suponer, además, que el logro de nivel útil propuesto en las comunidades

respectivas, habrá sufrido, cuando menos, un retardo respecto del tiempo previsto para ser alcanzado.

COSTO UNITARIO RELATIVO. SU CASO PARTICULAR: EL COSTO UNITARIO PERFECTO

La repetición en diversa escala de casos en los que se invierten excedentes considerables sobre los costos necesarios para la ejecución de una tarea, requiere especial atención de los administradores sanitarios.

Resulta difícil estimar hoy en qué medida dichos excedentes gravitan negativamente sobre las posibilidades de acción. Pero la experiencia vivida, nos hace suponer cifras inquietantes.

Es posible, lo reiteramos, que si lográramos sólo disminuir su magnitud, nos resultaría innecesaria la constante prédica en demanda de mayores fondos para la salud pública. Por lo menos, estimamos que tal requerimiento sólo será legítimo, cuando administrando correctamente los recursos actuales, estemos en condiciones de valorar debidamente el déficit real.

Las causas de situaciones como la que se comenta son muchas, y muchas son las causas y procedimientos para evitar sus efectos. Creemos en el análisis de costos como en un elemento más de crítica. Es por ello que ante la imposibilidad inmediata de instaurar una contabilidad analítica eficiente, reputamos de utilidad la aplicación de métodos vicariantes, aunque sean relativos. Ellos serán adecuados en la medida en que permitan detectar con tiempo desviaciones que al prolongarse,

comprometen el éxito de los programas en ejecución.

Retomemos ahora el ejemplo anterior.

Dadas las características propias de la comunidad, y otros factores inherentes a la disponibilidad de recursos, admitamos que el equipo haya decidido seguir la línea incremental de acción que se señala en el cuadro de la fig. 5 (P. U. P. = prestaciones útiles programadas), y traslademos al mismo, mediante trazo discontinuo, los datos extraídos del cuadro 4 (P. U. E. = prestaciones útiles ejecutadas).

Aceptemos que la desviación experimentada por P. U. E. respecto de P. U. P. tiene la significación de un costo extra, y obtenemos la relación entre ambos, denominando convencionalmente *Costo Unitario Relativo* (C. U. R.), al cociente obtenido:

$$\text{CUR} = \frac{\text{P. U. P.}}{\text{P. U. E.}}$$

Si P. U. P. = P. U. E., el CUR = 1, y a este caso particular lo denominaremos *Costo Unitario Perfecto* (CUP), por haberse empleado exactamente los recursos previstos para obtener el objetivo programado. Por lo tanto, siempre: CUP = 1

Es decir que partimos del supuesto de que todo lo que cuesta el montaje y el funcionamiento de la empresa encargada de otorgar las P. U. P. —no importa para nuestra relatividad su monto numérico en dinero— está bien administrado si se produce en la medida de lo programado (CUP). Si la producción es baja respecto de esa medida, el costo es *relativamente*

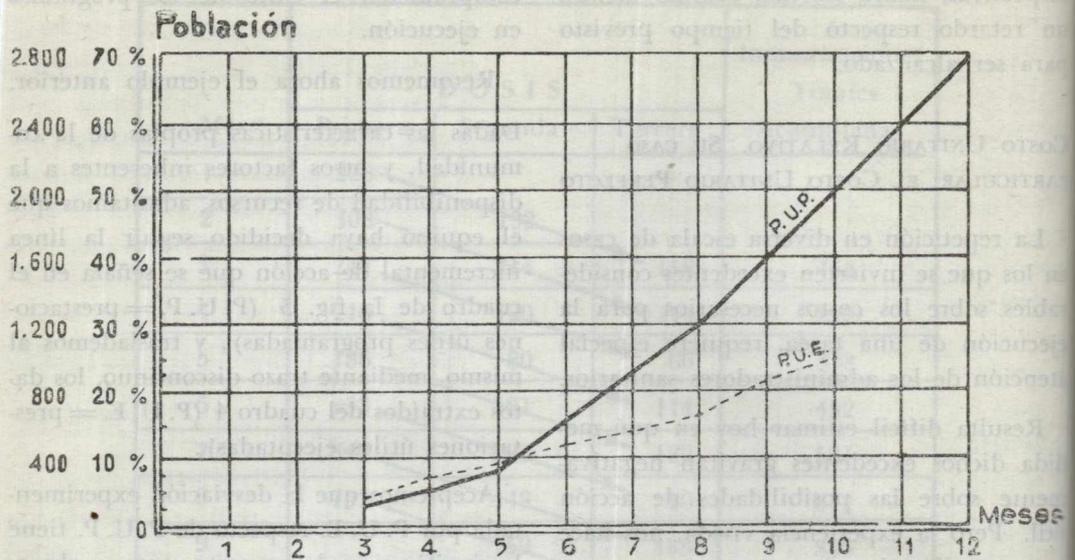


Fig. 5

alto; si se produce más de lo programado, el costo es *relativamente bajo*. Lo dicho indica hasta qué punto es importante una programación cuidadosa, ya que ella es la que determina la unidad patrón del sistema. Y admitiendo que programando técnicamente, la parcela de los recursos existentes destinada a lograr cada prestación útil, es la mínima necesaria, podremos definir:

Costo Unitario Perfecto es la mínima parte de los recursos disponibles requeridos para ejecutar una prestación útil.

Insistimos en que mediante un estudio relativo de costo unitario, no es posible conocer el monto en moneda nacional insumido para lograr dicha prestación. Tampoco estableceremos cuál ha sido la incidencia de cada nivel administrativo—central, intermedio o periférico— en

dicho costo. Lo único que podemos determinar es si empleamos el volumen de recursos programado, o en caso contrario, la medida y el sentido de la desviación experimentada.

Concientes de estas limitaciones, deberemos emplear el procedimiento que se propone, otorgándole el valor de una abstracción convencional, capaz de medir desviaciones comparables entre dos o más etapas del trabajo de un equipo, o entre dos o más equipos trabajando en condiciones susceptibles de ser equiparadas.

Estamos en condiciones, ahora, de analizar el gráfico de la fig. 5, siguiendo mensualmente la evolución del CUR. Las prestaciones se consignan a partir del 3er. mes, ya que es durante su transcurso donde comienzan a lograrse inmunizaciones completas (fig. 6).

Mes	P.U.P.	P.U.E.	C.U.R.
3	100	158	0,63
4	200	272	0,73
5	300	338	0,89
6	600	452	1,33
7	900	581	1,72
8	1.200	671	1,79
9	1.600	856	1,87
10	2.000	981	2,03

Fig. 6

La labor del equipo tomado como ejemplo, que en los meses 3, 4 y 5 excedía los cupos de producción programados, experimentó una desviación económica negativa en el curso del mes 6. Los factores determinantes de la misma no pudieron ser controlados, sufriendo por el contrario incrementos graduales que en el mes 10, lo llevaron a sobrepasar el valor de CUP.

El exceso de inversión respecto de lo calculado, que en el mes 6 fue de 33 % (CUR = 1,33), cuatro meses más tarde alcanzaba ya al 103 % (CUR = 2,03). Significa esto que la empresa estaba rindiendo entonces respecto de este programa, menos de la mitad de la producción que la que fuera montada.

El cuadro 7 tiene por objeto representar gráficamente al CUR, y se refiere en este caso particular, a las desviaciones consignadas en el anterior cuadro (fig. 6). Su estudio destaca hasta qué punto puede resultar de utilidad como elemento auxiliar, cuando se discuta el tópico económico en las reuniones de evaluación.

Comprende tres áreas: la superior, que llamaremos "área de alarma", la inferior que denominaremos "área de ajuste", y la intermedia, llamada "área de normalidad". Esta última es variable, según la desviación en más o en menos que el equipo se conceda como margen de elasticidad a partir del ideal lineal —y por lo mismo carente de superficie— que representa al CUP. Así podrán pre-establecerse como aceptable según el programa y las condiciones de trabajo, desviaciones de + 10 %, vale decir, que las variantes ajenas al control del equipo, pueden llevarlo a la obtención de CUR = 0,90 a CUR = 1,10. Desde luego, al programar deben calcularse los recursos necesarios para cubrir esta última posibilidad.

Al consignar los distintos CUR obtenidos en la unidad de tiempo que se fije para la evaluación —mes, como en este caso, o semana, trimestres, etc.— se conformará la curva de desviación del CUR. Uniendo cualquiera de sus puntos por una perpendicular a la línea del CUP, se limitará una zona de ajuste o una zona de alarma, que señalarán la necesidad de analizar sus causas y adoptar de inmediato las medidas indispensables para la eliminación de las mismas, modificando si es necesario el programa trazado, y convirtiendo así a este en un elemento dinámico, vivo, capaz de conducir al equipo hasta el logro de sus objetivos.

Tan digna de atención debe considerarse el incremento progresivo de una zona de ajuste, como el de una zona de alarma. El primer caso puede estar indicando la posibilidad de alcanzar niveles útiles en

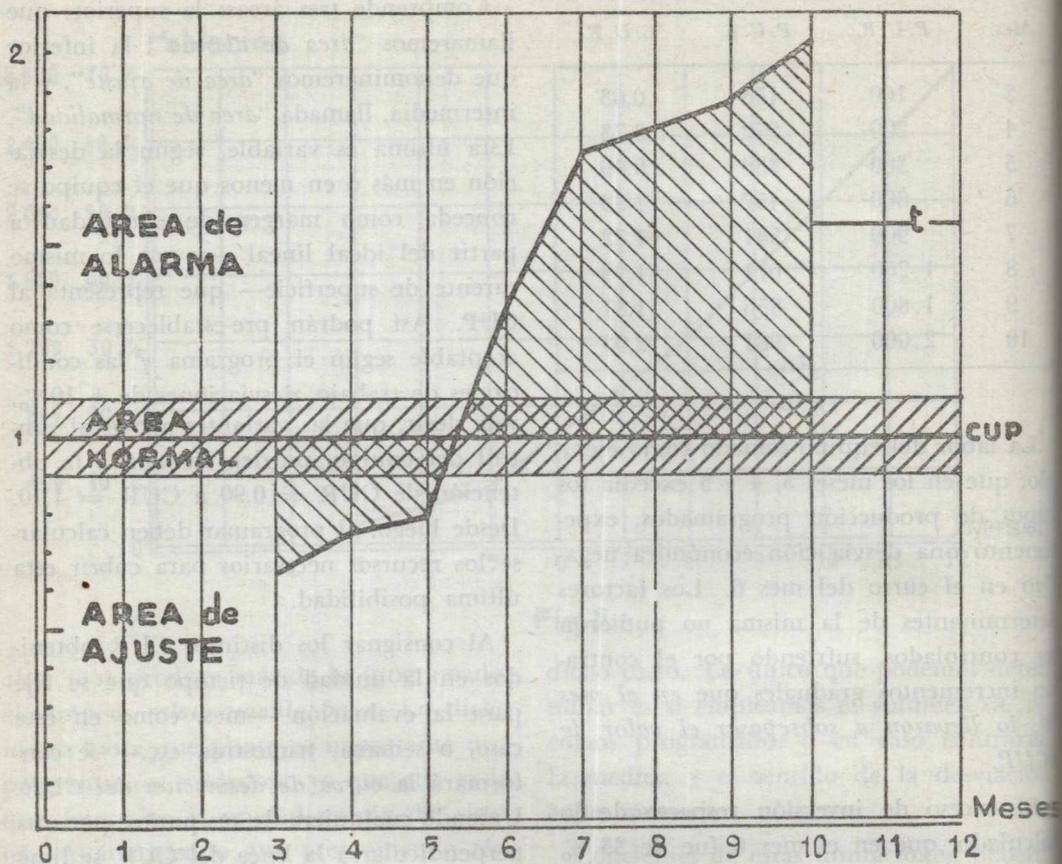


Fig. 7

menos tiempo y la necesidad de canalizar recursos excedentes en dirección a otros programas en los que hayan surgido zonas de alarma.

El comienzo de una zona de alarma indica, fundamentalmente, que la acción del equipo no es económica en relación con los recursos de que dispone, y que aún adoptando durante el tiempo de recuperación (t del cuadro 7), medidas adecuadas que incrementen su producción hasta situar al CUR en el área normal; sólo al

canzará el objetivo propuesto, a un costo mayor que el programado: *el tiempo, los recursos humanos, y los materiales perdedos, perdidos dentro de la zona de alarma, son irrecuperables.*

CURVAS DE DESVIACIÓN "TIPO"

La curva de desviación está determinada, como habrá podido deducirse a través de lo expuesto, por el grado de eficiencia que se logre en las tres etapas de la programación. La determinación, la ejecución

la evaluación correctas son igualmente importantes a este efecto.

Siendo adecuadas las tres, resulta fácil deducir que la curva permanecerá dentro de los límites de la zona normal, vale decir, será "interna" respecto de ella (fig. 8, letra a).

Por el contrario, cuando las tres secuencias del programa sean deficientes, es lógico admitir que la curva permanecerá alejada de la normalidad, y será, por lo tanto, "externa" (fig. 8, letra b). En este caso podrá ser una externa de alarma (el equipo no alcanza a ejecutar lo que determinó), o una externa de ajuste (la ejecución supera a la determinación).

Una curva interna, por su parte, puede verse afectada por circunstancias no controladas que la proyecten fuera del área normal. En este caso tendríamos una curva "de escape" (fig. 8, letra c), dando origen a una zona de alarma o de ajuste. Las causas de este fenómeno, obedecerán generalmente a fallas del binomio ejecución-evaluación. Pero debe pensarse también en la posibilidad de que en la etapa determinativa, no se hayan valorado debidamente variaciones estacionales propias que originen desviaciones previsibles de recursos por razones de prioridad (diarreas estivales, demanda de inmunización al comenzar las actividades escolares, etc.).

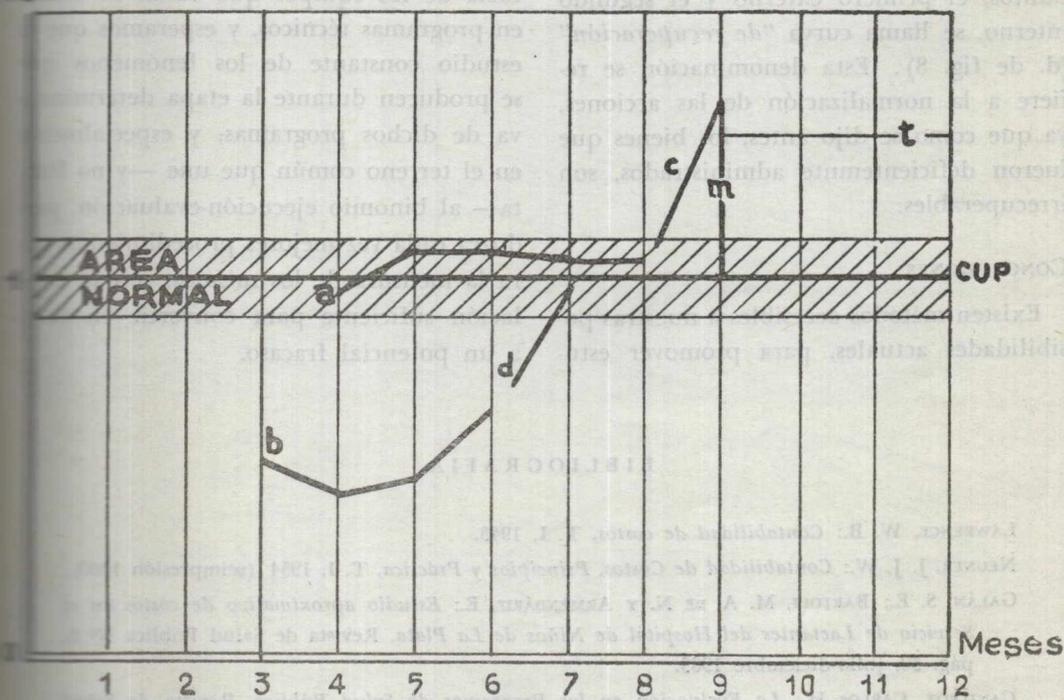


Fig. 8

Cabe destacar, que si bien siempre resulta digna de especial preocupación, una curva de escape tiene una gravedad variable. Esta será directamente proporcional a la magnitud del escape, medida por la perpendicular al CUP, trazada en el momento de la curva en que es descubierto el proceso (m. de fig. 8); e inversamente proporcional al tiempo de recuperación disponible (t. de fig. 8). Sirve esto para destacar la necesidad de que la evaluación sea, además de eficaz, precoz e iterativa, con intervalos tan pequeños como sea posible.

Una curva externa, a su vez, puede volver a ser captada dentro del área normal por la eficaz acción del equipo. En tales casos, el segmento comprendido entre dos puntos, el primero externo y el segundo interno, se llama curva "de recuperación" (d. de fig. 8). Esta denominación se refiere a la normalización de las acciones, ya que como se dijo antes, los bienes que fueron deficientemente administrados, son irrecuperables.

CONCLUSIONES

Existen métodos accesibles a nuestras posibilidades actuales, para promover estu-

dios económicos de las actividades en Salud Pública.

Se propone como uno de ellos al análisis comparativo entre las acciones programadas, y las efectivamente realizadas, valorando cuantitativamente la magnitud que las separa. Cuanto mayor y permanente sea ésta, menor será la cantidad de unidades de producción —en nuestro caso prestaciones útiles— que se logrará con una inversión total determinada, cualquiera sea su monto. De ello se deduce, que la citada magnitud está en relación directa con el costo por prestación útil.

Estimamos que esta deducción resulta de aplicación práctica para valorar la eficacia de los equipos que basan su acción en programas técnicos, y esperamos que el estudio constante de los fenómenos que se producen durante la etapa determinativa de dichos programas, y especialmente en el terreno común que une —y no limita— al binomio ejecución-evaluación, produzca cada vez mejores procedimientos para la mensura de los mismos, con la antelación suficiente para convertir en éxito a un potencial fracaso.

BIBLIOGRAFIA

- LAWRENCE, W. B.: *Contabilidad de costos*, T. I, 1943.
- NEUNER, J. J. W.: *Contabilidad de Costos. Principios y Práctica*, T. I, 1954 (reimpresión 1960).
- GALÁN, S. E.; BARTOLI, M. A. DE N. Y ARMENDÁRIZ, E.: *Estudio aproximativo de costos en el Servicio de Lactantes del Hospital de Niños de La Plata*. Revista de Salud Pública N° 6, pág. 30, julio-diciembre 1963.
- CANITROT, CARLOS H.: *La Evaluación en los Programas de Salud Pública*. Revista de Salud Pública N° 3/4, pág. 103, mayo-diciembre 1962.

Investigaciones sobre los Servicios Sanitarios y Evaluación de los mismos. OMS, Serie de Informes Técnicos, Nº 194, pág. 26, 1960.

MACCHIAVELLO, A.: *La Evaluación del Impacto Económico de las actividades Sanitarias*. Boletín de la OSP, Vol. LII, Nº 1, pág. 25, enero 1962.

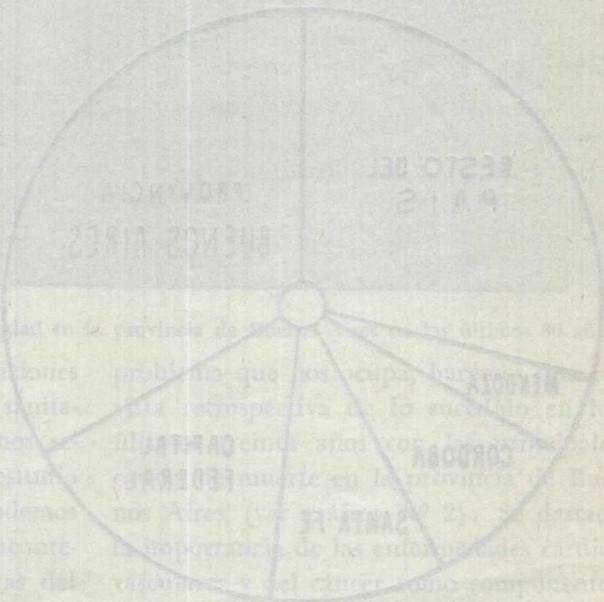
Evaluación de los Programas de Educación Higiénica y Nutrición. Boletín de la OSP. Vol. LI, Nº 4, pág. 331, octubre 1961.

Informe de la División Estadística del Programa Integral de Salud para la Zona Conurbana, mayo 1962-febrero 1963.

Revista Paulista de Contabilidade, enero 1950.

Revista Paulista de Contabilidade, enero 1952.

Revista de Contabilidade é Comercio, julio-septiembre, 1959.



Estructura de la mortalidad en la provincia de Buenos Aires

DR. CARLOS FERRERO

Médico sanitarista
Departamento de Estadística de la Escuela de Salud Pública (Univ. de Bs. As.)

DR. FLOREAL FERRARA

Profesor adjunto de Medicina Social e Higiene, Facultad de Medicina. La Plata

DR. CARLOS N. COLOMBO

Médico sanitarista
Jefe de Trabajos de Medicina Social e Higiene, Facultad de Medicina. La Plata

DR. NAUM MARCHEVSKY

Jefe de Trabajos de Medicina Social e Higiene, Facultad de Medicina. La Plata

Según el censo nacional de 1960, la República Argentina tiene una población de 19.971.342 habitantes, con una seria distorsión en lo que hace a su distribución

por provincias (ver gráfico N° 1). La provincia de Buenos Aires que representa un 33,5 % del total de población, juntamente con la Capital Federal hacen pr

EN LA REPUBLICA ARGENTINA AL 31 DE DICIEMBRE 1960 DISTRIBUCION POLITICA DE LA POBLACION



TOTAL	19.971.342	100
Prov. Buenos Aires	6.707.498	33,5
Capital Federal ..	2.959.746	15
Prov. Santa Fe ...	1.879.310	9,5
Prov. Córdoba ...	1.762.803	9
Prov. Mendoza ...	812.970	4
Resto del país ...	5.849.025	29

GRÁFICO N° 1 (Fuente: Censo de la población de 1960; cifras provisionales)

CA

aproximadamente la mitad de la población del país. Con la población de las provincias de Córdoba, Santa Fe y Mendoza, que suman otro 25 % representan las 3/4 partes del total de los habitantes de la Nación. Pero existe otro hecho destacable y es que esas provincias están situadas en la

destacando, las enormes diferencias que separan a esta zona de las zonas norte y sur, en donde los problemas de morbi-mortalidad son totalmente diferentes correspondiendo tal diferencia a la falta de un desarrollo equilibrado.

Como paso previo para ubicarnos en el

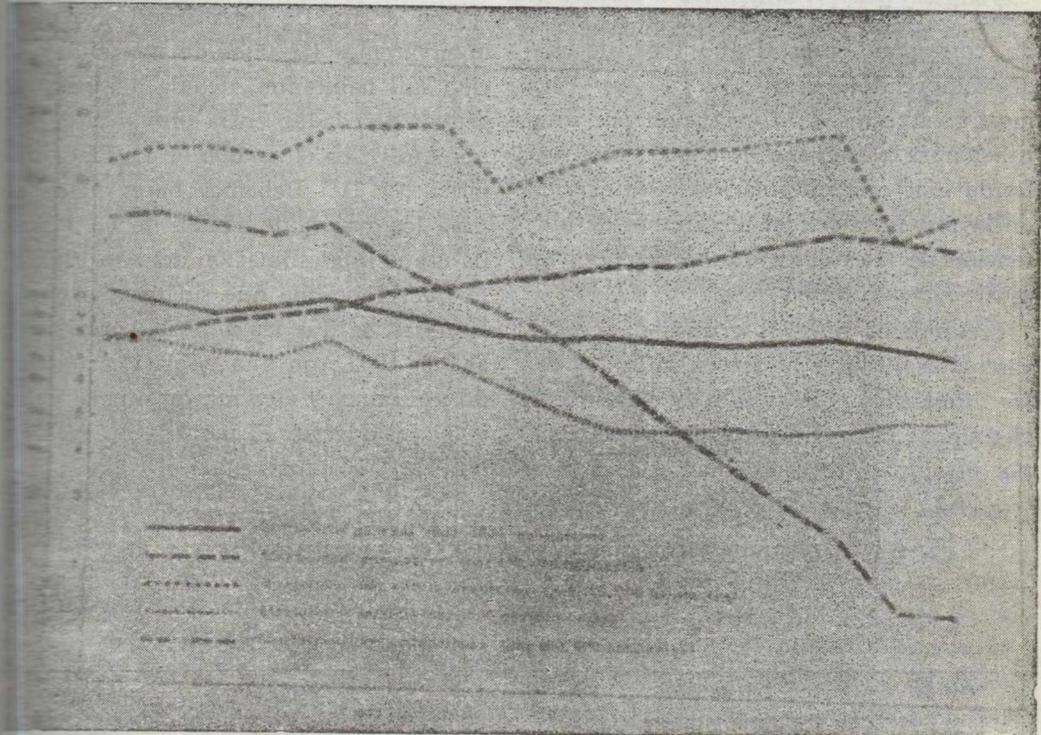


Gráfico N° 2: Principales causas de mortalidad en la provincia de Buenos Aires en los últimos 30 años.

zona central del país, con condiciones climáticas, nivel económico-social y sanitario equiparables. Con esto queremos señalar que al tomar para nuestro estudio la provincia de Buenos Aires, podemos presumir que mostraremos lo que acontece en las zonas densamente pobladas del país, sin olvidarnos y, por el contrario,

problema que nos ocupa, haremos una revista retrospectiva de lo sucedido en los últimos treinta años con las principales causas de muerte en la provincia de Buenos Aires (ver gráfico N° 2). Se destaca la importancia de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer como componentes de la mortalidad general, y además nos di-

ce de la tendencia alarmante que ellas tienen en el tiempo.

Con el fin de caracterizar alguno de los aspectos de estos dos grupos de causas de la mortalidad, utilizaremos la información disponible del partido de La Plata, perteneciente al Estudio Interamericano de Mortalidad, en el cual han sido incluidos todos los fallecidos residentes en el partido, correspondientes al año 1962, de edades comprendidas entre 15 y 74 años. Para mostrar aspectos de distribución por localización, sexo o grupo de edad, se ha preferido usar esta información y no el total de la provincia por el mecanismo de obtención de tales datos que representan un ajuste de su validez.

Presumimos que los grupos de cardiovasculares y cáncer no se ven influidos por las diferencias ecológicas que existen con el resto de la provincia de Buenos Aires y por otra parte se compensarían esas posi-

bles diferencias con la mayor calidad de los datos del Estudio Interamericano de Mortalidad. * Por lo tanto, pensamos que las características de edad, sexo y localización de los datos que nos suministra la mortalidad del partido de La Plata, pueden ser extendidas a la totalidad de la provincia de Buenos Aires.

Con el fin de corroborar lo expuesto observaremos las tasas de mortalidad por cien mil habitantes, debida a cáncer, por grupos de edades, en la provincia de Buenos Aires y en el partido de La Plata. (Ver tabla N° 1). Debemos hacer notar que para los grupos de edades de La Plata se ha usado una estimación del año 1960, por lo que es posible que surja un exceso en las tasas, ya que las muertes corresponden al año 1962, con una población del partido seguramente algo mayor; a pesar de ello se podrá advertir el paralelismo en las cifras de la comparación.

TABLA COMPARATIVA DE MUERTES POR CANCER
EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES Y PARTIDO DE LA PLATA

Año 1962

PROVINCIA DE BUENOS AIRES			PARTIDO DE LA PLATA	
Grupo por edad	Nº de casos	Tasa 0/0000	Nº de casos	Tasa 0/0000
15 a 24	69	5,9	4	8,0
25 „ 34	187	16,2	10	18,6
35 „ 44	549	59,5	26	53,3
45 „ 54	1.617	208,4	108	249,9
55 „ 64	2.749	531,4	180	647,7
65 „ 74	2.851	994,6	170	1045,1

TABLA N° 1

* Iniciado por la Organización Panamericana de la Salud (Organización Regional de la OMS para las Américas) en enero de 1962, abarca un lapso de dos años (diciembre 1963). Comprendió diez ciudades de América, entre ellas La Plata, capital de la provincia de Buenos Aires (República Argentina).

Dejamos entonces planteado nuestro criterio, para caracterizar la estructura de la mortalidad en la provincia de Buenos Aires en términos relativos, y no en cifras absolutas, utilizaremos los datos del partido de La Plata, en cuanto a cardiovasculares y cáncer se refiere.

Veremos, en primer término, la distribución de las principales causas de muerte en frecuencia decreciente, según la clasificación de 150 rubros (ver tabla N° 2). Es destacable el hecho que dentro de las primeras siete causas, solamente aparece "diabetes" en el sexto lugar, como enfermedad perteneciente a estos dos grandes grupos, considerando sin embargo, la gran repercusión cardiovascular de esta enfermedad y que las muertes atribuidas a diabetes, por razones de clasificación, en muchos casos han tenido como causa inmediata de la muerte el infarto de miocardio o accidentes vasculares cerebrales o periféricos.

Haciendo un agrupamiento un poco grueso, vemos en la misma tabla, que las enfermedades cardiovasculares representan el 88,5 % del total de las muertes, cáncer el 7,9 % y el resto 33,6 %, o sea que los dos grandes grupos que nos ocupan representan las 2/3 partes de las muertes de la población comprendida entre 15 y 74 años.

Discriminamos ahora el primer grupo de enfermedades cardiovasculares, de acuerdo a la Clasificación Estadística Internacional de 999 rubros (ver tabla N° 3). Se destaca el hecho que las "Enfermedades cardíacas con complicación de las coronarias" (infarto de miocardio en su mayoría)

representan un 33,7 % y son predominantes en el sexo masculino. En segundo término aparece "Hemorragia cerebral" con 18,4 % y predominio masculino también. Si a ello agregamos un 6,8 % atribuidas a "Embolia y trombosis cerebral", obtenemos un 25,2 % de las muertes de este grupo, debidas a accidentes cerebro-vasculares. Además es llamativo el hecho de la predominancia del sexo masculino en este grupo con un total que representa el 64,8 %.

La distribución por edades muestra un evidente crecimiento a partir de los 45 años, manteniendo un predominio masculino, menos marcado en el grupo mayor de 65 años, en que lógicamente la población femenina es mayor y por lo tanto el número absoluto de muertes también (ver tabla N° 4).

Veamos lo que ocurre con las afecciones ordenadas según localización de acuerdo a la Clasificación Estadística Internacional de 150 rubros (ver tabla N° 5). En primer término tenemos la localización en "pulmón" con 22,1 %, es decir que más de la quinta parte de los muertos por cáncer fallecen con esta localización y de ellos, triste privilegio masculino, el 96,4 % son hombres. En cuanto a las restantes localizaciones, nos llama la atención que el predominio masculino es evidente en las localizaciones comunes a ambos sexos salvo en hígado y vías biliares y en intestino, excepto recto, lo que en total se refleja con un porcentaje de 66,1 %.

En cuanto a la distribución por edades, se evidencia el neto aumento que sufre la frecuencia en las edades superiores a 45

MORTALIDAD GENERAL EN ADULTOS DE 15 A 74 AÑOS

LA PLATA - AÑO 1962

DISTRIBUCIÓN POR PRINCIPALES CAUSAS (LISTA DE 150 RUBROS DE LA C. E. I.)

Orden	Causa	Nº	%
1º	Enfermedad arterioesclerótica y degenerativa del Corazón .	322	18,0
2º	Lesiones vasculares que afectan al Sistema Nervioso Central	191	10,7
3º	Tumor maligno de localizaciones sin rubro específico	124	6,9
4º	Tumor maligno de tráquea, bronquio y pulmón	110	6,2
5º	Tumor maligno de estómago	67	3,7
6º	Diabetes Mellitus	61	3,4
7º	Hipertensión con enfermedad cardíaca	46	2,6
8º	Causas mal definidas y desconocidas	45	2,5
9º	Cirrosis hepática	41	2,3
10º	Accidentes de vehículos automóviles	41	2,3
11º	Tumor maligno de intestino excepto recto	37	2,1
12º	Suicidios	37	2,1
13º	Enfermedades de las arterias	36	2,0
14º	Tumor maligno de mama	31	1,7
15º	Hipertensión sin mención del Corazón	30	1,7
16º	Enfermedad reumática crónica del Corazón	29	1,6
17º	Restantes	540	30,2
TOTAL		1.788	100,-

Fuente: Estudio Interamericano de Mortalidad. La Plata, año 1962. O. P. S.

MORTALIDAD GENERAL EN ADULTOS DE 15 A 74 AÑOS

LA PLATA - AÑO 1962

Grupo de causas	Nº	%
Cardiovasculares	686	38,5
Cáncer	498	27,9
Restantes	604	33,6
TOTAL	1.788	100,-

TABLA Nº 2

MUERTES POR AFECIONES CARDIOVASCULARES EN ADULTOS
DE 15 A 74 AÑOS

LA PLATA, AÑO 1962 (LISTA DE 999 RUBROS DE LA C. E. I.)

Orden	Causa	MASCULINO		FEMENINO		Total	Porcentaje Total
		Nº	%	Nº	%		
1º	Enfermedades de Corazón especificando complicación de coronarias	167	72,3	64	27,7	231	33,7
2º	Hemorragia cerebral	79	62,7	47	37,3	126	18,4
3º	Degeneraciones del miocardio con arteriosclerosis	46	59,7	31	40,3	77	11,2
4º	Embolia y trombosis cerebral	28	59,6	19	40,4	47	6,8
5º	Hipertensión benigna esencial con enfermedad cardíaca	20	50,0	20	50,0	40	5,3
6º	Enfermedad de la válvula mitral ...	9	39,1	14	60,9	23	3,3
7º	Arteriosclerosis generalizada	11	55,0	9	45,0	20	2,9
8º	Restantes	84	68,9	38	31,1	122	17,8
	TOTAL	444	64,8	242	35,2	686	100,-

Fuente: Estudio Interamericano de Mortalidad. La Plata, 1962. O. P. S.

TABLA Nº 3

MUERTES POR AFECIONES
CARDIOVASCULARES EN ADULTOS
DE 15 A 74. POR GRUPO DE EDAD
Y SEXO. LA PLATA, 1962

Grupo de edad	Varones	Mujeres	Total
15 a 24	3	—	3
25 „ 34	12	2	14
35 „ 44	29	5	34
45 „ 54	71	36	107
55 „ 64	145	58	203
65 „ 74	187	138	325
TOTAL	447	239	686

MUERTES POR CANCER EN
ADULTOS DE 15 A 74 AÑOS
POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO
LA PLATA, AÑO 1962

Grupo de edad	Varones	Mujeres	Total
15 a 24	2	2	4
25 „ 34	4	6	10
35 „ 44	16	10	26
45 „ 54	70	38	108
55 „ 64	122	58	180
65 „ 74	115	55	170
TOTAL	329	169	498

TABLA Nº 4

TABLA Nº 6

MUERTES POR AFECCIONES CANCEROSAS, SEGUN LOCALIZACION
 EN ADULTOS DE 15 A 74 AÑOS
 Año 1962 (LISTA DE 150 RUBROS DE LA C. E. I.)

Orden	Localización	MASCULINO		FEMENINO		Total	Porcentaje Total
		Nº	%	Nº	%		
1.	Pulmones	106	96,4	4	3,6	110	22,1
2.	Estómago	46	68,7	21	31,3	67	13,5
3.	Intestino, excepto recto	18	48,6	19	51,4	37	7,4
4.	Hígado y vías biliares	11	35,5	20	64,5	31	6,2
5.	Mama	—	—	31	100,0	31	6,2
6.	Vejiga	24	92,3	2	7,7	26	5,3
7.	Esófago	18	75,0	6	25,0	24	4,8
8.	Tejido linfático y hematopoyético ..	17	73,9	6	26,1	23	4,6
9.	Páncreas	15	83,3	3	16,7	18	3,6
10.	Recto	14	82,4	3	17,6	17	3,4
11.	Próstata	15	100,0	—	—	15	3,0
12.	Laringe	13	92,9	1	7,1	14	2,8
13.	Cuello de útero	—	—	14	100,0	14	2,8
14.	Cuerpo de útero	—	—	10	100,0	10	2,0
15.	Ovario	—	—	10	100,0	10	2,0
	Otras localizaciones	32	62,7	19	17,3	51	10,3
	TOTAL	329	66,1	169	33,9	498	100,0

Fuente: Estudio Interamericano de Mortalidad. La Plata, 1963. Organización Panamericana de la Salud.

TABLA Nº 5

años, hecho perfectamente conocido por la experiencia (ver tabla Nº 6).

Hemos hecho hasta este punto una descripción somera de la estructura de la mortalidad en la provincia de Buenos Aires, pero deseamos hacer hincapié en ciertos factores que estimamos base mínima para que estos estudios tengan validez. En primer lugar, creemos que las áreas estudiadas deben contar con un sistema de estadísticas vitales, con certificado de defun-

ción modelo internacional y selección de causa básica, para las tabulaciones. Como prueba de ello mostramos la mortalidad en la provincia de Buenos Aires durante los nueve primeros meses de 1960 y los tres últimos del mismo año en que comenzó a funcionar un programa integral de estadísticas vitales con los requisitos mencionados (ver tabla Nº 7).

Es destacable el descenso que experimentan las "causas mal definidas" que de

MORTALIDAD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES - AÑO 1960

DISTRIBUCIÓN POR PRINCIPALES CAUSAS (LISTA DE 150 RUBROS - C. E. I.)

Antes y después de la implantación del P. I. E. V.

ENERO A SETIEMBRE				OCTUBRE A DICIEMBRE					
Orden	Causa	Nº	%	Orden	Causa	Nº	%		
1º	Causas mal definidas	11.632	29,1	1º	Enfermedad arteriosclerótica y degenerativa del corazón ..	1.187	10,9		
2º	Enfermedad arteriosclerótica y degenerativa del corazón	3.498	8,8	2º	Causas mal definidas	975	8,9		
3º	Lesiones vasculares que afectan al S.N.C.	3.248	8,1	3º	Lesiones vasculares que afectan al S.N.C.	933	8,5		
4º	Tumor maligno restantes localizaciones	2.245	5,4	4º	Tumor maligno restantes localizaciones	569	5,2		
5º	Tumor maligno de traquea, bronquio y pulmón	1.374	3,4	5º	Enfermedades de las arterias	563	5,2		
6º	Enfermedades de primera infancia mal definidas	1.130	2,8	6º	Tumor maligno de traquea, bronquio y pulmón	438	4,0		
7º	Bronconeumonía ..	1.116	2,8	7º	Hipertensión sin mención del corazón	410	3,8		
8º	Tumor maligno del estómago	1.104	2,8	8º	Tumor maligno del estómago	385	3,5		
9º	Otras enfermedades respiratorias	1.037	2,6	9º	Otras enfermedades del corazón	372	3,4		
10º	Todas las otras causas de accidentes ..	843	2,1	10º	Enferm. de 1ª infancia mal definidas ..	273	2,5		
11º	Enfermedades de las arterias	714	1,8	11º	Gastroenteritis y colitis salvo diarrea en recién nacidos	233	2,1		
12º	Otras enfermedades del corazón	664	1,7	12º	Diabetes mellitus ..	233	2,1		
13º	Restantes	11.124	28,6	13º	Restantes	4.319	39,9		
TOTAL				39.689	100,-	TOTAL		10.890	100,-

Fuente: Estadísticas Vitales de la provincia de Buenos Aires. Serie A Nº 1 y Nº 2.

TABLA Nº 7

29 % bajan a 8,9 %, y el cambio del orden decreciente de las causas principales. Notamos, también, que en los nueve primeros meses esas causas tienen un peso relativo menor que en los últimos tres, debido justamente a la deformación que le imprime el enorme factor de distorsión de que casi la tercera parte de las muertes queda incluida en las causas mal definidas.

Esta es la razón que nos ha llevado también a estudiar la estructura de la mortalidad en la provincia de Buenos Aires y no en el país. Recordemos que los distritos políticos mencionados al comienzo de nuestro trabajo, que representan las 3/4 partes de la población de la República, no reúnen las condiciones de la provincia de Buenos Aires, con la salvedad siguiente: Córdoba, con un programa puesto en marcha en enero de 1963; Capital Federal con más de tres millones de habitantes ha comenzado a aplicar el nuevo certificado a partir del 1º de enero de 1964; Mendoza

no lo ha iniciado; y Santa Fe, si bien usa el modelo de certificado internacional, no tiene un sistema de pedido de información adicional a los médicos certificantes.

Surge también, como recomendación, la conveniencia de estudiar la aplicación en forma sistemática de algún mecanismo de verificación, como el que representó el Estudio Interamericano de Mortalidad para la ciudad de La Plata, como medio de conocer la magnitud del error existente entre los datos que se obtienen con el sistema en uso y lo que puede ser realidad de la situación. Con el objeto de ilustrar lo dicho, veamos la relación de coincidencia que existe entre los certificados de defunción que se reciben, lo informado por los médicos en los casos en que se solicita información adicional y los diagnósticos finales que resultaron de la investigación del Estudio Interamericano de Mortalidad (ver tabla Nº 8).

PORCENTAJE DE COINCIDENCIA ENTRE LAS CAUSAS DE MUERTE CERTIFICADAS, REPARADAS Y FINALES

E. I. M. AÑO 1962, LA PLATA - (LISTA DE 50 CAUSAS)

C a u s a	Original	Reparada	Final
18. Tumores malignos	73	83	100
22. Lesiones vasculares del sistema nervioso central	81	81	100
26. Enfermedades arterioesclerótica y degenerativas del corazón	64	71	100
TOTAL	62	71	100

TABLA Nº 8.

Sistemas modernos de eliminación de basuras

ING. NEMO TOMMASI

Ingeniero Civil e Ingeniero de Salud Pública

Director de saneamiento ambiental del Ministerio de Salud Pública de la Nación

La solución al problema de la eliminación higiénica de las basuras ha sido preocupación de las autoridades comunales desde épocas remotas y ha dado origen a estudios realizados por especialistas en casi todos los países.

“Basura, en el lenguaje corriente, es un término genérico que abarca todos los residuos, desechos y desperdicios sin distinguirlos por su origen” (Comisión Especial-Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires).

La Oficina Sanitaria Panamericana adopta la siguiente definición: “Basura es todo residuo sólido putrescible y no putrescible (excepto las excretas humanas). La basura incluye: desperdicios, desechos, cenizas, producto del barrido de las calles, animales muertos, automóviles abandonados y restos sólidos provenientes de los mercados y la industria”.

Adoptando éstas u otras definiciones técnicas, surge en forma evidente la idea de la heterogeneidad de elementos que podemos encontrar formando parte de las basuras que se recolectan en un centro poblado.

Las características zonales, las condiciones climáticas, el régimen de alimentación, las costumbres de la población, el “standard” de vida de los habitantes, etc., son factores incidentes en la composición y cantidad de basura “per capita” de un núcleo poblado.

La variación de los componentes puede resultar importante de un país a otro e inclusive existen variaciones amplias entre ciudades de un mismo país. Este aspecto del problema debe tenerse en cuenta fundamentalmente cuando se quiere adoptar un sistema para eliminación de basuras, ya que no pocas veces la elección de un sistema que ha tenido éxito en otros medios nos lleva al fracaso cuando lo aplicamos sin los estudios técnicos que estimamos imprescindibles para esta acción sanitaria.

Resulta difícil conocer la composición física y química de las basuras; la naturaleza de sus elementos, su estado de disgregación, la variación del contenido en los vehículos recolectores según la zona de recorrido —zonas residenciales, zonas comerciales, zonas industriales—, hacen prác-

ticamente imposible obtener una "muestra" realmente representativa de la "basura promedio" de una ciudad; por otra parte la modificación de ciertos factores, especialmente de orden económico social, pueden alterar sensiblemente la composición de las basuras de una población.

Como ejemplo citaremos el resultado de estudios sobre composición de basuras realizadas en distintas ciudades.

La Comisión Especial designada en el año 1945 en la ciudad de Buenos Aires plantea que la gran dificultad en hallar una solución racional al problema de la eliminación de las basuras, estriba en la incógnita que aparece apenas se inicia el estudio de la cuestión. En oportunidad del estudio realizado por la citada comisión se aplicó el procedimiento de elegir un vehículo que por su "recorrido recolector" representara en forma aproximada el "promedio" de la ciudad. Se obtuvo en esa oportunidad el siguiente resultado:

Papel	17,8 %	
Trapos	0,6 %	
Verdura	13,4 %	
Vidrio	3,9 %	
Metales	0,9 %	
Huesos	9,6 %	
Pan	1,9 %	48,1 %
Total "no clasificado" .	51,9 %	

En la Habana —Cuba—, según los ingenieros W. A. Xanten y A. Michaels (Boletín de O. S. P. Vol. L. N° 1, enero 1961), se obtuvo:

Papeles	17,00 %
Vidrios	3,00 %
Cueros	1,00 %
Huesos	1,50 %
Maderas, Aserrín, etc.	8,00 %
Hierro	5,00 %
Trapos	0,60 %
Materias orgánicas (vegetales y animales)	30,00 %
Otros metales (cobre, cinc, etc.)	0,01 %
Escombros	3,00 %
Varios	0,89 %
Humedad	30,00 %

Análisis de las basuras domiciliarias de la ciudad de San Miguel de Tucumán (República Argentina). Año 1952.

Examen químico

Humedad y sustancias volátiles .	69,10 %
Materia grasa	4,20 %
Cenizas reales (nitrato, fósforo, potasio)	6,60 %
Materia orgánica	20,10 %

Análisis químico de basura. Ciudad de Santa Fe (Provincia de Santa Fe), República Argentina. Año 1959.

Humedad	13,04 %
Materia orgánica	34,00 %
Cenizas	50,06 %
Otros	15,04 %

Por todo lo que antecede resulta difícil aconsejar en forma generalizada sistemas para disposición final de la basura, pero actualmente existe un predominio de algunos sistemas que permiten obtener buenos resultados evaluados en el triple aspecto del problema: sanitario, social y económico.

Los sistemas utilizados a través de la historia de las ciudades pueden resumirse en:

1) *Vaciadero a cielo abierto o Vertedero abierto o Basural*. Práctica tan antigua como las primeras concentraciones humanas, procedimiento cómodo y barato que consiste en arrojar las basuras en un terreno y dejar que allí actúen los agentes naturales, atmosféricos y vivos a los que se confía la estabilización. Además de los peligros sanitarios como focos insalubres, criaderos de insectos, mantenimiento de roedores, olores nauseabundos, etc., presenta la secuela social con la presencia del "ciruja" con su larga historia policial y el perjuicio económico al desvalorizar los terrenos adyacentes a la zona utilizada para este tipo de "destino final".

2) *Vaciado o volcado en el agua*. Este procedimiento utilizado en ciudades costeras sobre todo marítimas presenta el peligro de que las corrientes depositen las basuras flotantes en playas más o menos cercanas al lugar del volcado y pueden constituir muldares tanto o más peligrosos que los provocados por la adopción del "basural". La resolución de la Suprema Corte de EE. UU. de América prohibiendo arrojar al mar las basuras de la ciudad de Nueva York contiene un estudio técnico donde se demuestra la inconveniencia de este procedimiento.

3) *Reducción de desperdicios*. Procedimiento utilizado a principios de este siglo para obtener de las basuras grasas y aceites que por inconvenientes de orden higiénico, malos olores y el poco éxito económico cayó en desuso.

4) *Alimentación de cerdos*. Nos referimos a la práctica que aún subsiste en algunos núcleos poblados que consiste en alimentar cerdos con basuras. Actualmente se acepta cuando se asegura la calidad del alimento mediante procesos que eviten el peligro de provocar contaminaciones en los animales y el consecuente de originar enfermedades en el hombre por el consumo de carnes obtenidas por faenamiento de animales así alimentados.

En esta reseña hemos de considerar los sistemas que actualmente son de mayor utilización en los núcleos poblados: rellenamiento sanitario, incineración y transformación en abonos.

RELLENAMIENTO SANITARIO

Eliminar las basuras enterrándolas es un procedimiento antiguo pero su aplicación está restringida por el costo de operación cuando el volumen de residuos es grande y no se dispone de equipos mecánicos para efectuar las excavaciones y operaciones complementarias. También el simple enterramiento de la basura sin limitación hace que la estabilización de la materia orgánica a través de la acción de los microorganismos sea lenta.

El "rellenamiento sanitario" consiste en disponer las basuras cumpliendo con requisitos técnicos que aseguren una más rápida estabilización de la materia orgánica.

La programación del trabajo comprende:

a) *Elección del lugar a rellenar*.

Debe tenerse en cuenta el aspecto económico en lo que hace al costo de la tie-

rra, especialmente en el caso de que deba expropiarse y su ubicación con relación al recorrido que deben efectuar los vehículos recolectores para llegar al lugar que se elija como destino final.

La calidad del terreno puede favorecer una más rápida estabilización, prefiriendo aquellos que ofrezcan buena aereación y

Si la napa en su nivel medio puede aflorar en terrenos a utilizar para relleno sanitario, solo podrá realizarse cuando no se utilice en la zona el agua de la primera napa como fuente de provisión de agua.

En Estados Unidos se ha calculado que aproximadamente se necesita media hectárea de terreno nuevo por cada 10.000 ha-

En áreas relativamente a nivel

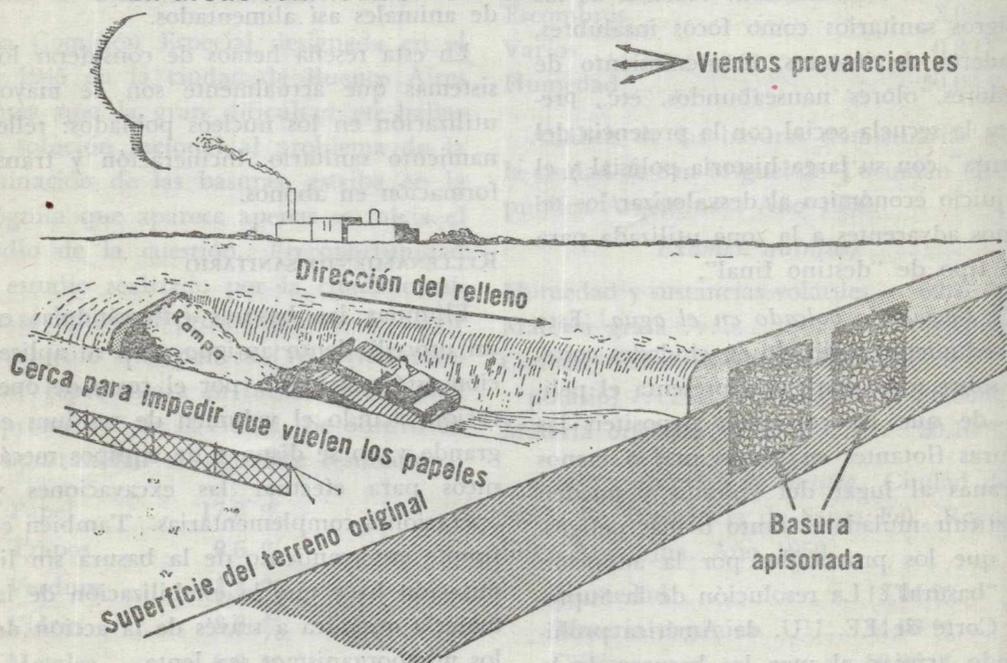


Fig. 1: Tomada del folleto BASURAS, editado por la Oficina Sanitaria Panamericana

desechando las formaciones rocosas. Las áreas sujetas a inundaciones pueden utilizarse siempre que se comience por establecer diques protectores. Se han rellenado "bañados" construyendo previamente diques de contención con tierra y aprovechando su superficie para camino de acceso de vehículos recolectores.

bitantes, tomando como base una profundidad de 1,80 m de basura apisonada. Las condiciones locales pueden ofrecer variantes en este aspecto: ciudades con mayor o menor cantidad de industrias y tipo de basuras, mayor o menor compactación, etc. De ser posible se comenzará por rellenar

áreas naturalmente bajas en distintos sectores.

Las condiciones meteorológicas zonales deben tenerse en cuenta. Un largo período de lluvias pueden hacer inaccesibles los sitios elegidos o inundar las zanjas cuando no se han previsto los drenajes adecuados.

El equipo para operar en poblaciones de hasta 50.000 habitantes puede estar constituido por un tractor de oruga con cucharón o paleta de distinta capacidad.

La Organización Panamericana de la Salud recomienda:

Para poblaciones mayores se operará con varios tractores o con grúas excavadoras y tractor a oruga para transporte de tierra y compactación.

Para pequeñas ciudades basta con una sola persona que es la encargada del manejo del tractor.

La forma de operar tiene pequeñas variantes, según se trate de terrenos a nivel, terreno ondulado, pantanos, áreas bajas y valles u hondonadas.

En general debe colocarse la basura en capas de unos 30 cm de espesor apisonan-

Población servida (habitantes)	Equipo indispensable
Hasta 10.000	Tractor oruga c/cucharón de 0,7 m ³ . de capacidad.
De 10.000 a 30.000	Tractor ídem, con 1,5 m ³ .
De 30.000 a 50.000	Tractor ídem, con 2,3 m ³ .

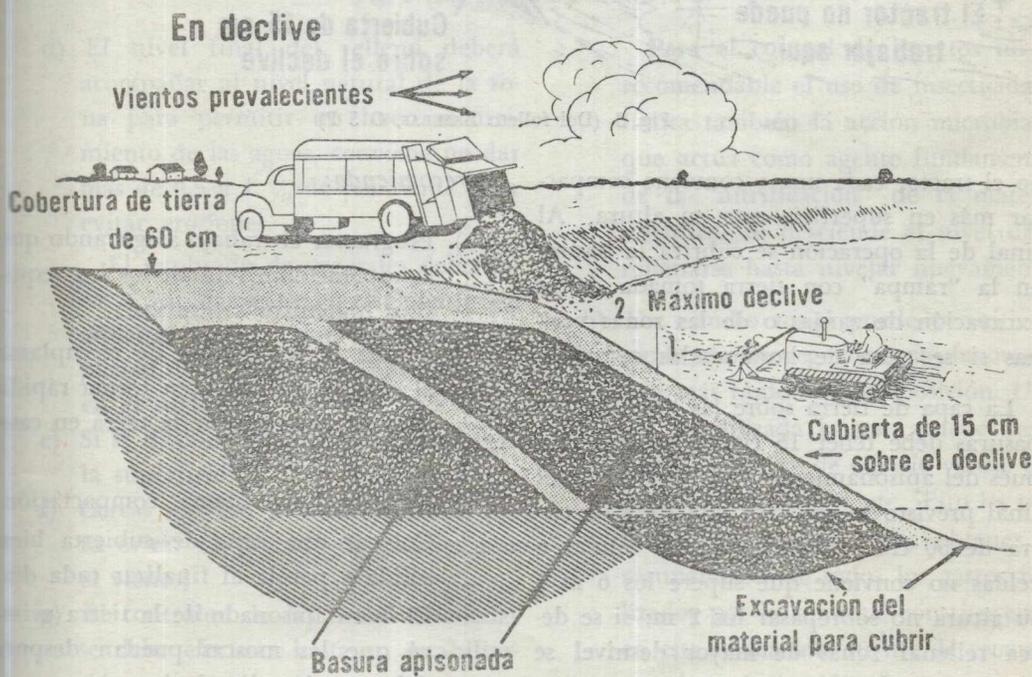


Fig. 2 (Del folleto BASURAS, O S P)

En áreas bajas cenagosas

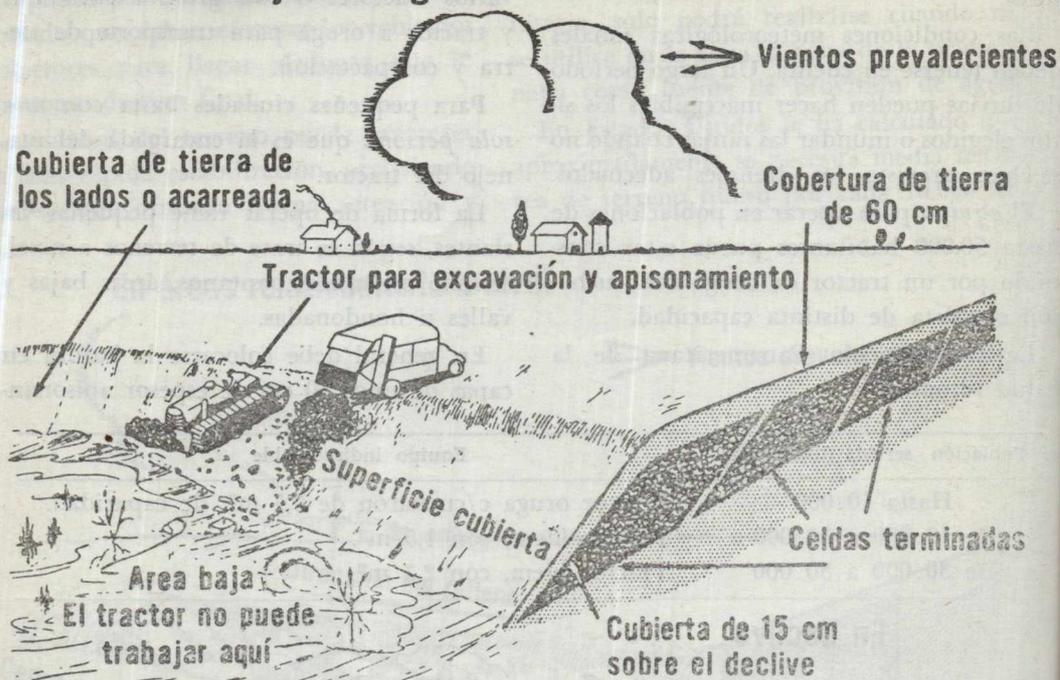


Fig. 3 (Del folleto BASURAS, O S P)

do el tractor cada una y conviene compactar más en superficie que en altura. Al final de la operación se cubrirá la basura en la "rampa" con tierra tomada de la excavación de zanjas o de las zonas vecinas si se trata de hondonadas o bajíos.

La capa de tierra sobre las "células" de basuras debe tener 15 cm de espesor después del apisonamiento y al llegar al nivel final previsto se colocará una capa de tierra de 60 cm. El ancho de las células o celdas no conviene que supere los 6 m y su altura no sobrepasar los 2 m; si se desea rellenar zonas de mayor desnivel se harán 2 ó 3 rellenos superpuestos.

Se recomienda:

- Programar el trabajo asegurando que las operaciones reunan los requisitos higiénicos sanitarios;
- Prever la posibilidad de reemplazar al equipo mecánico en forma rápida para no interrumpir la tarea en caso de desperfectos;
- Realizar una buena compactación. Colocar una capa de cubierta bien sólida y pareja al finalizar cada día. El buen apisonado de la tierra evitará que las moscas puedan después del pupario salir al aire;

) 100 (

En Valles y hondonadas

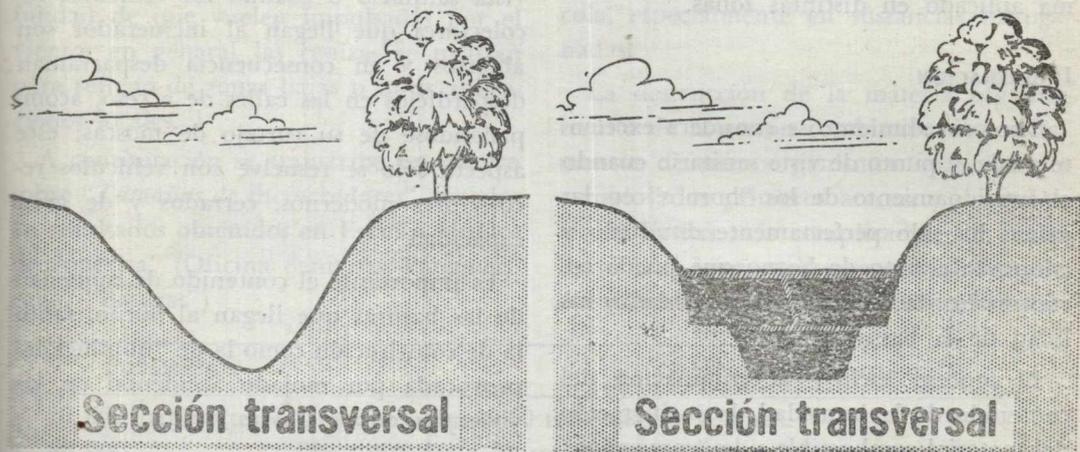


Fig. 4 (Del folleto BASURAS. O S P)

- d) El nivel final del relleno deberá acompañar al nivel natural de la zona para permitir un buen escurrimiento de las aguas, conviene no dar más de 0,5 a 1 % de pendiente para evitar erosiones.

El sembrado de vegetales debe hacerse rápidamente especialmente de aquellas especies que tienen la propiedad de fijar nitrógeno atmosférico en el suelo;

- e) Si se dispone de agua conviene regar la superficie;
- f) Cercas móviles pueden utilizarse para evitar el "vuelo" de papeles por el viento;
- g) El contralor de las áreas rellenadas se debe efectuar hasta su estabilización.

Para el control de insectos no es recomendable el uso de insecticida si limita también la acción microbiana que actúa como agente fundamental de la "nitrificación" de la materia orgánica. Si desciende el nivel debe rellenarse hasta nivelar nuevamente;

- h) Un estudio zonal puede permitir el sembrado de vegetales que favorecen una más rápida descomposición. Una vez estabilizada la zona puede destinarse a: reserva de espacio verde; uso para construcciones, etc. Esto ha permitido en muchos casos obtener la recuperación de todos los gastos realizados por la comuna, constituyendo en esta forma una fuente de recursos por la valorización de los terrenos

nivelados o de los cuales se han eliminado "vaciaderos".

En las figuras 1 a 4 que se intercalan se podrá observar algunos detalles del sistema aplicado en distintas zonas.

INCINERACIÓN

Este procedimiento se considera excelente desde el punto de vista sanitario cuando el funcionamiento de los "hornos" en las usinas ha sido perfectamente estudiado y adoptado el tipo de horno que pueda corresponder de acuerdo a la cantidad y calidad de la basura.

El proceso incluye la eliminación del contenido de la humedad, la incineración del material combustible y la "conversión" de los gases malolientes. Por otra parte debe planificarse este sistema, teniendo en cuenta la disposición final de las cenizas que quedan como residuo y que alcanza aproximadamente a un 30 % de la basura incinerada.

El diseño de los hornos debe realizarse previo un estudio de las condiciones locales haciendo intervenir además de los factores intrínsecos como: cantidad y calidad de las basuras; posibilidad de ampliación teniendo en cuenta el crecimiento demográfico, etc.; y los elementos que hacen al mantenimiento higiénico de la zona en la que se instalen (contaminación del aire por humos producidos por combustión incompleta, "vuelo" de cenizas, presencia de insectos y roedores, etc.).

En general si se alejan mucho del núcleo poblado se encarece la recolección por aumento de recorridos, ubicados dentro de

la zona urbanizada, disminuyen con su presencia el valor de los terrenos cercanos con mayor énfasis cuando no operan en condiciones aceptables desde el punto de vista sanitario o cuando los vehículos recolectores que llegan al incinerador son abiertos y en consecuencia desparraman desperdicios en las calles de acceso, acompañándose de su cortejo de moscas; este aspecto sólo se resuelve con vehículos recolectores modernos, cerrados y de gran capacidad.

Es importante el contenido de humedad de las basuras que llegan al horno, tanto la de constitución como la de "imbibición" provocada por mojado accidental en las viviendas o por lluvias.

Tanto una como la otra varían en el año, ya que la variación de clima también genera la variación de los alimentos estacionales.

El contenido de humedad debe ser eliminado antes de la quema, en consecuencia debe preverse una cámara de presecado y luego de esta zona se traslada la basura al área de combustión.

La segunda etapa que es la quema propiamente dicha debe estudiarse antes de proyectar el horno para establecer la capacidad de autocombustión de las basuras a quemar.

En algunos casos sólo se obtendrá una buena incineración con consumo de combustible adicional y en otros podrá, inclusive, aprovecharse las calorías cedidas por la quema de los residuos.

Debe también tenerse en cuenta la posibilidad de "quemar" los gases malolien-

tes que resultan para no provocar la contaminación atmosférica por combustión incompleta.

El alejamiento de las cenizas debe realizarse en forma tal que no exista la posibilidad de que vuelen impulsadas por el viento; en general las cenizas se utilizan para relleno de zonas bajas u otras aplicaciones locales.

A continuación se transcribe un cuadro sobre "Tamaños de incineradores", basados en resultados obtenidos en Estados Unidos de América. (Oficina Sanitaria Panamericana. "Basuras").

Población	Capacidad del incinerador
20.000 habitantes	Una unidad para 60 toneladas en 8 horas.
50.000 "	Dos unidades a 75 toneladas en 8 horas cada una.
500.000 "	Dos unidades a 150 toneladas en 8 horas cada una.
100.000 "	Cuatro unidades a 300 toneladas en 24 horas cada una.
1.000.000 "	Dos plantas con 4 unidades cada una a 300 toneladas en 24 horas por unidad.

Estos datos o cualquier otro que se consiga sobre experiencias en otros lugares o países deben ser utilizados como simple guía y es recomendable proyectar las usinas incineradoras previo estudio "piloto" para determinar en forma precisa la solución técnica a adoptar.

TRANSFORMACIÓN EN ABONOS

Esta transformación se basa en procesos biológicos en condiciones anaeróbicas o aeróbicas o combinación de las dos.

Es un procedimiento antiguo que en épocas recientes ha vuelto a actualizarse. En general todos los tipos de basuras son

susceptibles de transformarse en abonos y representa un procedimiento favorable para la recuperación de los suelos, devolviendo a éstos parte de las sustancias de las cuales los empobrecen la explotación agrícola, especialmente en sustancias nitrogenadas.

La destrucción de la materia orgánica resulta de la acción combinada de los fermentos de microorganismos anaerobios y aerobios; los primeros atacan y destruyen las moléculas más complicadas, sin poder llevar muy lejos su disgregación; los segundos oxidan completamente compuestos más

sencillos, generalmente con producción de ácido carbónico y agua al descomponer sustancias ternarias (papel, vegetales, almidones, etc.) y con producción de amoníaco llevado luego a nitrato para las sustancias cuaternarias (residuos de mataderos, curtiembres, etc.).

Por la acción de estas dos categorías de seres, se cumple la destrucción final de cualquier materia organizada.

Actualmente son dos los procedimientos más difundidos:

- a) Métodos discontinuos (Beccari, Verdier, etc.);
- b) Métodos de agitación continua (Frazer, Dano, etc.).

Métodos discontinuos

Cámaras Beccari. Llamadas cámaras "zimotérmicas" son pequeñas celdas de fermentación enaerobia cada una con una capacidad de 16 a 20 metros cúbicos aproximadamente. La temperatura máxima no excede los 65° C y una duración de más de 50 días.

Silos de fermentación. Pertenecen al tipo "discontinuo" y cumplen un proceso anaerobio y aerobio con una inyección de ozono. Presenta ventajas con los procesos solamente anaeróbicos:

1) A la acción anaerobia sigue una oxidación enérgica (período aerobio dirigido) que mineraliza el nitrógeno orgánico.

2) Tienen mayor capacidad, unos 400 a 600 metros cúbicos.

3) Producen un material homogéneo que puede utilizarse como abono directo.

4) Funcionando en condiciones técnicas adecuadas puede alcanzar temperaturas de 85° C, pudiendo asegurarse la eliminación de elementos patógenos. Estas instalaciones requieren gran espacio debido a que hay que prever 32 silos (uno por día del mes y uno en exceso para la limpieza) ya que el proceso se cumple en 30 días y vaciado el silo se debe dejar un día sin cargar para aereación. Además deben preverse las rampas de acceso para vehículos recolectores y "caminos" elevados para la descarga de dichos vehículos.

El proceso se cumple en 8 días de acción anaeróbica y 22 días de acción aeróbica con la introducción de aire comprimido y en los últimos días se hace entrar una corriente de ozono para obtener una

completa oxidación, desinfección y desodorización del material transformado.

Métodos de agitación continua

Se basan en la obtención del "compost" producto obtenido por fermentación espontánea de residuos domiciliarios.

El "composting", es definido como un proceso en el que bajo condiciones ambientales adecuadas, microorganismos aeróbicos transforman la materia orgánica en un compuesto bastante estable (Folleto: "Solución al problema de los basurales" - Pcia. de Santa Fe).

Las basuras se reciben en *tolvas* y se acumulan bajo techo, se extraen de los silos por la parte inferior por *cintas transportadoras* en las cuales se realiza el "cirujeo". Se trata de eliminar en lo posible, trapos, papeles, vidrios, etc., los materiales ferrosos se eliminan mediante una acción magnética.

El material retirado en las "*cintas de cirujeo*", que van a escasa velocidad, se colocan en recipientes adecuados para cada elemento. El material restante se eleva por las cintas para introducirlo en *molinos trituradores*. En este estado se llevan a las *playas de fermentación* y se los acondicionan en "parvas" iniciando así el proceso fermentativo.

El *proceso de fermentación* con control químico se puede conducir en condiciones totalmente aeróbicas y sin malos olores. Comienza la transformación y en dos o tres días alcanza una temperatura máxima de aproximadamente 75° C letal para patógenos contenidos en las basuras, esta tem-

peratura se mantiene durante el ciclo de fermentación y desciende al finalizar la transformación.

Para evitar el cambio de fermentación se remueven las "parvas" con cierta frecuencia.

Producida la transformación se acumula el material en pilas y con un equipo automático de *tamiz rotatorio* con *molino a martillo* se realiza una *molienda fina* y *embolsado*.

El Ministerio de Agricultura y Ganadería de la provincia de Santa Fe (República Argentina) ha realizado experiencias sobre este sistema de eliminación.

Las observaciones preliminares fueron realizadas con poca cantidad de basuras, aproximadamente 50 Kg se colocaron en tanques de 200 litros o dm^3 , agujereados lateralmente y cajones de igual capacidad controlando la temperatura a diferentes profundidades y la humedad.

Se observó:

- a) La relación carbono-nitrógeno se mantenía por arriba de valores óptimos, lo cual indicaba que la selección previa de los residuos era indispensable;
- b) La eliminación de papeles y trapos, es fundamental para obtener un producto final;
- c) Se alcanzó temperaturas altas pero acusaban variaciones imprevistas, debido quizás al escaso volumen;
- d) La humedad no disminuía por el in-

adecuado drenaje de los recipientes y falta de aereación.

Luego de otras experiencias realizadas se hizo una última en el municipio de Rosario. Se eligió un galpón y un patio adoquinado de 50 x 80 m.

Se procedió en condiciones técnicas previstas y se pudo desarrollar un buen método para eliminación de larvas de moscas. (Sistema de trampas ideado para estas experiencias).

Se obtuvieron resultados que pueden calificarse como excelentes.

En la figura 5 se transcriben las curvas de *temperatura* alcanzadas en las "parvas" y la *temperatura ambiente*. Puede observarse el descenso de la temperatura al realizar las remociones así como la rápida recuperación de temperaturas elevadas.

Este sistema permite la transformación de residuos en abonos, que si en la zona donde está ubicado el núcleo poblado puede comercializarse conduce a una solución sanitaria y alto rinde económico.

Las autoridades encargadas de la eliminación de las basuras pueden encontrar en este sistema una solución al problema higiénico sanitario y además con la transformación, obtener un medio para devolver sustancias nitrogenadas a los suelos de las zonas destinadas a cultivos.

Debe estudiarse su aplicación con preferencia en ciudades ubicadas en zonas donde se realicen cultivos que empobrecen notablemente el suelo en su contenido de sustancias nitrogenadas.

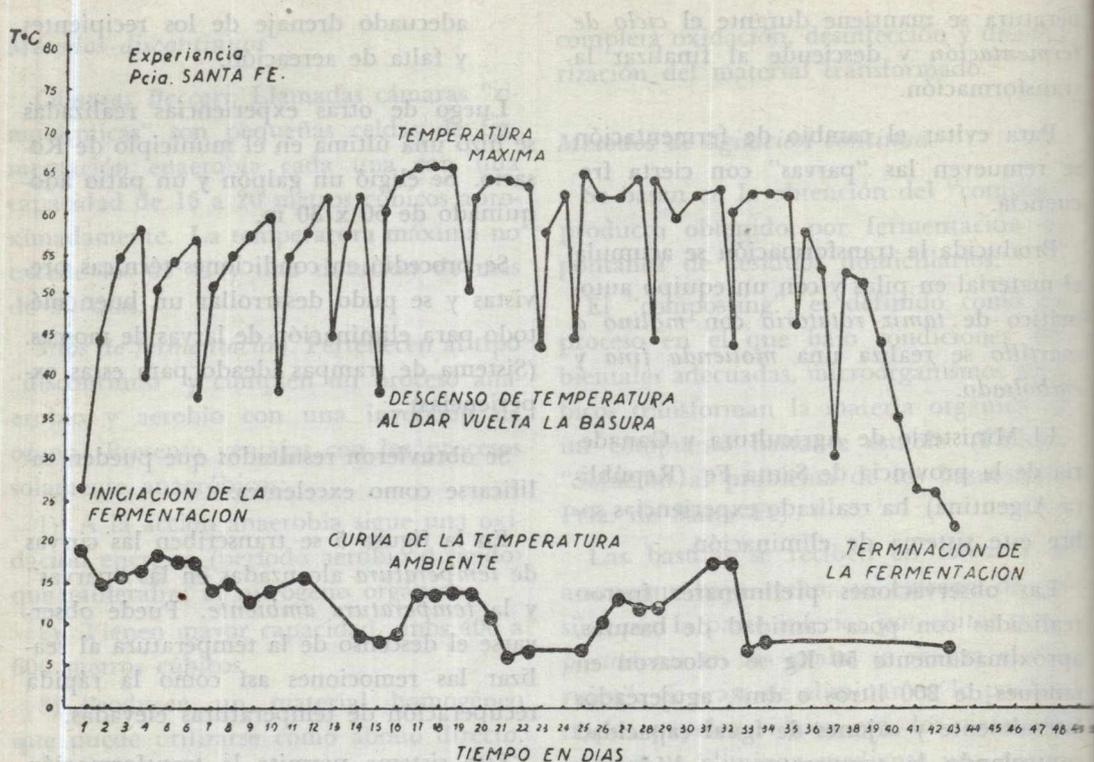


FIG. 5: Curvas de temperatura en las "parvas" y temperatura ambiente.

TRITURACIÓN Y VOLCADO EN REDES COLECTORAS CLOCALES

Consiste en eliminar los residuos orgánicos por vía cloacal triturándolos previamente en artefactos que se colocan generalmente bajo los desagües de las *piletas de cocinas*.

Mediante una instalación eléctrica "ad-hoc", una vez volcados los desechos de preparación de las comidas y los residuos de los alimentos (verduras, cáscaras, trozos de carne, etc.), se pone en marcha el aparato produciendo una trituration fina. El arrastre con agua permite su volcamien-

to a la red colectora cloacal a través de la instalación sanitaria de la vivienda.

El volumen que se agrega a las cañerías colectoras no representa problemas; ni tampoco se producen inconvenientes en los núcleos poblados cuyos líquidos cloacales son sometidos a tratamiento antes de su destino final.

En las viviendas que carecen de conexión a una red colectora, cuando tienen una eliminación privada con cámara séptica, el agregado de este artefacto no ocasiona inconvenientes.

Los problemas pueden plantearse cuan-

do el ap
tos mecá
reparaci
de este s

Relle
b
Elimi
y
MARC
Minis
1
XANT
d
Elimi
S
El p
1

do el aparato no funciona por desperfectos mecánicos o de otra índole, necesitando reparaciones de importancia. La adopción de este sistema tendrá éxito público cuan-

do se asegure un "service" rápido y eficiente para la reposición de las partes móviles (motor, cuchillas, etc.) y las reparaciones se realicen con urgencia.

BIBLIOGRAFIA

- Rellenamiento Sanitario*. Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación, República Argentina. 1954; 19 páginas.
- Eliminación de los residuos urbanos en la ciudad de Tucumán*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la provincia de Tucumán (República Argentina), 1953; 71 págs.
- MARCHETTI Y PISANI: *La fermentación orgánica dirigida*. Buenos Aires, 1946, 58 págs.
- Ministerio de Agricultura y Ganadería de la provincia de Santa Fe (República Argentina), 1962, 41 páginas.
- XANTEN, W. A. y MICHAELS, A.: *Aspectos técnicos, administrativos, legales y financieros de la disposición de basuras y desechos*. Boletín de la O.S.P. Vol. 1, enero 1961 (13 páginas).
- Eliminación de basuras y el control de insectos y roedores*. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica Nº 75. Washington, 1962, 41 páginas.
- El problema de la basura en la ciudad de Buenos Aires*. Comisión Especial de la Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires. 1948, 64 páginas.

Distrofia infantil y educación médica

DR. JULIO ROSSELLI

Pediatra

Profesor adjunto de medicina infantil en la Facultad de Ciencias Médicas de La Plata

Nuestro propósito concreto es destacar la orientación aconsejable de los estudios médicos, habida cuenta de la importancia relevante que el problema de la distrofia infantil asume en nuestros países latinoamericanos, pero será necesario, con el fin de ubicar nuestro tema y dar coherencia al presente trabajo, ocuparnos primeramente, en forma somera, de diversos aspectos fundamentales de la enseñanza de la pediatría en general.

En primer término debemos hacer notar que en el momento actual resulta un anacronismo considerar a la pediatría una especialidad, puesto que en ella caben todas las especialidades. Nos limitamos aquí a apoyar que "comprende todas las ciencias médicas curativas y profilácticas puestas al servicio de la edad de formación" (1) o según ha escrito Escardó: "La Pediatría es toda la medicina (preventiva, conductiva y curativa) del ser humano en la etapa evolutiva de su maduración somato-psico-intelectual y de su integración social" (2). Como ha sido averiguado fehacientemente, en la América latina más del

40 % de la población pertenece a la edad infantil, frente a otras comarcas, como Canadá o Estados Unidos en que esa proporción alcanza sólo al 27 % (3). Junto a esa circunstancia debe hacerse notar como otro hecho particular de nuestras poblaciones, que la mortalidad infantil (de 0 a 1 año) representa un por ciento considerable dentro de la mortalidad general, condicionando para esta última, cifras elevadas, y bajos niveles para los índices de edad media de vida de los individuos. Y señalemos que según las indagaciones efectuadas en distintos tiempos y lugares (4) (5) los niños representan la mayor parte de la consulta médica común y a su vez son asistidos en su mayor proporción, tanto en la ciudad como en el campo, por médicos generales.

Por tales motivos se comprende con qué razón se han levantado voces reclamando contra la modalidad corriente que consiste en evitar el niño en todas las Cátedras, desde el ingreso. Así la Anatomía, Fisiología, Semiología, Patologías, Neurología, Psiquiatría y demás, lo son del adulto, y

NZA

el estudiante, hacia el final de su carrera, ve aparecer el niño como un ser extraño para el que en general no son válidas las normas aprendidas precedentemente. Se ha dicho que "no es aumentando las horas de enseñanza de esta Pediatría limitativa que podrá mejorarse el conocimiento médico pediátrico" (loc. cit. 2) sino integrando las asignaturas con la presencia del niño utilizando, si es preciso, un fructuoso intercambio entre las cátedras. En ese sentido nos vamos a permitir una digresión útil para mencionar el plan de estudios que hemos verificado personalmente en visitas efectuadas a institutos médicos de la República Popular China. Allí, después del ciclo de materias básicas, similar al nuestro y de dos años de duración el aprendizaje continúa en distintas facultades en las cuales los alumnos se reparten para recibir una enseñanza especializada aunque sin descuidar una base médica general, común a todas ellas. Esas distintas facultades aunque varían en número son más o menos similares. Por ejemplo en Pekín son las de Medicina General, Higiene Pública, Pediatría, Farmacología y Terapéutica (que equivale a la Clínica Médica nuestra) y Cirugía, incluyendo Estomatología. La duración de los estudios en dichas facultades varía entre 3 y 5 años. Es de interés detallar en lo que sigue el modo como se escalonan las disciplinas en la Facultad de Pediatría del *Segundo Instituto Médico de Shangai*.

1º) Pediatría básica comprendiendo: Anatomía, Fisiología, Nutrición, Profilaxis e Higiene, 6 meses de duración.

2º) Pediatría sistemática: Semiología y

Propedéutica Pediátricas y la Patología Interna del Niño, 6 meses de duración.

3º) Clínica Pediátrica, incluyendo Infecciosas y Cirugía, 1 año de duración. Luego 1 año en los Servicios de Pediatría.

Desarrollo similar hemos observado en otras Facultades de Pediatría chinas y asimismo en el Instituto de Pediatría de Leningrado en la Unión Soviética y la Facultad de Pediatría de Praga en Checoslovaquia, países estos últimos en que también existe, con pocas variantes, la citada organización en Facultades distintas a partir del 3º año de los estudios. Esta enseñanza pediátrica especializada de pre-graduación que en la Unión Soviética se imparte en 25 de las llamadas Facultades de Pediatría ha sido comentada recientemente por el Profesor carioca J. Martinho Da Rocha (6).

Todo cuanto llevamos dicho nos conduce sin esfuerzos a valorar la importancia de la información pediátrica del médico no especialista. Si aceptamos como organización aconsejable de la cátedra (7) la que incluye la enseñanza a los estudiantes, a los post-graduados y la extensión universitaria, comprendemos que para la cuestión que aquí nos ocupa, debemos particularizarnos con la primera de dichas tareas, es decir con la capacitación del futuro médico general. No obstante creemos conveniente advertir brevemente acerca del carácter de las otras actividades. Con respecto al entrenamiento para graduados—objeto de un sub-tema de este Congreso— aquí nos limitamos a sostener que su finalidad, distinta de la que se refiere a los alumnos, debe ser afinar todo lo rela-

tivo a las especialidades dentro de la pediatría, basándose en la verdad, bien evidente por cierto, de que las especialidades pediátricas difieren, a veces fundamentalmente, de las mismas especialidades del adulto. Como ejemplo podemos citar a los dos cursos de perfeccionamiento sobre cardiología y neurología pediátricas, que se desarrollaron en el pasado año lectivo en la cátedra de medicina infantil de La Plata, a cargo del profesor Dr. Delio Aguilar Giraldes. En cuanto al otro aspecto del desenvolvimiento de la cátedra —nos referimos a la extensión universitaria— tiene una importancia tan grande para nuestros pueblos de América latina que desborda los límites que obligatoriamente nos hemos fijado para el desarrollo de nuestro tema. Diremos solamente que ya es un axioma que la capacitación sanitaria popular y la propia participación activa de la comunidad en dicho proceso son imprescindibles para lograr una mejora en las mismas en las ciudades que hemos vistas de mortalidad infantil. Y como dice expresamente el informe de la O. M. S. (8) una de las principales funciones de la cátedra de pediatría es la participación en los programas de Salud Pública de la colectividad, en los cuales la educación sanitaria ocupa un lugar relevante.

Centrándonos entonces en la enseñanza a los estudiantes, es obvio que debe darse preferencia a la "enseñanza activa" para desarrollar al máximo el contacto del alumno con el objeto vivo de su estudio que es el niño sano o enfermo, y su ambiente. Debemos precisar bien los lugares en que debe realizarse dicho aprendizaje. Son

ellos: 1) Las maternidades y servicios de recién nacidos, para observar niños de dicha edad, sano o enfermos. 2) Salas de lactantes enfermos. 3) Salas de niños de segunda infancia, enfermos. 4) Consultorios externos, donde se asisten niños sanos o enfermos. Con respecto a este último grupo —niños ambulatorios— haremos algunas consideraciones más adelante acerca de su reconocimiento en el propio ambiente familiar.

Hoy se acepta unánimemente la conveniencia de ubicar a la pediatría hacia el final de la carrera médica, y con las limitaciones que más arriba expresábamos digamos que se reconoce aproximadamente a 300 horas anuales como el tiempo necesario para un entrenamiento normal (loc. cit. 8). En la cátedra de medicina infantil de La Plata, en el último año las distintas actividades docentes (clases magistrales y trabajos prácticos) sumaron 260 horas por alumno pero este criterio cuantitativo es falaz, aparte de que en la práctica el régimen de exámenes mensuales y otros aspectos conexos que no es nuestro objeto tratar aquí, desvirtúan el sistema de estudio anual de la asignatura.

¿Qué debemos pretender que el estudiante aprenda en los lugares más arriba mencionados? En forma esquemática se puede responder que comprende la clínica, la puericultura y los aspectos médico-sociales. De exprofeso, porque deseamos hacer una defensa de la clínica es que la hemos colocado en primer término, haciendo nuestras las palabras de F. Rott (9) cuando afirma: "La clínica es el manantial de toda medida de asistencia sanitaria". A poco

que sigamos, veremos en que sentido debemos tomar su juicio pues "el médico de niños que tiene experiencia en el diagnóstico y tratamiento de sus pacientes está capacitado para abordar con eficiencia cualquiera de los aspectos de la medicina infantil" (7). En cuanto a la puericultura, cuyo aprendizaje parecería lógico que precediera al de la clínica, en realidad se va considerando en forma insensiblemente combinada. Como dice el ya citado F. Rott: "los conocimientos clínicos son los primeros que indican al médico la dirección que debe tomar su labor higiénico-social" y la aprovechan, agreguemos, para reconocer y sobre todo mantener el estado de salud del niño que es el objetivo de la puericultura.

Haremos una simple referencia acerca del criterio que ha sido sustentado sobre la conveniencia de que la enseñanza de la puericultura e higiene social de la infancia debe ser objeto de una cátedra separada (10). Sin extendernos aquí, señalemos que todos los aspectos de la pediatría están indisolublemente ligados entre sí y pueden, sin desmedro para la enseñanza, ser abordados en un plan único.

Hemos bosquejado hasta aquí un panorama general y esquemático en lo tocante a cuestiones de la enseñanza de la pediatría, y hemos visto que la misma se desenvuelve en distintos grupos etarios a saber: recién nacidos, lactantes, segunda infancia. Cada uno de esos sectores exhibe problemas significativos pero en lo que sigue vamos a centrar nuestro interés en lo vinculado a los lactantes, cuya importancia es obvio que no necesita ser demostrada.

En efecto, sorteado el período especial del recién nacido que tiene una fisonomía específica y presenta aspectos propios objeto de temas de esta reunión, el niño de pecho —hasta los 12 meses de edad— representa un verdadero y sensible indicador del medio socio-económico-cultural en que vive. Y para reducirlo todo a términos claros y concretos, apresurémonos a decir categóricamente que en nuestros pueblos el problema del lactante es prácticamente el problema de la distrofia.

El lactante muestra en las estadísticas de causa de muerte a los clásicos rubros nutro-digestivo, infeccioso y congénito pero debemos estar firmemente convencidos de que en ellos la desnutrición es, como se ha dicho, una verdalera "antesala de la muerte". En las precarias condiciones del niño carenciado las noxas se ven favorecidas en su acción y adquieren fácilmente gravedad. En esa forma la causa inmediata de defunción representa un factor circunstancial siendo el verdadero abstracto la distrofia pre-existente, auténtica situación preparatoria de la muerte en el lactante. Los casos especiales de problemas congénitos no invalidan la vigencia real de este enunciado resumido en este lacónico y dramático mensaje que hemos recibido hace poco de parte de la Dirección de Maternidad e Infancia de la Nación: "La distrofia es el telón de fondo y la condición que favorece nuestra alta mortalidad infantil". Esos lactantes desnutridos son los que caerán con facilidad en las diarreas graves del verano por las que sucumben anualmente alrededor de 7.000 niños en la zona conurbana llamada Gran Buenos Ai-

res, de acuerdo a un informe reciente del Director de Fomento de la Salud e Higiene Materno-Infantil de la Provincia de Buenos Aires, Dr. G. Lozano; o los que representan el 67 % sobre un total de 1.032 lactantes con diarrea de todo tipo, internados en un Servicio de la Capital Federal, según comunicación del Dr. J. R. Vásquez (11). Nosotros mismos, trabajando en un grupo de médicos en La Plata, en indagaciones efectuadas sobre 1.000 niños de hasta 12 meses de edad, internados por causas generales verificamos en el primer semestre un 73,5 % de distrofias (12). Cifras parecidas exhiben otros estudios recientes (13). Valorada así la importancia cuantitativa de la desnutrición del lactante, seguidamente debemos advertir al futuro práctico pediatra que no debe olvidar en ningún instante la raigambre médico-social de dicho estado. Debemos insistir hasta la redundancia: el médico que no está firmemente convencido de que la distrofia es el resultado de una constelación de factores económico-sociales, no está capacitado para asistir niños pequeños. Numerosas referencias apoyan estas afirmaciones. Por ejemplo, ha sido cuantificado en un grupo en estudio, que la incidencia de distrofia según los sectores económicos de la población, clasificados en niveles descendentes, oscila entre 76 %, 50 % y 0 % para la clientela privada (14). En nuestro relato a las II Jornadas Argentinas de Pediatría, ya citado (12), anotábamos en las conclusiones: "Las condiciones bio-sociales desfavorables (mala vivienda, salario insuficiente, ignorancia, falta de cuidados, ilegitimidad, etc.) juegan un papel prepon-

derante en la génesis del cuadro...". El problema del distrófico debe abarcarse en conjunto pues no solamente es médico, sino también higiénico, educativo, económico y social...". "Más que tratar las distrofias se las debe prevenir y para ello es condición esencial y previa, levantar y mejorar las condiciones bio-sociales de la población. Al médico corresponde señalar con fuerza esta verdad y a los poderes públicos dar la solución social que el problema reclama".

Con lo dicho creemos haber advertido lo suficiente acerca de la correcta actitud mental que debemos desarrollar en los estudiantes. Queda por descontado que en este terreno la labor del práctico es compleja, muchas veces impotente, ya que la magnitud de los problemas que se suscitan, desbordan sus posibilidades. Pongamos aquí, una vez más a... "factores socio-económicos tales como la falta de cloacas, de agua potable, de vivienda adecuada, de instrucción primaria; la miseria, el analfabetismo, la inseguridad política... (15). Pero debemos saber imprimir a la enseñanza un matiz ideológico que ubique adecuadamente a nuestros alumnos y les ayude a entender que el adelanto en el problema de la distrofia depende del mejoramiento integral de las condiciones de vida de nuestros pueblos. Todo ello debe ser el substrato cultural del médico, pero éste..." en el desempeño de la pediatría práctica, es decir en su contacto inmediato con el objeto vivo de su ocupación —tal son los niños sanos o enfermos, internados o ambulatorios— está cumpliendo una tarea sencilla pero de primerísima jerarquía y

de avanzada dentro de la lucha contra la mortalidad infantil. Utilizando un simil —que hemos escuchado— podríamos parangonar con el papel de las escuelas primarias en la lucha contra el analfabetismo a los Centros Materno-Infantiles en la lucha contra la mortalidad infantil. En países de mortalidad infantil considerable no es posible concebir esta lucha sin la existencia de gran cantidad de centros materno-infantiles los que en el momento actual constituyen, sin ninguna discusión, la unidad básica en la tarea que aquí nos ocupa (16).

Ubicados así nuestros estudiantes dentro de estos planteos amplios, corresponde destacar algunos importantes aspectos, de índole esencialmente pediátrica, relacionados con su actuación corriente. En primer término lo que se refiere a la internación hospitalaria del lactante distrófico. Aquí conviene considerar dos tópicos conexos: la hospitalización como tratamiento de la distrofia y la hospitalización como factor distrofiante. Nos vamos a limitar a transcribir palabras nuestras: "... hay que evitar la práctica simplista de internar sin mayor análisis a los niños afectados de distrofia. Debemos insistir categóricamente: la distrofia pura no es causa de internación. Es indispensable adquirir la idea de que el Hospital puede ser causa de distrofia o agravar la preexistente. Nos conectamos aquí con el antiguo y siempre vigente concepto de Hospitalismo, acerca del cual, en este momento, es suficiente recordar la intervención en su mecanismo de los contagios intra-hospitalarios y los factores psíquicos, designados estos últimos a veces,

con las expresivas denominaciones de inanición psíquica o carencia afectiva. Podemos repetir aquí con Escardó: "Es evidente que el *hospitalismo* ha entrado ya en la conciencia pediátrica, en la lista de sus grandes noxas" (loc. cit. 16).

Estos aspectos nos vinculan al importante problema de la preservación de la salud mental de la primera infancia. Los autores Dubois y Leschanowsky (17) crearon el feliz término de institucionalismo para designar genéricamente a la indeseable permanencia del niño en internaciones inadecuadas. Bowlby (18) en un impresionante estudio nos revela las gravísimas consecuencias mentales de las privaciones de cuidados maternos o equivalentes, en niños de primera infancia. Como afirma Escardó en las conclusiones de un reciente relato (19) las formas notorias del institucionalismo, a saber el asilismo y el hospitalismo, reclaman urgente remedio.

Todas las facetas que hemos venido delineando se vinculan al ejercicio de la pediatría práctica y deben ser destacadas en el aprendizaje. Por ello cobra jerarquía lo que se refiere a la asistencia en consultorios externos, pero con un sentido especial vinculado a todo lo dicho. Ya lo hemos expresado en otra oportunidad: "... debemos hacernos a la idea del "consultorio filtro", del ejercicio activo de la "profilaxis de la internación". Aquí tiene cabal sitio una vez más, el valor del buen criterio clínico del médico y de su autoridad para conseguir resultados aceptables con las madres del pueblo, acomodándose a las posibilidades concretas y jerarquizando así las tareas del consultorio externo". "... se

trata de la labor personal continua y paciente que el médico debe efectuar en su trato diario con las madres. En este particular la suma de una serie de ligeros matices sobreviene en un ponderable beneficio colectivo. Tengamos presente el ascendiente del médico; su simpatía personal; el grado de dedicación a su tarea específica en el Centro Materno Infantil; su cálida cordialidad; su ductilidad para atenuar las diferencias de cultura, raza, hábitos o religión; su léxico adoptado a las circunstancias; en fin sus humanas condescendencias que lo deben colocar al lado o en el lugar pero nunca contra el paciente. "Persuasión y no coerción" no cesaban de repetirnos sentenciosamente nuestros colegas chinos, en ocasión de nuestra visita, exhibiendo con legítimo orgullo los resultados de la campaña sanitaria, verdaderamente gigantesca realizada en la República Popular China. F. Menchaca, nuestro destacado sanitarista y compatriota ha escrito a este respecto este lacónico y hermoso concepto: "Tener sincera fe en la educación de las gentes" (16). Todo esto forma parte del importante matiz de educación popular que debe poseer inexcusablemente esta tarea que venimos particularizando. Colocamos aquí, tomados de unas notas del Dr. L. Viaggio estos generosos conceptos: "La comprensión y el trato humano de los enfermos es hoy una exigencia científica. El trato desconsiderado es una transgresión tanto o más grave que la falta de asepsia, y como tal debe ser corregida".

Un último aspecto que debemos destacar lo constituye el aprendizaje domicilia-

rio. A. Baeza Goñi, chileno, nos ha relatado lo que él llama "Enseñanza de la pediatría en el terreno" (20) experiencia educativa con visitas domiciliarias de los estudiantes, acompañados de sus profesores, con la interesante colaboración de instituciones vecinales. En el Congreso Mundial de Londres sobre Educación Médica, en 1953, fueron presentadas comunicaciones similares como la de Camacho Gamba, delegado de Colombia, o los informes de la Universidad de Harvard donde se refieren las conclusiones de visitas efectuadas a barrios obreros de Boston y de ensayos semejantes llevados a cabo en la Universidad de Virginia y lugares de Inglaterra. J. Martinho Da Rocha (6) nos informa acerca de este tipo de enseñanza realizado en Brasil por el profesor R. Woiski de la Facultad de Medicina de Riberáo Preto de San Pablo, y por el Dr. Milton Seen, de la Universidad de Yale quien hace una entusiasta apología de esta práctica. Recientemente H. Notti (21) nos comunica sobre lo realizado desde este punto de vista en la cátedra de Mendoza, sosteniendo que el aprendizaje sobre el terreno es un complemento indispensable en la enseñanza de la medicina. Nosotros compartimos su opinión y muy especialmente en lo que concierne al tipo de enseñanza que hoy nos ocupa en este aporte. Ya en ocasión de las II Jornadas Argentinas de Pediatría sosteníamos que "en el aula y en la sala de hospital el estudiante no va adentrarse en la médula social de los problemas del niño: debe ir a la escuela, al barrio, al hogar. En pocas palabras, tomar contacto con la realidad viva efectuando investiga-

trata de la labor personal continua y paciente que el médico debe efectuar en su trato diario con las madres. En este particular la suma de una serie de ligeros matices sobreviene en un ponderable beneficio colectivo. Tengamos presente el ascendiente del médico; su simpatía personal; el grado de dedicación a su tarea específica en el Centro Materno Infantil; su cálida cordialidad; su ductilidad para atenuar las diferencias de cultura, raza, hábitos o religión; su léxico adoptado a las circunstancias; en fin sus humanas condescendencias que lo deben colocar al lado o en el lugar pero nunca contra el paciente. "Persuasión y no coerción" no cesaban de repetirnos sentenciosamente nuestros colegas chinos, en ocasión de nuestra visita, exhibiendo con legítimo orgullo los resultados de la campaña sanitaria, verdaderamente gigantesca realizada en la República Popular China. F. Menchaca, nuestro destacado sanitarista y compatriota ha escrito a este respecto este lacónico y hermoso concepto: "Tener sincera fe en la educación de las gentes" (16). Todo esto forma parte del importante matiz de educación popular que debe poseer inexcusablemente esta tarea que venimos particularizando. Colocamos aquí, tomados de unas notas del Dr. L. Viaggio estos generosos conceptos: "La comprensión y el trato humano de los enfermos es hoy una exigencia científica. El trato desconsiderado es una transgresión tanto o más grave que la falta de asepsia, y como tal debe ser corregida".

Un último aspecto que debemos destacar lo constituye el aprendizaje domicilia-

rio. A. Baeza Goñi, chileno, nos ha relatado lo que él llama "Enseñanza de la pediatría en el terreno" (20) experiencia educativa con visitas domiciliarias de los estudiantes, acompañados de sus profesores, con la interesante colaboración de instituciones vecinales. En el Congreso Mundial de Londres sobre Educación Médica, en 1953, fueron presentadas comunicaciones similares como la de Camacho Gamba, delegado de Colombia, o los informes de la Universidad de Harvard donde se refieren las conclusiones de visitas efectuadas a barrios obreros de Boston y de ensayos semejantes llevados a cabo en la Universidad de Virginia y lugares de Inglaterra. J. Martinho Da Rocha (6) nos informa acerca de este tipo de enseñanza realizado en Brasil por el profesor R. Woiski de la Facultad de Medicina de Riberáo Preto de San Pablo, y por el Dr. Milton Seen, de la Universidad de Yale quien hace una entusiasta apología de esta práctica. Recientemente H. Notti (21) nos comunica sobre lo realizado desde este punto de vista en la cátedra de Mendoza, sosteniendo que el aprendizaje sobre el terreno es un complemento indispensable en la enseñanza de la medicina. Nosotros compartimos su opinión y muy especialmente en lo que concierne al tipo de enseñanza que hoy nos ocupa en este aporte. Ya en ocasión de las II Jornadas Argentinas de Pediatría sosteníamos que "en el aula y en la sala de hospital el estudiante no va adentrarse en la médula social de los problemas del niño: debe ir a la escuela, al barrio, al hogar. En pocas palabras, tomar contacto con la realidad viva efectuando investiga-

ciones personales sobre las condiciones bio-sociales de las familias de donde proceden los niños (12). En nuestro ejercicio docente efectuamos en forma episódica y de acuerdo a las circunstancias, algunas visitas domiciliarias acompañados de los estudiantes. Tal práctica no sólo nos ha resultado beneficiosa desde el punto de vista didáctico, sino que más de una vez, y confirmando lo que decíamos más arriba, nos ha deparado satisfacciones frente a alguna distrofia extrema, verdadero "caso perdido" del hospital. Otra interesante experiencia personal hemos vivido en oportunidad de visitar centros médicos de la Unión Soviética donde nos hemos informado de la ejecución por parte de estu-

diantes de pediatría del último año, acompañados por sus profesores, de jiras a lugares apartados donde permanecen una temporada más o menos prolongada y realizan distintos tipos de actividades entre ellas preferentemente visitas domiciliarias. Recordemos que lo fundamental es demostrar al futuro médico la naturaleza de su puesto en la lucha contra la mortalidad infantil. Mientras llegan las soluciones de fondo, el práctico debe tener una ubicación clara frente a los problemas fundamentales de la salud infantil, de los cuales, para nuestros pueblos de América latina, el de la desnutrición tiene una importancia fundamental.

BIBLIOGRAFIA

1. MARÍA LUISA SALDÚN DE RODRÍGUEZ: *Relato*. Actas del III Congreso Panamericano de Pediatría. Montevideo, 1951, pág. 581.
2. ESCARDÓ, F.: *Ejercicio de la Pediatría en América*. Anales Arg. de Med. 2 N° 3: 5, 1957.
3. *Pediatrics Education in Latin América*. Suplemento Pediatrics. 22: 193, 1958.
4. JOAO DEL MELLO TEIXEIRA: *Relato*. Actas del III Congreso Panamericano de Pediatría, pág. 555.
5. The American Academy of Pediatrics. *Comitte for the improvement of Child Health*. Pediatrics, V. 6, N° 3. Setiembre 1950.
6. J. MARTINHO DA ROCHA: *Organización de la Enseñanza*. Sesiones de Pediatría conmemorativas del Sesquicentenario de Mayo. El Día Médico, 33: 862, 1961.
7. ROSSELLI, J.: *Acerca de la Enseñanza de la Pediatría*. Anales Argentinos de Medicina. 4 N° 2: 13, 1959.
8. Grupo de estudio sobre la Enseñanza de la Pediatría. Informe O.M.S. Serv. Inform. tecn. 1957, N° 119.
9. F. ROTT, en PFAUNDLER y SCHLOSSMANN: *Trat. Enciclopédico Enf. Infancia*. Ed. Seix. Barcelona, 1934, pág. 197.
10. MARTAGAO GESTEIRA: *Carta ao Professor Mello Teixeira sobre o Ensino de Pediatría*. Separata do Boletim do Instituto de Puericultura N° 19 y 20. Rio de Janeiro, 1952.
11. VÁSQUEZ, JOSÉ R.: *Prevención de las Diarreas*. Mesa Redonda sobre diarreas de verano. Fac. de Medicina. Dic. 1960. Anales Arg. de Medicina, 6 N° 2: 15, 1961.
12. ROSSELLI, J. en colaboración. *Co-relato II Jorn. Argentinas de Pediatría*. Mendoza, 1951. Actas, pág. 327.

13. AVERVACH, J. y MARÍA ELENA DELLE DONNE (dietista): *El problema de las Distrofias*. Anales Arg. de Medicina. 6, Nº 2: 25, 1961.
14. MARÍA LUISA SALDÚN DE RODRÍGUEZ y PORTILLO, J. M.: II Jornadas Arg. de Pediatría. Mendoza, 1951. Actas, pág. 366.
15. ESCARDÓ, F.: *Sobre el aprendizaje de la Pediatría*. Separata de Imprensa Médica XXI. Lisboa, enero de 1957.
16. ROSSELLI, J.: *El pediatra del Centro Materno-Infantil*. Anales Arg. de Pediatría. 5 Nº 1-4: 43, 1960.
17. DUBOIS y LESCHANOWSKY: *Observation d'hospitalisme*. L'Enfant I. 93. 1958. Acta Paediatrica, Bélgica. Vol. III. Fasc. 4, 1957.
18. BOWLBY, J.: *Los cuidados maternos y la salud mental*. O.S.P., publicaciones científicas Nº 14. Diciembre 1954.
19. ESCARDÓ, F. y EVA GIBERTI (Asistente Social): *La salud mental en la Primera Infancia*. Relato IV Congreso Latino-Americano de Salud Mental. Santiago de Chile. Diciembre 1950. Rev. A. M. Arg. 75: 66, 1961.
20. BAEZA GOÑI, A.: *Enseñanza de la Pediatría en el terreno*. Rev. Chilena de Pediatría. 27: 262, 1956.
21. NOTTI, H.: *El aprendizaje en los domicilios*. Sesiones de Pediatría conmemorativa del Sesquicentenario de Mayo. El Día Médico. 33: 866, 1961.

Interrogando sobre el incremento de la sífilis

contesta el

DR. ALCIDES L. CONTI

Profesor titular de dermatología en Facultad de Medicina de La Plata

PREGUNTA: *¿Ha aumentado la incidencia de la sífilis venérea temprana en el mundo?*

RESPUESTA: La incidencia de la sífilis venérea tiende a incrementarse en diversas partes del mundo, como lo demuestra su aumento en el 70 % de los 105 países que participaron en el estudio organizado por la O. M. S., de acuerdo al informe que presentara Guthe al XII Congreso Internacional de Dermatología en 1962. Esta tendencia a la ascensión sostenida, evidenciada a partir de 1958-1959, no dejó en cierto modo de ser sorpresiva, si se considera el descenso experimentado después de la segunda guerra mundial, gracias a la introducción por parte de Mahoney, de la penicilina para la terapia de la sífilis, que condujo los guarismos de incidencia a cifras muy bajas, no conocidas en épocas anteriores, al punto que, un tanto enfáticamente, se consideró que a corto plazo se trataría de una noxa histórica. Países siempre interesados en el problema, suprimieron las publicaciones de revistas especializadas por considerar que el escaso número de pacientes no las justificaban. Hubo un

optimismo prematuro, ya que la realidad actual, si tomamos como referencia las cifras mínimas de la post-guerra, nos demuestra como Dinamarca ha sextuplicado el número de enfermos, EE. UU. triplicado, Suecia, Canadá, Australia, duplicado, para no citar sino algunos ejemplos, estimándose que en la actualidad existen aproximadamente 20.000.000 de pacientes en el orbe.

PREGUNTA: *¿Ha aumentado el número de enfermos en la República Argentina?*

RESPUESTA: En la Argentina, si fuéramos a juzgar por los datos que hemos obtenido y que condensan el número total de enfermos de sífilis temprana denunciados en el país, se llegaría a la conclusión de que nosotros no participamos muy claramente de este incremento universal, ya que la curva de los diez últimos años (1951-1961) muestra solamente un pico, aislado y elevado, para 1960.

Sin embargo, la opinión de distintos sífilógrafos de nuestro país vertidos en la Reunión Nacional de Lucha Antivenérea,

organizada por la Sociedad Argentina de Dermatología, certifican el aumento que se ha experimentado, al menos en algunos sectores de nuestro territorio.

Mi experiencia, con la muestra de enfermos asistidos en el Instituto General San Martín (La Plata), es concluyente y concordante con la experiencia universal y nacional, habiendo examinado en 1963, veinte veces más casos de lúes reciente que en 1954. Si bien es cierto que por razones particulares, la curva de morbilidad que hemos obtenido muestra un aumento muy abultado que escapa a las leyes de las oscilaciones sifilográficas, creo que refleja, magnificado, el panorama de las otras urbes nacionales (Véase gráfico).

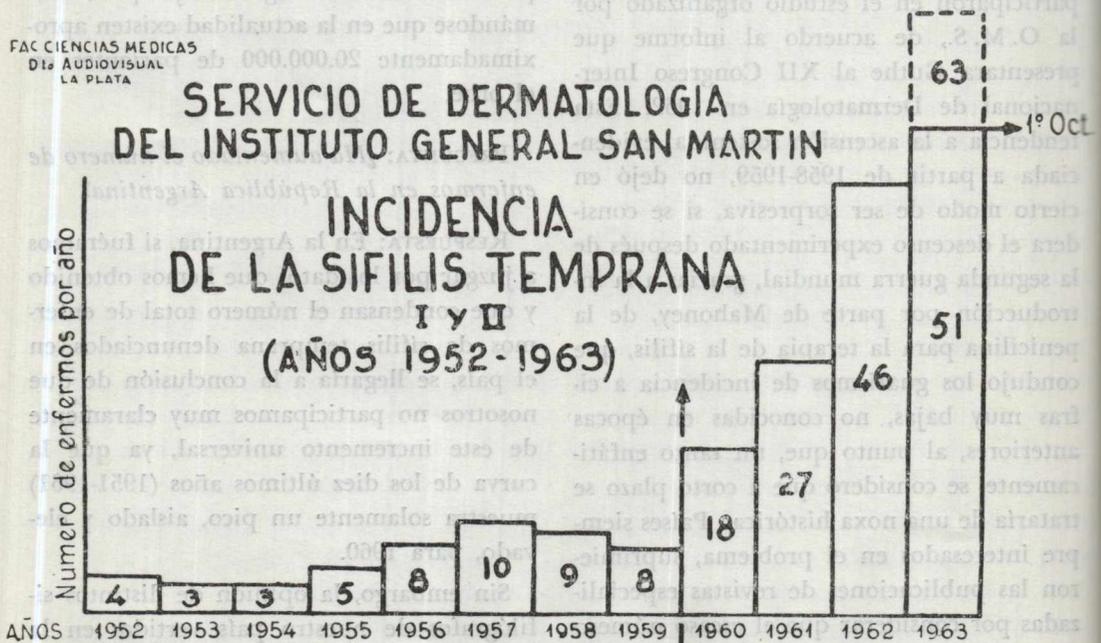
Nuestras estadísticas seguramente deno-

tan cifras por debajo de las auténticas, como parecería lógico suponerlo si consideramos que el 10% de los pacientes reportados en la provincia de Buenos Aires en 1963, provienen de un solo servicio de Dermatología de la ciudad de La Plata. Pero aun así, si se toman como referencia los del año 1960 (4.606 casos de lúes temprana para todo el país), según los informes que he obtenido de la Dirección de Estadística y Economía Sanitaria del Ministerio de Salud Pública de la Nación, he calculado nos corresponde una tasa de 33 enfermos por cada 100.000 habitantes de más de 15 años, la que es tres veces más alta que el promedio para Europa y Estados Unidos, muchísimo más que la de la U. R. S. S. (1,4 enfermos por cada 100.000 habitantes), pero considerablemente me-

FAC CIENCIAS MEDICAS
DIA AUDIOVISUAL
LA PLATA

SERVICIO DE DERMATOLOGIA DEL INSTITUTO GENERAL SAN MARTIN

INCIDENCIA DE LA SIFILIS TEMPRANA I y II (AÑOS 1952-1963)



nor que las que les corresponden a Medio Oriente y Africa.

PREGUNTA: *¿Qué razones pueden invocarse para explicar la actual recrudescencia?*

RESPUESTA: La incrementación actual admite factores múltiples. Se lo ha basado en que, con la falsa seguridad de enfermedad casi extinguida, se descuidaron los pilares básicos de la lucha antivenérea: educación popular, educación médica y empleo de las técnicas epidemiológicas.

En Estados Unidos, Schamberg ha especulado que durante el lapso de hegemonía de la penicilino-terapia, en la etapa de antibiótico exclusivo, su uso abundante para las más diversas afecciones, significó tratamiento indirecto de la sífilis en incubación o temprana desconocida. La introducción de nuevos agentes, así como la aparición de resistencia bacteriana y sensibilidad creciente en los enfermos, produjo la retracción en su uso y quedó suprimida gran parte de esta colaboración fortuita que habría sido decisiva.

Sin embargo, como lo señala Touraine, la lectura de los gráficos de Hausteín muestra que las enfermedades venéreas al mismo tiempo y en países alejados revelan alternancia de bajas y elevaciones, no explicables siempre por las guerras y los progresos terapéuticos. Este ritmo oscilante, con períodos de 5 a 15 años, cuyos valores varían de simple a cuádruple, indican que su causa debe localizarse en otros factores, probablemente una mayor libertad sexual, señalando la importancia de los factores sociales e indicando que su solución no nos corresponde a los médicos en su totalidad.

Algunas regiones del orbe pueden actuar a manera de reservorios: Africa, Medio Oriente, donde la frecuencia de la sífilis ha llegado en algunos de sus países a cifras astronómicas, 3.687 enfermos por cada 100.000 habitantes de más de 15 años (Sudán, 1950). Vinculado a esto, habría que referir la magnitud que en determinadas naciones puede tener la noxa importada o foránea, a través de los hombres de mar (50 % de los casos en Dinamarca, 1960).

Debe evaluarse también la mayor libertad sexual en los jóvenes de 15 a 19 años, "teenage group" de los estadounidenses, que parece observarse en diversas partes del mundo, quedando involucrado así en porcentaje mayor de contaminables en un grupo cronológicamente de más inexperiencia en la prevención.

En el extranjero se considera importante el varón homosexual, en la difusión e incidencia, ya que del 30 al 50 % del total de las sífilis tempranas (Estados Unidos) se observan en personas de este grupo, lo que se explicaría por la "falta de fidelidad", por su inconstancia de las relaciones con el mismo individuo, como lo revelan los estudios de Goodman en las encuestas de investigación de contacto. Parecería, de acuerdo a los enfermos que hemos observado (3 % de los casos) que la experiencia foránea no concuerda con la de nuestro medio y del mismo modo se expresan Quiroga y Agneta, de Buenos Aires, quienes encuentran que sólo el 5 % de sus pacientes son homosexuales.

PREGUNTA: *¿Ha disminuido la eficacia de la penicilina en el tratamiento de la sífilis?*

RESPUESTA: No está demás señalar que la penicilina, que con "la rapidez de una guiñada", como dijo Joseph E. Moore, condujo la endemia a los niveles más bajos conocidos y dividió por diez las cifras de incidencia, mantiene su eficacia, ya que si bien es cierto que puede considerarse que el treponema ha desarrollado una cierta resistencia relativa, la misma carece de importancia práctica y estamos por lo tanto técnicamente capacitados para contrarrestar eficazmente la amenaza de la sífilis. Se cumplió así la predicción de John Mahoney, en el informe de octubre de 1943, en el Annual Meeting of the American Public Health Association, cuando al comunicar el revolucionario resultado de su estudio, con 4 enfermos masculinos de Staten Island, terminó con estas palabras: "Si una más extensa y prolongada experiencia confirma la impresión que se puede extraer del estudio piloto, una reconstrucción de la estructura de la terapéutica sifilítica, puede volverse necesaria".

PREGUNTA: *¿Las observaciones por usted realizadas, qué característica de índole médica o social presentan?*

RESPUESTA: Las observaciones que he realizado en el Servicio de Dermatología del Instituto General San Martín, conjuntamente con mis colaboradores, muestran algunas peculiaridades.

De acuerdo con las mismas, el 46,50 % de los hombres son contaminados por prostitutas y el 38 % por la amiga promiscua, cuya importancia epidemiológica estaría pues, próxima a la primera. Se considera amiga promiscua, según el Committe on

Sex Delinquency in Young Girls, New York-1942, a la persona que no recibe retribución por el acto y cuando su actividad no se concreta a 1 ó 2 personas.

Con respecto a la distribución por edades, hemos observado que el 16,50 % pertenecen al grupo de 15 a 19 años, porcentaje no muy distante del de Estados Unidos o Europa.

La frecuencia con respecto a las afecciones dermatológicas, ha sido del 4 % en el medio hospitalario y del 1 % en nuestro consultorio particular.

La investigación de contactos, que consiste en examinar las personas con quienes el paciente tuvo relaciones sexuales en los 3, 6 ó 12 últimos meses, según se trate de una sífilis primaria, secundaria o latente temprana, nos resultó muy poco fructífera por la falta de informes que permitan localizar la fuente u otras personas posiblemente contaminadas por el enfermo (amiga promiscua, prostituta). En Estados Unidos este método permite localizar un caso infeccioso por cada enfermo y en Rusia faculta establecer el 80 % de las fuentes de infección. En el extranjero hemos visto como la encuesta (que bien realizada insu-me alrededor de una hora) y la localización de los casos, es realizada por personal especializado, no médico, llamado "Investigador de E. V."

Más provechosa nos ha resultado *la investigación de grupos* (clustering test), que consiste en examinar a todos aquellos individuos vinculados al paciente y que comparten los mismos sitios de actividad sexual.

Nos es difícil *la retención del caso*, lo que significa deserción para el examen pe-

riódico del enfermo tratado, con objeto de verificar el curso de la afección. El 50 % no se hace presente ni siquiera una vez, no obstante las reiteradas solicitudes postales (hasta 3 cartas) para que concurra.

En otros países —Rusia—, la retención útil es del 93 %. En razón de esta modalidad, muestra de desaprensión, hemos aconsejado reforzar el tratamiento único de penicilina, efectuándose en el Servicio, tres inyecciones de 2.400.000 unidades cada una, con intervalos de siete días, con la idea de aumentar el por ciento de curaciones, dada la imposibilidad de retratamientos en los casos necesarios, por la deserción señalada.

PREGUNTA: *¿Qué debería realizarse en nuestro país, para eliminar el problema de la sífilis?*

RESPUESTA: La Ley Nacional N° 12.331, de Profilaxia Antivenérea y de Examen Prenupcial Obligatorio, mantiene su vigencia y debe cumplirse en sus diversos capítulos; de acuerdo a la misma, se cuenta con un organismo natural rector encargado de dirigir la lucha antivenérea en todo el país. La Sociedad Argentina de Dermatología, en su Proyecto de Conclusiones del año 1962, ha actualizado y puntualizado los aspectos básicos de la campaña antivenérea.

Los maestros: Domingo Cabred

(1859 - 1929)

DR. MOISÉS MALAMUD

Domingo Cabred que, adolescente apenas, abandonara en 1874 su pueblo natal de Paso de los Libres (Corrientes) para buscar un rumbo a sus ansias e inquietudes, era médico a los 21 años y ya figura consagrada en la gran aldea de comienzos de siglo. Como psiquiatra eminente, como director por concurso —no había querido aceptar la designación directa— del Hospicio de las Mercedes, como profesor titular de la materia en la Facultad de Medicina y como presidente de la Comisión Asesora de asilos y hospitales regionales.

Yo no conocí a Cabred médico, al psiquiatra de Buenos Aires, al perito obligado al que acudían los jueces para los casos más difíciles. No conocí al maestro que transformó la enseñanza de la clínica psiquiátrica y la hizo ciencia con el determinismo del laboratorio y de la anatomía patológica. No lo conocí tampoco en la época en que a los halagos del confort prefirió ser en la casona del hospicio, en convivencia permanente, el "papá Cabred" de sus asilados y asistirlos con la literatura traviesa del "Eco de las Mercedes" y con el

sincopado estridente de la banda de música en que los hacía actuar.

Cuando entré en contacto con él, allá por el año 20, ya la ley y la pasión de los hombres habían puesto punto final a su actividad docente y hospitalaria. Pero ni esa ley ni la severidad del trauma que entonces sufriera habrían de imponerle el retiro. Se rehizo rápidamente; ignoró a su medio cuerpo paralizado y asombró al país —como con pocas palabras lo expresara Nerio Rojas—, "con el espectáculo de su actividad creadora". Sin pausa y sin descanso. Como temiendo que una vida no alcanzara para la realización de una empresa que fue su razón de vivir, se dio a ella con todo el empuje de su temperamento.

Su concepción de visionario cobró forma con las realizaciones que conoció en Europa. La ley 4953, llamada de *Asilos y Hospitales Regionales*, que a sus instancias proyectó el Dr. Manuel Augusto Montes de Oca, entonces ministro de Relaciones Exteriores y que fue sancionada el 28 de julio de 1906, condensa en tres breves artícu-

los la manera de procurar los fondos —el 5 % producto de la lotería—, y de destinarlos al plan que durante casi cinco lustros estuvo a su cargo.

Necesitó técnicos. Los contrató en Alemania, en Italia, en Suiza y en Francia. Y les infundió en la empresa su savia de apasionado. El mismo recorrió cien veces el país para conocer sobre el terreno las necesidades más premiosas y fijar las prioridades. Estudió estadísticas, realizó encuestas, buscó terrenos, gestionó donaciones; y teniendo en cuenta características de clima, de suelo, de agua, de medios de comunicación, determinaba la ubicación, la orientación y el tipo de las unidades a levantar. Estaba en el aspecto de cada detalle, en la vigilancia estricta de los presupuestos y de los gastos, en la selección de los materiales, con una preocupación casi enfermiza por economizar y exhibir con orgullo, al término de cada obra, la economía realizada.

Mientras vigilaba con ojo avizor, con tal preocupación, la inversión de los dineros públicos, no la tenía en lo más mínimo con el propio, siempre dispuesto a utilizarlo para sustituir al que el Estado no proveía. Fue en este aspecto el dilapidador de su propia fortuna. Ningún trámite dejó de cumplirse por falta de dinero. Ninguno del numeroso grupo de servidores de la Comisión Asesora dejó de conocer en momentos de angustia la presencia espontánea y efectiva de su jefe. Así como costeara de su peculio el instrumental para el laboratorio del Hospicio, atendía con su propio sueldo de profesor la remuneración del técnico contratado —el profesor Cristofre-

do Jakob—, para organizar el laboratorio de anatomía patológica; a su exclusivo costo corrían sus viajes y los de sus asistentes que el desarrollo de sus planes imponía.

A Cabred se debe entre nosotros el sistema de puertas abiertas para el tratamiento de alienados, verdadero edén que ni en la trama de sus delirios sistematizados estos habrían de sospechar jamás. Cabred libró al loco del chaleco y de la mazmorra en que se consumía durante siglos y lo reintegró a la vida con el trabajo digno de la tierra. Con la estampa de labrador y de artesano le dio títulos para disputar a los cuerdos el premio por cosechar el mejor grano, por cultivar la flor más hermosa. “Gracias a Cabred —escribía Clemenceau comentando su visita a la Colonia Psiquiátrica instalada en las proximidades de Luján, donde aquél implantó el sistema Open-Door—, la Argentina ha señalado el camino a los pueblos de civilización envejecida”. En una casa de locos —decía— he encontrado la obra más perfecta de la razón humana y seguro de que más de un loco curado se rehusaría a abandonarla, sugería a Cabred que organizara en el manicomio un anexo para cuerdos.

Gracias a su febril actividad contó el país con el primer sanatorio para tuberculosos en Santa María (Córdoba) y para mujeres tuberculosas en La Rioja. Y continuó como en un vértigo ininterrumpido con el primer dispensario tipo Calmette en la Capital Federal con un asilo nocturno para desocupados, levantado cerca del puerto de Buenos Aires (edificio que hoy ocupan oficinas del Ministerio de Agricultura), con la colonia para frenasténicos en

Torres (partido de Luján; provincia de Buenos Aires) —que es todavía la institución única en su género en el país—; con la colonia para alienados en Oliva (Córdoba), con la colonia reformatorio para menores abandonados en Olivera, con el hospital para palúdicos en Güemes (Salta), con la colonia para leprosos en la isla del Cerrito, con los hospitales regionales para enfermos comunes en el Chaco, en Bell Ville, en Río Negro, en La Pampa, en Misiones.

Cuando su actividad creadora excedía las posibilidades económicas de la Comisión Asesora, encontraba otros medios para concretarse. A su iniciativa como académico de número y por obra de la comisión del instituto del cáncer que siempre presidió, la Academia de Medicina contruyó y habilitó el Instituto de Medicina Experimental, hoy llamado de Oncología.

Cabred concibió, planeó, fundó, construyó, habilitó, organizó y dirigió cada uno de los nuevos establecimientos que fue volcando como sembrador prodigioso por todos los rincones de la República. Con un brochazo maestro puso una nota de optimismo en el desamparo y en la angustia resignada de nuestros paisanos de todas las latitudes.

No podría decir que Cabred hubiese sido un hombre modesto. De una inteligencia viva, ágil y profunda; de una amplia cultura, de una extraordinaria capacidad de trabajo, tenía exacta valoración de sus propias condiciones. Obraba con esa seguridad. Al quemar en 1913, en un acto simbólico, en el manicomio de Lima, con motivo del congreso latinoamericano de

medicina, la "cuja" que todavía se utilizaba para encerrar y reducir a los locos, cualquiera hubiera provocado un incidente internacional. Cabred provocó en cambio la ovación del congreso. Fue su figura central. Colocó al país en el lugar que entonces tenía en el concepto de sus hermanos de América.

De Roca a Alvear todos los presidentes argentinos que apreciaron su obra lo distinguieron y le brindaron su apoyo. Cabred aceptó un ministerio. Pudo ser senador, pero no lo quiso. No quería estar en un escenario. Para sus propósitos, necesitaba estar en los hechos. Su autoridad moral entre sus contemporáneos era indiscutida. Se sentaba en el palco bandeja de la Cámara y volcaba su votación.

Iniciada como simple corolario de su actividad en la dirección del Hospicio, la asistencia médico social en todos sus aspectos, terminó por ser la razón de su vida. A ella se dedicó por entero. La Comisión Asesora de asilos y hospitales regionales que comenzó, de acuerdo con lo que estableció el decreto de su creación de 31 de julio de 1906, por orientar al gobierno nacional en la ejecución de un vasto plan sanitario, sobre la marcha fue ampliando su cometido construyendo y organizando los establecimientos que en un principio se limitó a proyectar. Ningún problema de asistencia médicosocial le fue ajeno. Metódicamente, en pasos previstos que elaboró minuciosamente, se iban desarrollando las etapas de su vasto plan que en sólo tres décadas brindaron al país más de 7.000 camas. En el discurso que invariablemente preparaba para la ocasión de fundar e in-

bilitar un establecimiento, hacía una puesta al día del problema que afectaba a la región en que se ubicaba. Las estadísticas abonaban las razones de la obra. Las inversiones que se proyectaban y los costos se analizaban en forma minuciosa. En la memoria que anualmente publicaba la Comisión Asesora se ampliaba la información y se detallaba la forma en que se llevaba a cabo, el costo por cama, la comparación con el de hospitales extranjeros que se construían por la misma época y las economías que se obtenían.

La Comisión Asesora estaba integrada por tres miembros. Cabred fue su presidente desde el día de su creación en 1906 en forma ininterrumpida hasta el año de su muerte en 1929. Nunca quiso aceptar que se le fijara un sueldo. Prácticamente la Comisión fue siempre Cabred. Había dos vocales. Se turnaban en forma renovada. No era fácil seguirlo. Para cada uno de ellos era una actividad más. Para Cabred era la vida misma.

Jamás obstáculo alguno lo hizo flaquear.

Encontraba en cada impedimento el estímulo renovado para perseverar. Pero cuando su compañera, que era su colaboradora más inmediata, vencida por la enfermedad le hubo de abandonar a sus propias fuerzas, quedó sin sostén, ese sostén de afectos y de ternura que hizo posible la gloria de Magnan o de Pasteur. Recordando a Hugo "por primera vez el águila bajó su cabeza". Ya no se recuperó. Y no tardó en seguirla, dejando una obra orgánica, que se adelantó a su época, que no ha sido superada, que todavía espera al realizador de su temple visionario que la ha de continuar.

Pablo Pizzurno, uno de los grandes formadores de la niñez argentina le adelantó el juicio de la posteridad cuando en el año 1923 le escribía: "Su nombre es uno de los muy pocos que he tenido el gusto de estampar en mis libros de lectura para que todas las generaciones de niños que los lean aprendan desde el banco a recordarlo como a uno de los benefactores del país".

Como así fue.

Conclusiones del seminario sobre enseñanza de la pediatría social

Centro Internacional de la Infancia, junio de 1963

(Chateau de Longchamp; Bois de Boulogne, París, Francia)

PROF. DR. BOVAHLQUIST (Upsala)

1. La pediatría social comprende el conjunto de esfuerzos colectivos destinados a favorecer el crecimiento y desarrollo normales del niño. Ella no constituye una disciplina distinta, más bien constituye un estado de espíritu que debe ser tenido siempre presente por todos aquellos cuya profesión implica una preocupación por los niños.

2. Las conclusiones de este Seminario se refieren esencialmente a la enseñanza de la pediatría social dentro del ámbito de los estudios médicos. La pediatría social no solo es importante para los médicos, sino también para todas las otras categorías de personal, médico o no médico, que trabajan con niños.

3. La pediatría social es a la pediatría lo que la medicina social y preventiva es a la medicina en general. La pediatría social debe, pues, preocuparse de la epidemiología de las enfermedades, de la influencia de los factores sociales sobre su aparición y su curso, de la repercusión de

la enfermedad sobre la sociedad y de la utilización de los factores sociales para fomentar la salud y para prevenir y tratar las enfermedades.

4. La enseñanza de la pediatría social debe estar íntimamente ligada a la de la pediatría. Debe ser también parte integrante de la enseñanza de la psiquiatría infantil, de la obstetricia, de la medicina social y de otras disciplinas conexas. Esta enseñanza debe subrayar las modificaciones permanentes aportadas por el tiempo a la naturaleza de los problemas sociales. No debe traducirse en el agregado de horas suplementarias, sino más bien, en una mejor distribución del tiempo disponible, ya reservado a estas materias.

5. En efecto, el tema es muy vasto. A modo de ejemplo, se enumeran los puntos siguientes en que la enseñanza de la pediatría social está ligada a la de la pediatría propiamente dicha:

- a) Crecimiento y desarrollo del niño:
 - 1) Desarrollo fetal;

* Traducción del Dr. Alberto Duarte, de "Courier" (Revista del Centro Internacional de la Infancia), Vol. XIII, N° 9, 1963.

2) Desarrollo psíquico e intelectual desde el nacimiento hasta la edad adulta.

b) Factores genéticos que influyen en la salud del niño.

c) Medidas médicas destinadas a proteger al niño contra la enfermedad y a mantenerlo sano:

1) Consejos sobre nutrición;

2) Inmunizaciones;

3) Prevención de accidentes;

4) Prevención de enfermedades iatrogénicas;

5) Promoción de la salud por medidas de orden general (supervigilancia regular de la salud para asegurar un ritmo de vida equilibrada con períodos adecuados de sueño, reposo, aire libre, sol, ejercicio y estímulo intelectual);

6) Supervigilancia de los casos especiales que requieren controles más frecuentes.

d) Medidas sociales tendientes a proteger al niño contra la enfermedad y a mantenerlo sano.

1) Ayuda a la familia:

– Capacitar a los padres para criar a sus hijos y conocer sus necesidades fundamentales;

– Asegurar la comprensión de las necesidades afectivas del niño;

– Asegurar la satisfacción de las necesidades mínimas en lo relativo a vivienda, alimentación y a higiene general;

– Influenciar la legislación en favor de la familia.

2) Ayuda al niño:

– Ayuda a los hijos de madres que trabajan;

– Ayuda a los hijos de familias;

– Ayuda a los niños lisiados.

e) Enseñanza escolar y formación profesional:

Exploración de métodos nuevos y más eficaces para poner a la vez los recursos de la pediatría y los de otros servicios profesionales al alcance de los niños y de sus familias. La falta de personal impone una planificación ingeniosa que permita utilizar al máximo a los diversos especialistas disponibles.

6) La experiencia ha demostrado que la pediatría es bien aceptada por los estudiantes sólo cuando su enseñanza es cuidadosamente planeada e inteligentemente ejecutada. En la medida de lo posible, esta enseñanza debe basarse en situaciones reales, con casos clínicos concretos, con niños efectivamente atendidos en creches, colocación familiar, etc., para estimular el interés de los estudiantes, uno de los mejores métodos consiste en organizar sesiones en el curso de las cuales, presenten ellos mismos sus casos y los discutan con especialistas. En fin, la participación en el estudio de la pediatría social y la presentación de estos estudios harán mucho para estimular el interés de los auditores.

La enseñanza debe destacar los principios fundamentales que el estudiante aprenderá a conocer por medio de la discusión de problemas prácticos. La adaptación a los cambios sociales será tanto más fácil en la medida que la enseñanza básica haya sido más sólida.

7) Para ser atraído por la pediatría social, el estudiante debe ser objeto de motivaciones más sólidas que aquellas que exigen las disciplinas clásicas tradicionales. Estas motivaciones pueden no aparecer si el estudiante no ha aprendido, en el curso de su formación pediátrica, a conocer íntimamente en el niño su crecimiento y su desarrollo. Una vez más, la participación en trabajos de investigación permite atraer el tipo de estudiante que conviene en este dominio.

8) Hasta una época reciente, la pediatría social, de igual manera que la medicina social en su conjunto, ha carecido de prestigio. Esta situación cambia rápidamente, pero queda mucho por hacer todavía. Uno de los mejores métodos para acrecer el prestigio de una disciplina dada consiste en aumentar la calidad y la cantidad de las investigaciones a las que ella da lugar. La experiencia adquirida en todas partes demuestra que la investigación en el campo de la pediatría social puede ser muy provechosa y que los métodos para acrecer el prestigio de una disciplina dada consiste en aumentar la calidad y la cantidad de las investigaciones a las que ella

da lugar. La experiencia adquirida en todas partes demuestra que la investigación en el campo de la pediatría social puede ser muy provechosa y que los métodos exactos que son utilizados en bioquímica, por ejemplo, pueden ser utilizados también en pediatría social. La colaboración con especialistas en ciencias sociales como también la aplicación de métodos de investigación que ellos utilizan, pueden facilitar la investigación de pediatría social.

9) Los fines inmediatos de la pediatría social pueden ser diferentes en circunstancias diferentes. Esto es efectivo para diversos grupos dentro de un mismo país, pero es todavía más evidente si se comparan países técnicamente desarrollados con países subdesarrollados. En los primeros, la pediatría social puede interesarse más y más en problemas de salud, en trastornos afectivos o en niños lisiados. En los segundos, la pediatría social debe tener como fin inmediato salvar la vida de un gran número de niños gravemente amenazados por la enfermedad y prevenir, en la medida de lo posible, las secuelas permanentes de estas enfermedades. Sin embargo, los principios generales de la pediatría social deben ser los mismos en todas partes.

INFORMACION TECNICA

EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA PRIMARIA

Necesidad de iniciar el ensayo

MAGDALENA L. DE IRIBARREN, NORMA P. DE LEIBOFF y MARÍA E. B. OLIVARES

Maestras

Alumnas del Instituto Superior de Educación Sanitaria

En términos generales el propósito de la educación para la salud, o educación sanitaria, es preparar al individuo y la población para vivir en estado de salud. Se comprende, pues, que como parte de la educación general —de la educación para la vida, digamos—, la educación para la salud tiene su lugar natural en la escuela primaria. Por lo menos lo tiene en su más alta proporción. Y esta tarea de inculcar y desarrollar *hábitos, actitudes y conocimientos* que capaciten al niño para vivir plena y activamente en estado de salud es competencia del maestro de grado.

Mas en los actuales momentos, fuerza es reconocerlo, una labor de esta índole por parte de *todos* los maestros en ejercicio sería difícilísimo —sino imposible— por una falta de preparación adecuada en la materia a su paso por la Escuela Normal, o sea en la etapa de formación profesional. En la actualidad hay en la provincia de Buenos Aires 4.022 escuelas primarias, con 35.902 maestros y 772.748 alumnos. Bien se comprende que no habría modo de pre-

parar metódicamente, es decir de manera racional y orgánica, a este verdadero ejército docente para responder a un serio plan integrado (inserto en todas las materias) de educación para la salud. La solución de fondo tiene que venir, irremediablemente, de la Escuela Normal mediante la preparación sistematizada de los futuros maestros en los dos últimos años de la carrera. Así se ha entendido en Chile, donde una materia especial, "Salud Pública y Educación Sanitaria", se proyecta incluir en el curriculum de la formación de maestros, preparando antes en la Escuela de Salubridad, en cursos especiales —bajo la muy competente dirección de la Dra. Victoria García—, a los profesores destinados a dictar aquella asignatura.

Consciente de esa situación, el Ministerio de Educación de la provincia de Buenos Aires creó en 1961 los cursos de *educadoras sanitarias escolares*, cuya exigencia es que quienes en ellos se inscriban sean maestros graduados —prefiriéndose a los que están en ejercicio de la docencia— y sigan estudios que duran tres años.

—No es propósito de esta nota señalar los objetivos de un programa de educación para la salud en la escuela primaria —que por otra parte ya ha sido expuesto en otra publicación por el Instituto Superior de Educación Sanitaria, del que somos alumnas del tercer año—, sino mostrar cómo es posible insertar en los actuales programas de estudio de la escuela primaria provincial temas de educación para la salud. (Ya se sabe que en los grados inferiores la enseñanza es por centros de interés; el tercer grado marca una transición entre el método de los centros de interés y la división por materias, que es propia de los grados 4º, 5º y 6º).

Hemos elegido, como ejemplo, el programa de primer grado inferior (desenvuelto en diversos centros de interés), acompañando una clase guía para dicho grado. Pertenece al trabajo de seminario realizado por las alumnas de segundo año* del ISES (curso 1963) bajo la dirección del Dr. Noel H. Sbarra, higienista que se ofreció voluntariamente para llevar adelante la tarea. Dicho trabajo fue oportunamente elevado al Ministerio de Educación de la Provincia por el director del Instituto, sugiriendo poner en marcha un plan piloto

de siete años (una generación escolar) en las escuelas de Berisso, localidad que ofrece para ello excelentes posibilidades, no sólo por constituir una comunidad homogénea desde el punto de vista socio-cultural y ofrecer organismos sanitarios (hospital, centros de salud, etc.) con los cuales establecer el debido nexo, sino, lo que es más, por poseer un cuerpo docente sumamente permeable, con buena disposición para este género de experiencias. Berisso posee 21 escuelas, con 342 docentes y 5.861 alumnos, que ofrecerían un muy buen campo de experimentación en el que podrían actuar desde el próximo año lectivo las educadoras sanitarias escolares recibidas en el Instituto Superior de Educación Sanitaria de La Plata. Sólo hace falta que las autoridades escolares de la Provincia decidan iniciar tan interesante ensayo: el tiempo dirá de sus innegables beneficios educativos, sanitarios y sociales.

Entremos ya en materia, advirtiendo al lector que se transcribe íntegramente el programa vigente de primer grado inferior, insertando en él los temas de higiene que, con el fin de hacerlos resaltar, se escriben con *letra bastardilla*.

PRIMER GRADO INFERIOR

PROPÓSITOS: En el primer grado inferior la educación para la salud se orientará exclusivamente hacia la formación de hábitos higiénicos, aprovechando las actividades

* Los *Objetivos y Programa de primer grado inferior* fueron redactados por Magdalena Linares de Iribarren, Lidelba Vera y Teresa A. de D'Anunzio. La *Clase guía para primer grado inferior* se debe a Magdalena Linares de Iribarren. *Clase de primer grado superior y segundo grado:* por Inés Cámara, María Angélica Doartero, Beatriz Etcheverry y Beatriz V. de Criscuolo. *Tercer y cuarto grados:* por Elena Andere De Rosa, Susana D. de Cobanera, Norma P. de Leiboff y Edith A. de Ringuet. *Quinto grado:* por Dora A. de Casagne y Elvira E. de Espesir. *Sexto grado:* por María Eulalia B. Olivares.

diarias del niño en el aula y en sus juegos en el recreo.

Se evitará en lo posible, la enseñanza teórica e impuesta.

El maestro deberá recordar que los caminos que contribuyen a la fijación del hábito, son: la *práctica*, la *repetición* y el *interés infantil*. Este último puede lograrse mediante el uso de la técnica pedagógica adecuada y la motivación.

PROGRAMA

1) EL NIÑO Y SU MEDIO

a) El niño y la escuela.

La escuela: ubicación y orientación.

Ventajas de la ventilación y del sol.

El aula, muebles, útiles y adornos.

Responsabilidad de los niños en el mantenimiento y buen orden de la escuela. Postura correcta.

Conocimiento de la escuela: sus dependencias.

Uso correcto de los servicios sanitarios: bebederos, inodoros, etc.

Moradores de la escuela.

Análisis comparativos de los miembros del hogar y de la escuela: sus tareas.

Prevención de accidentes en la escuela y en la calle.

Higiene del aula y de la escuela.

2) EL NIÑO Y EL HOGAR

a) La familia, sus miembros. Los parientes. Idea de familia.

Necesidad del baño.

Limpieza de las manos y las uñas.

Aseo de los dientes.

Cuidado y aseo del cabello.

Higiene de ojos y orejas.

b) La casa: sus dependencias. Higiene. Iluminación. Ventilación, calefacción, sol. Barrido y limpieza de cada dependencia. Eliminación de basuras y roedores e insectos.

3) ANIMALES Y PLANTAS FAMILIARES AL NIÑO

Vida y costumbres de algunos animales domésticos. Utilidades y trato. Medidas de protección e higiene. *Vacuna antirrábica.*

Plantas del ambiente que rodean al niño; características principales de cada una. Utilidades, cuidados.

Transformaciones visibles en las plantas.

Intensificar el estudio cuando comienza cada estación.

4) LOS VESTIDOS

- a) Nombre de las principales prendas del vestir del niño. Condiciones que las caracterizan según las estaciones.
- b) Animales y plantas de que proceden. Hábitos de orden y prolijidad en el vestido. Tela y colores adecuados a las estaciones.

5) LOS ALIMENTOS

Nuestras comidas. Denominación.

Alimentos animales, vegetales y minerales: su conservación.

Importancia de una alimentación bien balanceada: leche, carne, huevos, legumbres, frutas.

Hábitos de urbanidad en las distintas horas del día. Comportamiento en la mesa.

Beneficios de una masticación correcta.

Prácticas higiénicas: de las manos; de los dientes.

6) LA PATRIA Y LA LIBERTAD

- a) Breve reseña del nacimiento de la Patria. Epoca colonial.

El progreso como un beneficio para el hombre. Comparación de prácticas higiénicas; alimentos; agua.

25 de Mayo de 1810.

- b) Los símbolos de la Patria. Enseñanza del Himno Nacional.

- c) El General Manuel Belgrano. La Bandera.

- d) El 9 de Julio de 1816. La ciudad de Tucumán. La casa de Tucumán. El viaje de los congresales. El congreso de Tucumán.

- e) El general Don José de San Martín. Su vida, anécdotas. Los granaderos. El combate de San Lorenzo. El cruce de los Andes.

Ventajas de una alimentación adecuada.

- f) Domingo F. Sarmiento. Su infancia. Su hogar. La madre de Sarmiento. Sarmiento como alumno, como maestro, como amigo de los niños, de los animales y de las plantas.

Breve referencia a su actuación como hombre público.

Día del Maestro.

- g) Cristóbal Colón y los indios. Relato sobre su vida y su primer viaje. Descubrimiento de América. Vida y costumbre de los indios.

Alimentación, vestidos, viviendas.

Hábitos higiénicos de los indios en relación con el vestido, la alimentación y la vivienda.

Armas, locomoción y sencillas industrias.

DESARROLLO DE UNA CLASE GUIA PARA PRIMER GRADO INFERIOR (METODO GLOBAL)

TEMA: El niño y el hogar. SUB-TEMA: La casa. Higiene de los dormitorios.

DESARROLLO

Describir los muebles del dormitorio de los padres.

Describir su propio dormitorio.

Conversar sobre el *aseo* de los dormitorios. Los muebles se repasan con un trapo limpio, sin sacudir para no levantar polvo. Los muebles metálicos se repasan con un trapo enjabonado. Los pisos se lavan o se lustran. Para limpiar los dormitorios, se abren las puertas y ventanas para que entre el aire y el sol. Tan importante como la comida que comemos, es el aire que respiramos. Para vivir sano es necesario respirar *aire puro*. Los dormitorios cerrados tienen *aire viciado*. El sol y la ventana abierta, limpian el *aire*, lo *purifican*. La ropa de cama que no se puede lavar seguido, se saca al sol diariamente, se *asolea*: colchón, almohadas, frazadas, colcha. La ropa *asoleada es buena* para la salud.

EXPRESIONES

ORAL: Se dejará al niño expresarse libremente. Se fijará el vocabulario: aseo, aire puro, aire viciado; purificar; asolear; el aire puro es bueno; la ropa asoleada es buena para la salud.

GRÁFICA: Dibujo de los muebles del dormitorio y coloreado.

ESCRITA: Mi dormitorio - El dormitorio de mi papá y mi mamá - El sol es bueno el aire es bueno.

MANUAL: Con una caja de zapatos fabricarán una casa, marcando y recortando puertas y ventanas. Con un palito y un papel harán una escoba.

DRAMATIZACIÓN: A medida que se hace expresión oral, se practicará la limpieza de muebles y ventilación de habitaciones.

ESTÉTICA: No hay casa más hermosa
canta mamita
que aquella que está siempre
arregladita.

La casa es siempre hermosa
dice papá
si los que en ella viven
se quieren más.

PROPOSITO

Enseñanza de lectura y escritura. Fijar hábitos higiénicos.

LA ENTREVISTA, TÉCNICA DE ESTUDIO Y OBSERVACION DEL COMPORTAMIENTO HUMANO *

DRA. IVES LYS DANNA

Doctora en psicología (Sorbona, Universidad de París)

Profesora asociada de la cátedra de psicología evolutiva (I) de la Universidad de Buenos Aires

La entrevista se presenta como un modo de comunicación. Hay comunicación cuando una información se transmite, por ejemplo, de A a B; donde A es el emisor y B el receptor. (A \rightarrow B). Pero en este caso tenemos una comunicación en un solo sentido o sea de forma unilateral. La entrevista, en cuanto proceso de comunicación, requiere el esquema de A a B y de B a A o sea: se realiza en doble sentido o bajo la forma bilateral: A \leftrightarrow B.

De lo expuesto podemos determinar tres de sus notas esenciales y agregar aún una cuarta y una quinta, relativas a los objetivos, con el fin de precisar su definición.

1º) Se realiza entre dos individuos (se distingue de la reunión y la discusión).

2º) Es una comunicación directa, sin intermediarios.

3º) Es verbal.

4º) Su objetivo general es el de informar, informarse o influir.

5º) El objetivo particular, determinado por cada entrevista, requiere como condición básica que se lo conozca y determine con anterioridad con objeto de circunscribirse a él.

Llegamos así a definir la entrevista como, *una situación de interacción, esencial-*

mente verbal, entre dos personas, en contacto directo, con un objetivo propuesto con anterioridad, con el fin de obtener una información o ejercer una influencia.

Si consideramos ahora los objetivos a los que apunta la entrevista en relación al problema de la propiedad o pertenencia con respecto al entrevistador, del entrevistador y el entrevistado o de un tercero, podemos con mayor fineza determinar seis objetivos:

1º) El de obtener una información del entrevistado sobre hechos que conoce o sobre su conducta.

2º) El de explorar la opinión del interlocutor.

3º) El de influir en su comportamiento.

4º) El de tratar un problema en común, de conjunto.

5º) El de evaluar sus aptitudes para orientarlo.

6º) El de integrar su personalidad (objetivo terapéutico).

Advertimos que los tres primeros tienen un objetivo propio, de interés para el entrevistador, sobre todo el primero y el segundo; el cuarto y el sexto son propios del entrevistador y entrevistado, y el quinto,

* Desde el punto de vista profesional la técnica de la entrevista interesa al médico sociólogo y también a las visitadoras de higiene social, asistentes sociales, visitadoras de salud pública y asimismo al antropólogo (cuando debe recoger informaciones sobre comunidades), al psicólogo práctico, al psicoterapeuta, etc. (NOTA DE LA DIRECCIÓN)

sin excluir a los anteriores, es propio de un tercero, o sea el organismo social.

Estos distintos objetivos traen aparejados una división de roles, de situaciones de interacción, de motivaciones diferentes, que requieren técnicas ajustadas especialmente a ellos. De aquí nace una distinción entre entrevistas de información y entrevistas de intervención.

La técnica nos sirve como un medio de acercamiento y es fácil comprender su variación según el cuadro lógico en que se enmarca, según el proyecto de la investigación, según se desee una información sumaria o exhaustiva.

Teniendo en cuenta dos criterios fundamentales: *el del grado de libertad* que se reconozca al entrevistador para formular preguntas y al entrevistado para contestar y aportar su información; y *el de nivel de profundidad* de la información, podemos distinguir tres tipos fundamentales de entrevista: dos extremos y uno intermedio.

1º) *Entrevista no dirigida*: Es la técnica que da mayor libertad y permite mayor profundidad. El entrevistador deja al entrevistado crear por sí mismo el cuadro en el cual se expresa; se desarrollan todas sus informaciones y opiniones bajo la forma y el orden que él quiere. El entrevistador cumple el rol de estimulador.

2º) *Entrevista dirigida*: Concede un mínimo de libertad y de profundidad, ya que su desarrollo es fijado de antemano por preguntas precisas estrictamente formuladas y presentadas en un orden inmutable.

El entrevistador es aquí un director estricto. El entrevistado no tiene ninguna iniciativa y vierte sus informaciones y opiniones en el molde confeccionado.

3º) *Entrevista guiada*: Es intermedia entre las dos anteriores; el entrevistador tiene una lista de temas a desarrollar, pero el orden en cual se dan, queda establecido por el desenvolvimiento natural de la exposición.

Consideraremos con mayor detalle la entrevista *guiada* y la entrevista *dirigida* porque son las que mejor sirven a la tarea de trabajadores sociales (reservada la no dirigida a lo clínico).

ENTREVISTA GUIADA

Lo característico de la entrevista guiada es realizarse de acuerdo con una guía, en la cual se establecen los temas principales a explorar, pero donde la forma de ser tratados y el orden de desarrollo no son prefijados, sino que se dan de acuerdo con el libre juego de la entrevista.

Es fácil advertir que este tipo de entrevista exige dos condiciones difíciles de conciliar. Por una parte requiere del entrevistador el papel de director, que mantiene al sujeto dentro de los temas a abordar, haciéndoselos explorar y precisar cuanto sea necesario. Ejerce cierta presión sobre el sujeto, pero al mismo tiempo debe favorecer la libre expresión del movimiento de sentir y pensar del entrevistado, actuando tan solo como simple sostén.

Indicaremos seguidamente algunas condiciones de orden práctico.

A) ¿Cómo elaborar una guía? Lo primero será determinar *con toda precisión* el tema a considerar y fijar con igual exactitud los aspectos o áreas fundamentales y sub-áreas a fin de conocer sus posibles dimensiones y aspectos. Si fuera necesario se pueden formular preguntas concretas con el fin de ver con claridad y precisión el tema a estudiar. Se estructurarán áreas, cada una de las cuales comprenderá varias sub-áreas.

Determinar las áreas es una tarea difícil por la necesidad de que cada una de ellas esté en unidad funcional con el todo y con cada una de las partes en que se subdividen. Para ello aconsejamos realizar guías que se pondrán a prueba en experiencias exploratorias y como resultado de ellas se elaborará la guía final.

Por otra parte el entrevistador deberá conocer y estar bien seguro de su guía, con el fin de adaptarse en la medida que fuera necesario en lo relativo a la presentación y formulación al sujeto, a la forma, a la situación inmediata y a la evolución misma de la entrevista.

B) ¿Rigen para la guía condiciones especiales? En verdad hay dos fundamentales. Están vinculadas a la *extensión* o sea a la necesidad de que todas las áreas de la guía sean abordadas; y a la *exploración* en profundidad o sea que todas las áreas deben ser consideradas en la forma más profunda y completa posible.

Vinculados a la extensión se presentan varios problemas:

1º) ¿Cómo iniciar una entrevista? Tenemos dos alternativas. Podemos hacerlo

por medio de una pregunta abierta, amplia, que motive, o bien con una pregunta particular, circunscripta a una subárea determinada. En el primer caso se da la dificultad que el sujeto con el deseo de informar el máximo salta de un tema a otro sin precisar ninguno, mezclando y a veces hasta desviándose del tema central. En este caso se anotarán todas las informaciones y se tratará de guiarlo para que su exposición, aún siendo libre, guarde coherencia en la expresión. Cuando el entrevistado va de un tema a otro guardando el hilo conductor, se lo dejará con toda libertad y se anotarán sus informaciones. Cuando el sujeto evidencia haber agotado un tema o no tener interés en tratarlo, o se encuentre violento por el contenido, será necesario pasar a otro tema, procurando vincularlo a aquél en la forma más hábil posible.

2º) ¿Cómo presentar un tema nuevo? Este es un problema donde se pone a prueba la calidad del entrevistador, pues depende casi exclusivamente de sus dotes personales, pero podemos sugerir que se trate de vincularlo con opiniones anteriores vertidas por el entrevistado y se impida en todo sentido la presentación fría y autoritaria que rompe la unidad funcional que debe guardar la entrevista.

En el caso que algunas áreas queden sin tratar es necesario cumplir con la extensión y el entrevistador debe presentarlas. Pero lo hará al final de la entrevista dejando que el sujeto se exprese con toda autenticidad.

En relación con la exploración en profundidad de los temas podemos preguntar:

¿Cómo alcanzarla? En este caso se concederá la más amplia libertad al sujeto y el entrevistador actuará solo como sostén, para facilitar la expresión de sus pensamientos y reestructurar su formulación, pero al mismo tiempo le es permitido preguntar a fin de desentrañar todo lo que sea necesario para el conocimiento exhaustivo del tema.

La relación entre entrevistador y entrevistado queda establecida por el mismo carácter de la entrevista y dentro de la cordialidad.

ENTREVISTA DIRIGIDA

Pasamos ahora a analizar la entrevista dirigida. El tema central de orden práctico es la técnica de elaboración del cuestionario y la administración del mismo.

Al cuestionario, que no es más que una guía preestablecida, precisa y detallada e idéntica para todos en su aplicación, lo elabora el director de la investigación, quien tiene a su cargo determinar los puntos necesarios a explorar.

Al confeccionar un cuestionario debe tenerse en cuenta dos aspectos: uno relativo al contenido y otro a la forma.

A) *Contenido del cuestionario.*

1º) Es necesario examinar todo el dominio a explorar, lo que requiere una seria documentación sobre la base de lecturas y experiencias exploratorias. A partir de ello se determinan las áreas y se establecen dentro de cada una de ellas las subáreas.

Sólo conociendo el tema a fondo se podrán precisar los problemas y confeccionar las preguntas que aportarán soluciones.

2º) Surge así el problema de la elección de las preguntas. Aceptamos aquellas que responden con mayor precisión al objetivo que pretenden alcanzar. Para ello será necesario, como condición previa, determinar estrictamente el objeto y la situación de la investigación, que deben ser observadas por el cuestionario ya que es sólo una técnica que se mueve dentro del cuadro general de la investigación.

Tendremos en cuenta que no se admitan ambigüedades, que expresen con toda claridad su contenido, que estén al nivel de información del entrevistado, que no sean complejas ni difíciles.

B) *Forma del cuestionario.*

En cuanto a la forma de las preguntas, podemos utilizar dos tipos: *abiertas* y *cerradas*. Las primeras dejan la posibilidad al entrevistado de estructurar por sí mismo la respuesta y expresarse en su lenguaje y las segundas solo admiten la posibilidad de elegir entre sí o no (dicotómicas) o la elección múltiple.

Es fácil advertir las ventajas o desventajas que brindan cada uno de estos tipos. Las abiertas permiten informaciones más ricas, matizadas con detalles abundantes, pero presentan el grave inconveniente de no poderlas codificar sin problemas. En cuanto a las cerradas ofrecen una exploración fácil y admiten ser codificadas; el principal inconveniente es que el sujeto se siente forzado a contestar por una de las alternativas que se le presenta, siendo en muchos casos algo que él podría pensar y resolver de otra forma. Carece de detalles.

Tal vez lo más conveniente y de acuerdo a las circunstancias sea emplear ambas formas, pero será necesario tener en cuenta la situación.

Desde el punto de vista de la forma debemos considerar el problema de la formulación estilística. Debe buscarse la mayor claridad y simplicidad en la confección de las preguntas; que sean objetivas y no introduzcan ninguna sugestión por medio de palabras o giros empleados: evitar que puedan dar lugar a dos respuestas, para lo que será necesario formular un solo problema en cada pregunta. Podría hacerse en forma personal o impersonal; ello depende del tema, de la situación, de la edad del sujeto a tratar como también dependen de estos factores que sean directos o indirectos. Seguirán en su formulación un orden psicológico con prioridad al lógico o temporal.

Todo cuestionario debe ser precedido de un cuestionario previo a fin de corregir los defectos que puedan encerrar. Siempre será necesario antes de su forma definitiva va-

rios pre-cuestionarios que se aplicarán a grupos experimentales.

Por último señalaremos un nuevo punto que creemos necesario: la conducta en la entrevista.

Debemos distinguir dos momentos: 1º) *Toma de contacto*: es necesario tener la cooperación de la persona entrevistada y motivar su interés por los problemas, para lo cual habrá que informarle sobre el fin de la investigación, qué es lo que se propone, cuál es su aplicación, qué rol es el del entrevistado, qué organismo lo respalda.

2º) *Reglas de contacto*: en el caso de la entrevista dirigida se seguirá rigurosamente el orden de las preguntas; en la guiada se dejará la expresión espontánea procurando conducir sin influir. En todo caso, se evitará influir en las respuestas, aun cuidando los gestos y tonos de enunciación.

Se mantendrá en un tono de cordialidad haciéndose la anotación de las informaciones en forma directa, inmediata, para evitar toda deformación por olvido.

LA NATURALEZA DE LA EDUCACION SANITARIA DE LA COMUNIDAD

DR. CLAIR E. TURNER *

La educación sanitaria es un proceso de aprendizaje que brota de las exigencias de la salud, y que se nutre de los conociemien-

tos relacionados con ella, y produce una acción individual y comunitaria inteligente, constructiva y provechosa. Guiar, orien-

* Reproducción parcial de la traducción al castellano del libro de CLAIR E. TURNER: *Community Health Educator's*, facilitada por la Dirección de Educación Sanitaria del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación. (N. de la D.)

tar este proceso de aprendizaje podrá ser una empresa ardua, pero nunca resultará monótona, oscura o triste.

La salud, especialmente en un estado democrático, depende en gran escala del interés y acción inteligentes de parte de la gente, individual y colectivamente. Todo aquel que contribuya en dicho interés y acción, es un educador sanitario. Aquellos que ejercen una acción docente en el campo de la salud son no sólo los educadores sanitarios profesionales, sino también todas las personas con capacitación profesional en cualquier lugar del campo sanitario —médicos, dentistas, enfermeras, ingenieros sanitarios, técnicos en nutrición, estadísticos vitales, laboratoristas, expertos en sanidad, higienistas dentales, dietólogos, terapéutas físicos y otros—. También incluye a aquellas personas relacionadas con la enseñanza sanitaria y los temas relacionados con la promoción de la higiene en las escuelas y colegios. Así como los padres son educadores importantes, aunque raramente se les da ese título, del mismo modo hay miles de ciudadanos privados, generalmente trabajando por medio de alguna clase de institución privada, quienes contribuyen a los intereses de la comunidad, estudiando y resolviendo problemas sanitarios específicos. Ellos también ejercen una acción docente en el campo de la salud.

Todos estos confían en el conocimiento de los especialistas sanitarios y sobre las habilidades de los impresores, artistas, publicistas y otros especialistas en los medios de comunicación, pero también ellos tienen sus propias habilidades y procedimientos.

Se encuentran incluidas muchas artes, tales como dinámica de grupo, lenguaje, escritura, relaciones públicas y las artes gráficas.

Al contemplar la naturaleza de la educación sanitaria de la comunidad, puede ser una ayuda el verificar el significado de la educación sanitaria y algunos de los términos estrechamente relacionados.

La Organización Mundial de la Salud ha definido la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia". Para el individuo es esa completa adaptabilidad del cuerpo, rectitud de juicio, y pureza de emociones que hacen posible la más alta calidad de vida eficaz y de actividad.

Higiene es la ciencia aplicada de la vida sana; proporciona un conocimiento científico básico sobre el que se basan las prácticas sanitarias convenientes.

La Salud Pública es la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud y la eficacia por medio de esfuerzos organizados de la comunidad.

La Educación es un proceso de aprendizaje o series de experiencias de aprendizaje por los cuales un individuo se informa y se orienta y lleva a cabo una acción o comportamiento hábil e inteligente. Es guía —no verter algo en una persona pasiva—.

Un *Educador* es una persona que guía o facilita el proceso de aprendizaje.

La Educación Sanitaria para el individuo es la "suma de experiencias que influyen favorablemente los hábitos, las actitu-

des y el conocimiento relacionados con la salud individual, de la comunidad y racial. Como un procedimiento ha sido definido por Grout como "la translación de lo que se conoce acerca de la salud en cuadros de comportamiento convenientes individuales y de la comunidad por medio del proceso educativo".

La Educación Sanitaria Escolar es esa parte de la educación sanitaria que tiene lugar en el hogar y en la escuela.

La Educación Sanitaria de la Comunidad, es un proceso de aprendizaje por medio del cual la gente en una comunidad se informa u orienta para una acción sanitaria más inteligente, y un *educador sanitario de la comunidad* es una persona que ayuda a organizar y desarrollar el interés, estudio y acción de la comunidad hacia la solución de los problemas sanitarios.

La Educación Sanitaria del público significa distintas cosas para distintas personas. Para el administrador de salud pública, la educación sanitaria es una herramienta, y su concepto de su uso adecuado influencia agudamente sus métodos de administración de salud pública. Para las varias divisiones de un departamento sanitario y para las agencias relacionadas y organizaciones es un servicio. Para el individuo es un medio hacia una vida más efectiva. Para los administradores escolares y maestros significa proporcionar las mejores experiencias posibles de aprendizaje sanitario para los alumnos. Para la comunidad significa desarrollar juntos un enfoque organizado hacia el estudio y solución de los problemas sanitarios pertinentes a las ne-

cesidades, recursos e intereses de la gente en el área implicada.

Los términos comunmente usados en relación con la educación sanitaria fueron definidos para su uso en las discusiones de la Asamblea Sanitaria Nacional como sigue:

Hacer propaganda es difundir una doctrina particular sistematizada; *anunciar* es proclamar las calidades convenientes con el fin de suscitar el deseo de adquirir o invertir; *organizar una campaña* es llevar a cabo una serie de operaciones para obtener el resultado deseado; *trabajar en relaciones públicas* es procurar ganar la buena voluntad pública hacia una organización; *informar* es dar noticias o datos sobre los hechos; *hacer publicidad* es difundir información especial con el propósito de provocar un interés particular, u orientado hacia éste; *interpretar* es hacer destacar el significado real; *enseñar o educar* es causar, o facilitar, el aprendizaje; y *aprender* es descubrir, y adquirir más conocimientos y comprensión.

EL DESARROLLO DE LA EDUCACIÓN EN LA SALUD PÚBLICA

La Sociedad ha tratado de hacer frente a las necesidades sanitarias proporcionando servicios sanitarios para hacer cosas para la gente y educando a la gente para que haga cosas por sí misma.

Hacer cosas para la gente o a la gente es con frecuencia tarea fácil, pero es asunto caro y con frecuencia de beneficio temporario. Estimular y guiar a la gente a asumir la responsabilidad por sí misma

te
re-
on
de
ie:
oc-
es
on
o
ar
te-
la-
na
n;
os
pr-
o-
la-
el
u-
er
os

puede llevar más tiempo, pero es relativamente barato y sus resultados son más duraderos. Además, la gente se anima por medio del último proceso y con frecuencia se debilita por medio del primero. La gran esperanza de la salud pública dentro de las limitaciones presupuestarias reside en asegurar más vida sana para la gente.

La educación de la salud pública surgió en parte de esta comprensión y en parte de la comprensión de que la gente debe conocer qué hace por ellos un organismo sanitario si es que ha de esperarse su ayuda. Se comprendió que *la educación sanitaria es una función básica importante de todos los trabajadores de salud pública* y que la calidad de sus actividades educativas puede mejorarse por medio de planeamientos y dirección educativas hábiles. Se vio, en resumen, que la aplicación de habilidades y técnicas profesionales en la motivación del comportamiento humano adecuado podía usarse para mejorar la calidad de la vida higiénica en una población.

te
lo
ta
te
e

Históricamente, la educación de la salud pública comenzó con el empleo de medios de publicidad por los departamentos sanitarios y las instituciones sanitarias voluntarias para desarrollar mejores relaciones de la prensa y los periódicos y para producir impresiones más atrayentes. El programa de publicidad incluía reuniones públicas, radio, cine y el uso de otros procedimientos y técnicas.

1-
1-
a
a

Era natural que se organizaran *campañas* para persuadir a la gente que realizara alguna acción sanitaria específica. Por medio de estas experiencias se reconoció la

necesidad de la *organización de la comunidad* para la educación sanitaria. Resultó evidentemente conveniente para la comunidad organizarse para poder estudiar los problemas sanitarios (con la ayuda de los mejores recursos y medios disponibles) y actuar cooperativamente para promover la salud pública. Se comprendió que la dirección de grupo, la acción de grupo, y la dinámica de grupo implicaban técnicas especiales. Los oficiales sanitarios comenzaron a buscar personas especialmente capacitadas principalmente en educación, publicidad y organización de la comunidad *pero que también* poseyeran una comprensión básica de la higiene y de la salud pública.

La educación sanitaria entró en función no sólo por medio de la publicidad y de la organización de la comunidad sino también por medio de la capacitación vocacional. La vocación es un camino hacia un interés en la salud. La salud personal y la salud pública pueden promoverse muy eficazmente por medio de un estudio de los aspectos de la salud y las responsabilidades de la ocupación presente o futura de sí mismo. Dicha ocupación sanitaria permite al trabajador protegerse a sí mismo y al público. Esto le da interés para convertirse en experto en este campo. Agrega dignidad a la tarea y brinda un sentimiento de valor personal, con una comprensión de la importancia de la tarea particular del trabajador y su contribución a la comunidad y a la cultura. Esto se aplica no sólo a todas las clases de trabajadores de los productos de la alimentación, sino también a los trabajadores fabriles, agricultores, vendedores, todos los empleados de las

agencias sanitarias y otros grupos ocupacionales.

Cada país tiene su propia cultura y tradiciones y cada comunidad su propia estructura social y problemas sanitarios. Estas condicionan la naturaleza del programa de educación sanitaria en que la educación sanitaria debe siempre desarrollarse en términos de los problemas sanitarios, recursos

- Aseo
- Evitar las infecciones
- Nutrición
- Inmunidad
- Mecanismos del cuerpo
- Fatiga y descanso
- Salud mental
- Ejercicios y deportes
- Higiene hogareña y sanidad
- Seguridad
- Asistencia médica

en
relación
con

- Infancia
- Niñez
- Juventud
- Edad adulta
- Maternidad
- Vejez
- Trabajo
- Esparcimiento y tiempo libre

- B. *Salud de la Comunidad*, incluyendo higiene ambiental y necesidades y actividades de salud pública.
- C. *Salud Racial* (Eugenesia), incluyendo herencia, matrimonio, familia y políticas sociales para mejorar la salud de las generaciones futuras.

DONDE TIENE LUGAR LA EDUCACIÓN SANITARIA

El individuo recibe la educación sanitaria por medio de:

- A. *El hogar*.
- B. *La escuela*, por:
 - 1. Instrucción sanitaria directa.

y necesidades de la zona concerniente antes que por medio de un único programa "standard" uniforme.

EL ALCANCE DE LOS TEMAS DE EDUCACIÓN SANITARIA

Los temas principales de la educación sanitaria son los siguientes:

- A. *Salud Personal*, incluyendo
 - 2. Experiencias indirectas de aprendizaje, en relación con la vida escolar sana, sanidad escolar, servicios sanitarios escolares, control de las enfermedades transmisibles, educación física, refrigerios escolares, etc.
- C. *Contacto con las profesiones médicas, sea en el hogar, la clínica o el hospital.*
- D. *Contacto con personal del Departamento Sanitario por medio de:*
 - 1. El Departamento sanitario local, cuyas actividades generalmente incluyen Administración, Enfermería de Salud Pública, Sanidad, Control de Enfermedades Transmisibles, Higiene Materno-Infantil, Estadísticas Vi-

tales, Laboratorios, Higiene Industrial y Educación Sanitaria.

2. El Departamento sanitario estatal que contiene generalmente una División separada para cada una de estas actividades.

E. *Contacto con personal de otros organismos gubernamentales tales como:*

1. Departamentos de bienestar.
2. Servicios de extensión agrícola.
3. Servicios de demostración hogareña.

F. *Contacto con el servicio de actividades de las instituciones sanitarias voluntarias o privadas.*

G. *Programas de Educación Sanitaria planificados* desarrollados por instituciones oficiales y voluntarias que operan como programas de continuación, o campañas especiales, las cuales usan:

1. Organizaciones de la Comunidad con la formación de grupos de estudio y de acción.
2. Los medios de comunicación (medios publicitarios) incluyendo la prensa, la radio, la televisión, los panfletos, los informes, las revistas, los libros, los carteles, películas y películas fijas, exhibiciones y museos.

EL EDUCADOR SANITARIO DE LA COMUNIDAD

La educación sanitaria del público, como toda educación, es un proceso activo, no pasivo. El educador sanitario debe estimular e interesar a las personas para que pregunten, para que estudien y para que actúen, no bombardeando meramente a personas desinteresadas con lo que él quiere que ellas sepan. Debe usar varios medios de comunicación y trabajar directamente con la gente, algunas veces individualmente pero con más frecuencia en grupo.

Los chinos los han definido muy bien. A la persona que hace educación sanitaria la llaman una "persona que encuentra y dirige", un término mejor que "educador sanitario" porque pinta la acción.

Observemos sus cualidades personales, antecedentes y suficiencia, funciones y métodos de trabajo. También consideraremos

las relaciones departamentales de aquellos educadores sanitarios empleados en los departamentos sanitarios locales.

A. CUALIDADES PERSONALES

El educador sanitario con éxito *agrada a la gente.*

Posee tacto, lo que Webster llama "discernimiento exacto y sutil con respecto a lo que es adecuado hacer o decir en el trato con el prójimo; habilidad peculiar para tratar con otros sin ofender o molestar para ganar la buena voluntad, especialmente en las situaciones difíciles". El tacto involucra el tratamiento cortés de todas las personas como uno quisiera ser tratado.

Es consideración de parte de un individuo sincero, no las viejas técnicas de una persona hábil y egoísta.

El educador sanitario con éxito es *calmo, equilibrado y sinceramente cortés.*

El educador sanitario con éxito, como cualquier otro profesional, *coloca la calidad e integridad de sus servicios sobre otras consideraciones.*

El educador sanitario hace revisión de su eficacia por el grado en el cual posee cualidades tales como honestidad, sinceridad, imparcialidad, amistad, objetividad, estabilidad emocional, paciencia, sentido del humor, genuino interés en la gente, habilidad creadora, sentido de dirección, buen juicio, sentido común, adaptabilidad, capacidad para presentar hechos simples y eficazmente, buena salud, buenos hábitos sanitarios, capacidad para pensar clara, rápida y lógicamente, habilidad para trabajar con tacto, y habilidad para juzgar y comprender a las personas.

Podría ser de ayuda para nosotros evaluar periódicamente nuestra propia eficacia o la de los miembros de la junta revisando algunos de los ítems comunmente usados para juzgar la eficacia laboral.

Lista de revisión de cumplimiento de tareas

1. Llevar a cabo la tarea asignada hasta su fin.
2. Llevar a cabo la tarea con rapidez.
3. Organizar bien el trabajo.
4. Seguir eficazmente las instrucciones.
5. Realizar una gran cantidad de trabajo.
6. Hacer un análisis exacto de las situaciones.
7. Discriminar entre lo esencial y lo no esencial.

8. Hacer un estudio total de una situación antes de tomar medidas.

9. No intentar adaptar los hechos a conclusiones preconcebidas.

10. Demostrar buen juicio al ejercer la autoridad.

11. Pasar a la práctica las ideas eficazmente.

12. Inspirar confianza y respeto.

13. Cooperar eficazmente con otros.

14. Trabajar tenazmente hacia el logro de los objetivos de la organización.

15. Mantener relaciones laborales satisfactorias con el público y otras agencias.

16. Trabajar bien basándose en la propia iniciativa.

17. Capacidad para hacer frente a las emergencias.

18. Adaptar métodos adecuadamente para hacer frente a las situaciones a medida que surjan.

19. Trabajar eficazmente bajo condiciones adversas.

20. Poder cumplir con las tareas más difíciles.

21. Esforzarse para mejorar los procedimientos y técnicas existentes.

22. Mantenerse al día con respecto a las técnicas mejoradas y a los procedimientos laborales.

23. Se le puede confiar información confidencial.

24. Observar cuidadosamente la ética profesional.

25. Usar una crítica constructiva para mejorar el cumplimiento de la tarea.

26. Aceptar la responsabilidad de los propios errores cometidos.

27. Mantener la compostura aún bajo la presión de una tarea apurada.

28. No permitir que prejuicios personales interfieran con la tarea.

29. No permitir el uso de bebidas alcohólicas que afecten el trabajo.

30. Evitar actuaciones en las relaciones públicas que pongan en aprieto a sí mismo y a la organización.

31. Aclarar con el superior aquellas actuaciones que impliquen nuevas políticas.

32. Preparar informes claros, concisos.

33. Preparar informes completos.

34. Establecer exactamente los hechos en los informes.

35. Apoyar adecuadamente las tareas y las conclusiones.

B. ANTECEDENTES Y COMPETENCIA

“Para ayudar a aquellos que pueden necesitar guía al prepararse para una carrera en la educación sanitaria”, la Comisión sobre Educación Profesional de la Asociación Americana de Salud Pública sugiere antecedentes y competencia adecuados para el educador sanitario profesional, bajo siete áreas principales, como sigue:

1. En el campo de la *Educación cultural básica* que abarca el desarrollo de los análisis y capacidades en el uso de la lengua inglesa, se opina que todos los educadores sanitarios deben tener instrucción en literatura inglesa y composición inglesa, y que la mayoría de los educadores sanitarios deben tener alguna base en psicología general, historia de los Estados Unidos e historia mundial.

2. En las *Ciencias básicas* se opina que todos los estudiantes deben tener algún conocimiento de química general, bacteriología, y la estructura y función del cuerpo humano. Muchos estudiantes deberán tener también algún conocimiento en el campo de la química orgánica, física y biología.

3. La capacitación en la *Educación y psicología educativa* es importante para proporcionar un conocimiento y la experiencia funcional con el proceso de aprendizaje, principios y práctica de la educación, métodos y posibilidades de la educación para adultos, la naturaleza del programa sanitario escolar, la supervisión y administración educativas, y la capacitación en el servicio. Muchos estudiantes deberán tener también oportunidad para estudiar el crecimiento y desarrollo del niño, el plan de estudios elemental y secundario, y la administración escolar. Algunos educadores sanitarios deberán tener un estudio mucho más extenso en este campo.

4. En la *Ciencias sociales*, donde nos encontramos relacionados con las características raciales, sociales y culturales de la gente, y la importancia del estado económico de los grupos de la población, se opina que todos los educadores sanitarios deben tener algún antecedente en sociología general y la mayoría de ellos algún conocimiento de economía política y antropología cultural. Si el educador sanitario viene del campo laboral social, puede haber prestado especial atención a la religión comparativa, la dinámica social, y a los problemas especiales de relaciones raciales y de publicidad.

5. No se espera que ningún educador

sanitario comprenda adecuadamente e interprete los hechos sanitarios científicos o el trabajo y el programa de los expertos técnicos y las agencias sanitarias sin la capacitación *sanitaria* suficiente que le proporcione un conocimiento de los principios básicos en la organización y administración de la salud pública, higiene personal (incluyendo higiene mental y nutrición), sanidad ambiental, métodos para el control de las enfermedades transmisibles (incluyendo la naturaleza de los organismos causantes y los métodos de transmisión), estadísticas de salud pública y los principios de seguridad estadística, y la naturaleza (no necesariamente las habilidades o técnicas) de los procedimientos sanitarios de laboratorio.

6. En la *Administración pública*, donde estamos relacionados con la organización gubernamental y de la comunidad, la naturaleza y las funciones de las agencias de la comunidad, y los principios de planeamiento, se espera que todos los educadores sanitarios tengan capacitación específica y adecuada en organización de la comunidad, algún antecedente en lo que respecta a las agencias laborales sociales, y la mayoría deberá tener alguna instrucción en el campo gubernamental.

7. Hay muchas *capacitaciones especiales en la educación sanitaria*. Estas incluyen el hablar en público; el uso de métodos materiales; la evaluación de las fuentes de material e información; la redacción de cartas de información y de amistad; la compilación de bibliografías; métodos de archivo y recortes; redacción y edición de material para publicación; uso de procesos

de impresión y duplicado; distribución eficaz del material de educación; la naturaleza, preparación y uso de los medios visuales; posibilidades de la participación de la comunidad en el desarrollo del material educativo; relaciones y técnicas de imprenta; organización y conducción de reuniones; técnicas de entrevistas y conferencias consultivas; descubrimiento de conductores y el modo de trabajar con ellos; el uso de métodos de trabajo en grupo; y los principios y prácticas de las relaciones públicas. Se espera que la instrucción en la educación sanitaria y la educación sanitaria escolar suplementada por el trabajo en el campo y la experiencia práctica agregada a la educación general proporcionarán por lo menos en algún grado estas capacitaciones especiales.

C. LAS FUNCIONES DEL EDUCADOR SANITARIO DE LA COMUNIDAD

La extensión y naturaleza de las actividades de educación sanitaria en una comunidad se indican en el informe de 1948 de la Asociación Americana de Salud Pública sobre Calificación Educacional de la Educación Sanitaria de la Comunidad, que dice:

Las funciones de los educadores sanitarios en los programas de la comunidad de educación sanitaria serán las siguientes:

De acuerdo con la política administrativa del departamento sanitario u otra agencia de empleo:

1. Ayudar en la planificación y organización de un programa de educación sanitaria de alcance adecuado y en las activi-

dades para hacer frente adecuadamente a las necesidades de la comunidad, estatales o zonas donde se trabajará. Esto incluye, en el comienzo y continuamente después, un estudio de las necesidades y recursos con la ayuda de expertos técnicos y la determinación de los problemas sanitarios por grupos profesionales y no profesionales.

2. Ayudar en la zona para organizar la educación sanitaria.

3. Ayudar a establecer y mantener relaciones estrechas, de cooperación y de trabajo entre todas las agencias (oficiales y no oficiales) que pueden contribuir a la educación sanitaria.

4. Ayudar a estimular, organizar y guiar los programas de capacitación en servicio o dentro el servicio en el campo de la salud, para el personal empleado, de acuerdo con la política de la agencia o institución implicada, incluyendo:

- a) Personal de la agencia sanitaria;
- b) Personal escolar;
- c) Personal de otras agencias.

5. Ayudar, de acuerdo con la política de la institución relacionada, en el planeamiento de los aspectos de educación sanitaria de los programas de capacitación de pre-servicio para el personal profesional, b) personal escolar, y c) otros.

6. Proporcionar consultas y guía a varios individuos y grupos tales como personal de departamento sanitario, personal de la escuela, agencias sanitarias voluntarias, Asociaciones de Padres-Maestros, Clubes del Servicio y otros en el desarrollo y mejora de los aspectos de la educación sanitaria de sus programas.

7. Ayudar a promover, organizar y guiar grupos de estudio en el campo sanitario para el adulto y para las agencias de trabajo en grupo: tales como las divisiones de educación para adultos o clubes para jóvenes.

8. Contribuir a la mejora de la calidad de la educación sanitaria de alumnos o estudiantes de acuerdo con los standards y políticas del sistema escolar o institución (en la ausencia de o en cooperación con un educador sanitario escolar).

- a) Ayudando en el planeamiento de los programas sanitarios escolares y en el plan de estudios de la instrucción sanitaria;
- b) Por medio de conferencias con maestros, supervisores y administradores escolares;
- c) Por medio de otras actividades educacionales que la escuela elija.

9. Ayudar a estimular y establecer instalaciones adecuadas de salud pública y bibliotecas sanitarias.

10. Ayudar a organizar y operar un servicio de información para dar respuestas a preguntas; y, en respuesta a los requerimientos sugerir materiales y referencias.

11. Ser responsable de la preparación, selección, reunión y distribución de materiales de educación sanitaria, usando los servicios de técnicos especiales y expertos sanitarios siempre que sea posible.

Dichos materiales incluyen:

- a) Informes y otros materiales impresos;
- b) Medios visuales, tales como películas,

tiras filmicas, fotografías, materiales gráficos, exhibiciones y carteles;

c) Noticias y guiones radiales.

12. Organizar y ayudar a conducir una oficina de oradores, conferencias y reuniones.

13. Ayudar en el planeamiento y, de acuerdo a la política de la agencia, en la preparación del presupuesto de educación sanitaria.

14. Alentar y ayudar al desarrollo de los registros e informes eficaces de todas

las actividades sanitarias para facilitar el análisis cuantitativo, la evaluación y la interpretación del programa sanitario.

15. Ayudar en el establecimiento y empleo de los métodos de valuación continua, para evaluar la eficacia de todas las fases del programa sanitario total.

16. Ayudar a interpretar al público en general, las agencias de la comunidad, y los grupos profesionales los objetivos y servicios de la agencia sanitaria y explorar y seguir todos los caminos relacionados con las mejores relaciones con estos grupos.

PERDIDAS IGNORADAS EN EL SERVICIO DE LAVANDERIA *

Un problema común en la mayoría de los servicios de lavandería es la pérdida o desperdicio de artículos muy diversos que vienen desde cada departamento del hospital junto con la ropa. Es frecuente que entre las sábanas, almohadas y paños aparezcan instrumentos, sábanas de goma, guantes de goma, etcétera, que de modo ignorado se mezclaron con la ropa de lavar. En las secciones de origen, lo que ocurre es que se dan por perdidos dichos artículos y se sustituyen por otros nuevos. Periódicamente se originan estas pérdidas, que no echan de menos los departamentos y que representan un gasto. Y esto ocurre más aún en el caso de artículos pequeños, como, por ejemplo, paquetes de polvo para los guantes, paquetes con catgut, agujas o hilos de seda. En estos casos muchas veces

los empleados que clasifican la ropa lo que hacen es tirar a la basura estos artículos, sin pensar en que están desperdiciando algo.

En ocasiones, los instrumentos que se han mezclado con la ropa sucia son de índole cortante; por ejemplo: tijeras, bisturís, etc. Esto es causa de que las ropas se dañen y a veces se destruyan de modo irreparable.

En el mejor de los casos, cuando se descubre la presencia de estos objetos y se recuperan, es preciso volverlos a esterilizar.

Con ello se ocupa en el esterilizador de la lavandería un espacio que pudiera haberse dedicado a otras cosas. La conclusión es una pérdida de tiempo y de trabajo extra.

* Tomado de EL HOSPITAL, Vol. 19, Nº 6, junio de 1963.

En un hospital de los Estados Unidos, la directora del servicio de lavandería procedió a un estudio del que fue objeto esta pérdida insensible en la lavandería. Durante un período de tiempo de un mes se contaron los artículos mezclados con la ropa. Se instruyó a los clasificadores para que recogieran los diversos artículos durante un período determinado de tiempo. Después se contaron y se registró el número y tipo después de devolverlos al hospital. Durante el proceso de clasificación se intentó calcular el costo actual del desperdicio que se producía. Para ello se estableció contacto con los departamentos de compra y contabilidad. Llegó a encontrarse que cada mes el valor de las pérdidas ascendía a 300 dólares. A continuación exponemos en forma de lista todos los artículos que pudieron encontrarse durante cuatro semanas:

- 200 pares de guantes de goma
- 4 anillos de goma
- 12 bolsas de agua caliente
- 1 cuello de goma para hielo
- 195 paquetes de polvos
- 12 pinzas de compresas
- 1 retractor
- 8 pares de tijeras
- 8 mangos
- 4 mangos con hoja
- 90 pinzas
- 1 manguito y pera de presión sanguínea
- 3 piezas de aparatos ortopédicos
- 1 sonda
- 15 catéteres
- 6 paquetes de material de sutura
- 6 paquetes de material de sutura con agujas
- 2 pinzas de apósitos
- 3 termómetros
- 1 forceps uterino y numerosas sábanas de goma.

Una vez comprada la cantidad que se perdía cada mes se intentó encontrar una solución práctica para el problema. Si causó sorpresa a los empleados de lavandería el cómputo de los artículos perdidos, más aún lo fue para la administración. Así, pues, se procedió a informar a las reuniones del cuadro facultativo y a todos los empleados del hospital, por medio de una exposición general en la que se exhibieron todos los artículos, haciendo constar a su lado el costo. Así se movilizó todo el hospital, desde la administración hasta el último empleado. Se estuvo de acuerdo en que no debía reemplazarse un artículo que faltara sin haber comprobado antes si había aparecido en la lavandería. Y lo que es más sorprendente, a nadie se le había ocurrido que esta fuera una fuente de pérdida de objetos. Desde entonces los empleados de la lavandería prestan mayor atención a los objetos que encuentran y procuran manejarlo con cuidado para que no se estropeen.

La responsabilidad de los supervisores de la lavandería fue estimulada de nuevo.

De todos modos, no debe olvidarse que igual que en toda situación humana, se presentan fluctuaciones. Así pudo verse, como durante algunos meses disminuyó el número de artículos que se mezclaban con la ropa mientras que en otros la cifra llegaba a un máximo. Es preciso, pues, no creer que basta con el experimento realizado una vez. Periódicamente es necesario volver a llamar la atención sobre el fenómeno.

REDUCCION DEL PERIODO DE TRATAMIENTO OBSTETRICO EN HOSPITALES *

Recientemente se han dado a conocer los resultados de un estudio controlado de las altas tempranas dadas por el Servicio de Maternidad del King's County Hospital, de la ciudad de Nueva York, a madres y recién nacidos, sin que se observara efecto nocivo alguno en su salud física (Hellman, L. M.; Kolch, S. G. y Palmer, J.: Early Hospital Discharge in Obstetrics, Lancet, 227-232, 3 fbro. 1962). Los siguientes aspectos del estudio hacen que el mismo resulte de interés para otras zonas del mundo: el gran volumen del servicio de maternidad (6.200 partos por año); el hecho de que el servicio se viera obligado a dar las altas tempranas debido a la escasez de camas para partos, y el carácter esencialmente indigente de la población que recibió los servicios.

El informe se refiere a los casos de 2.257 madres con sus hijos, el 75 % de las cuales fueron dadas de alta antes de transcurrir cuarenta y ocho horas después del parto, y el 14 % (316) fueron retenidas deliberadamente durante cinco días después del parto para que sirvieran de control. Ambos grupos eran comparables en todos los aspectos importantes. Las madres fueron visitadas tres veces después del alumbramiento, efectuándose la última visita en el transcurso de la tercera semana. Estas visitas tuvieron por objeto la observación y registro de datos, más bien que la intervención activa ante problemas surgidos. Las obser-

vaciones registradas con relación a las madres comprendieron: estado febril, loquios, involución del útero e hinchazón de los pechos. Las observaciones registradas respecto del recién nacido comprendieron: aumento de peso, incidencia de complicaciones, reingreso en el hospital y mortalidad. Desde el punto de vista estadístico, no hubo diferencias significativas con respecto a dichas observaciones entre el grupo dado prontamente de alta y el que permaneció cinco días en el hospital, si bien en muchos casos hubo ligeras diferencias en favor de los casos dados de alta a los cinco días. En el grupo dado prontamente de alta hubo cuatro defunciones entre los niños, tres de ellas debidas a causas repentinas sin explicación o a infecciones totales, después de la primera semana de vida, aparentemente sin relación alguna con el alta temprana. La cuarta defunción ocurrió el tercer día de vida a causa de cardiopatía congénita inoperable; si bien este caso pudo haber sido diagnosticado más pronto si el recién nacido hubiese permanecido más tiempo en el hospital, esto no hubiera afectado la prognosis definitiva. En el grupo dado prontamente de alta, fue mayor el número de madres que requirieron ser alentadas y aconsejadas en sus casas y que expresaron su descontento por la duración de su estancia en el hospital y la atención recibida. Los autores deducen que si bien una estancia corta en el hospital puede entrañar

* Reproducido del "Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana", junio 1963, pág. 615.

ciertos riesgos para el recién nacido (siendo los más importantes la ictericia no identificada y las malformaciones congénitas), éstos pueden eliminarse en gran parte mediante visitas diarias a domicilio durante la semana siguiente al alta.

Al generalizar estos hallazgos a otras partes del mundo, deben tenerse en cuenta otras características del grupo estudiado.

Aunque la población que recibió los servicios obstétricos era indigente el 97 % de las madres se trasladaron a sus hogares en automóvil y el resto utilizó medios de transportes públicos; de la totalidad del grupo, tan sólo cinco madres regresaron a sus hogares sin ir acompañadas de parientes o amigos. Las condiciones hogareñas fueron consideradas "inadecuadas" sólo en el 12 % de estos casos; las restantes se juzgaron "adecuadas" o "aceptables". En el momento de la primera visita de la enfermera domiciliaria, únicamente el 6,6 % de las madres que habían sido dadas prontamente de alta no contaban con ayuda alguna en el hogar y más del 50 % contaban con ayuda permanente. Estas condiciones del hogar pueden haber ejercido una influencia importante en el resultado del estudio.

No hace muchos años, era regla general que el período de hospitalización después del parto fuera de 8 a 10 días. Esto pudo haber estado relacionado en parte con teorías anticuadas acerca de la convalecencia, las cuales quedaron desacreditadas por los resultados de la pronta ambulación de las parturientas. También pudo estar relacionado con los efectos psicológicos post-partum, que llegan al máximo algo después

del quinto día. En cualquier caso, el creciente número de nacimientos y las demandas de hospitalización para el parto han excedido la capacidad de hospitales y camas en Estados Unidos y en muchas zonas urbanas de América latina. En la actualidad, se acepta una hospitalización de cinco días con posterioridad al parto, pero esto resulta difícil o imposible de llevar a la práctica sin crear graves condiciones de hacinamiento y posibles riesgos de infección recíproca entre los servicios de maternidad y de atención del recién nacido. A veces se podría preguntar si es que estos riesgos no exceden las ventajas obstétricas de un parto en el hospital, a pesar de las reconocidas deficiencias ambientales de los hogares de las madres.

Desde luego, lo ideal sería trazar un plan individual para cada madre, basado en sus opiniones y necesidades, en las condiciones de su hogar y en los antecedentes médicos de su embarazo y parto. Entre tanto, es interesante observar que en el estudio realizado en el King's County Hospital, el 16 % de las madres que permanecieron hospitalizadas durante cinco días hubieran preferido una hospitalización más corta. No obstante, un plan individual para cada madre requeriría una flexibilidad y diversidad de medios y servicios que solo pueden lograrse mediante un alto grado de perfeccionamiento.

Sería interesante llevar a cabo un estudio similar al de Hellman y sus colaboradores en una ciudad latinoamericana, particularmente una en la que haya problemas de hacinamiento en los servicios obstétricos de un hospital. Es posible que el hecho

de dar prontamente de alta, incluso dentro de las veinticuatro horas posterior al parto no represente para la madre o el niño un riesgo tan grave como el de permanecer en el hospital sin protección contra las posibles fuentes de infección que ofrece la excesiva proximidad a gran número de otros pacientes y miembros del personal. Este es un problema que sólo puede resolverse

mediante un estudio controlado que serviría para indicar la forma en que podrían utilizarse eficazmente los escasos recursos disponibles en beneficio de la madre y del niño. (Yankauer, A., Asesor Regional de Higiene Materno Infantil, Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, D. C.: Observaciones sobre un reciente estudio).

INVESTIGACION SOBRE ESTADISTICAS DE MORTALIDAD EN LAS AMERICAS *

La Plata fue una de las once ciudades elegidas para realizar el estudio

Iniciado por la Organización Panamericana de la Salud, que actúa como Organización Regional de la OMS para las Américas, está ahora en marcha un interesante trabajo de investigación que comprende la compilación de datos sobre defunciones en diversas grandes ciudades americanas. Cada defunción es objeto de una investigación profunda, para establecer su causa real y compararla a continuación con la causa comunicada oficialmente. La finalidad de esta encuesta es recoger datos estadísticamente comparables que puedan servir de base a los estudios epidemiológicos. Las actuales estadísticas de mortalidad de los distintos países de América no son comparables, en razón de las diferencias en la proporción de certificaciones efectuadas por personal médico, los métodos empleados para la certificación, los puntos de vis-

ta nosológicos y la carencia de normas de diagnóstico.

Se decidió efectuar el estudio en grandes ciudades en atención a que sus habitantes tienen más fácil acceso a los servicios médicos y a que en ellas la mayor parte de las defunciones son certificadas por facultativos. Se decidió estudiar en el curso de los años 1962 y 1963 una muestra de unas 2.000 defunciones anuales en cada ciudad entre personas de 15 a 74 años de edad. Cada defunción se investiga con ayuda del médico, por medio de entrevistas en la vivienda, el hospital y la clínica, y se hace un registro tan completo como sea posible de la enfermedad que ocasionó la muerte, comprendidos los datos de laboratorio, los resultados de otros medios diagnósticos y los hallazgos de la autopsia. Para mantener la uniformidad durante toda la inves-

* CRÓNICA DE LA OMS, Vol. 17, Nº 12, diciembre 1963. (Publicación mensual de la Organización Mundial de la Salud, Ginebra).

tigación, se preparó un manual de procedimientos con cuestionarios normalizados.

La investigación se inició en enero de 1962 en las ciudades de Bogotá (Colombia), Caracas (Venezuela), La Plata (Argentina), Lima (Perú) y San Pablo (Brasil). Se extendió en marzo a la ciudad de Guatemala y a la ciudad de México, en mayo a Cali (Colombia), en julio a Santiago (Chile) y en octubre a dos ciudades elegidas como término de comparación: Bristol (Inglaterra) y San Francisco (Estados Unidos), en las que se utiliza la terminología inglesa. A finales de 1962 se disponía de cuestionarios (cumplimentados por 7 ciudades (Bogotá, Caracas, Guatemala, Lima, México, San Pablo y La Plata) y cuyos resultados se sometieron a análisis y fueron objeto de un *informe preliminar*.¹ Los cuestionarios fueron revisados por dos médicos: el Dr. Percy Stocks, ex-Director del Centro de Clasificación de Enfermedades de la OMS (Inglaterra), y el Dr. Darío Curiel, Director del Centro Latinoamericano de Clasificación de Enfermedades (Venezuela). La causa de defunción fue atribuida independientemente por los dos árbitros de acuerdo con la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción.

En atención a que el número de cuestionarios recibidos de San Pablo y la ciudad de México fue inferior a 100 en cada caso, ambas ciudades quedaron excluidas del análisis.

En tres de las cinco ciudades restantes, más de la mitad de las defunciones tuvieron

lugar en el hospital y más del 60 % correspondían a personas que habían pasado en el hospital el último año de su vida. La proporción de individuos que no habían disfrutado de asistencia médica en ese último año era pequeña. Muchos de los que no habían tenido asistencia profesional o de los que fue imposible obtener información murieron a causa de un accidente o encontraron otro fin violento. En Bogotá y en Caracas se llevaron a cabo un elevado número de autopsias, si bien muchas de las efectuadas en Bogotá eran incompletas y se practicaron en casos de defunción por causas externas. La proporción de defunciones con autopsia completa fue del 28,3 % en Caracas, del 12,2 % en Bogotá, del 8,5 % en Guatemala, del 2,7 % en Lima y del 1,8 % en La Plata. En razón de la escasez y del carácter incompleto de las autopsias efectuadas, el informe llega a la conclusión de que es necesario adiestrar anatomopatólogos para los servicios hospitalarios y medicolegales con el fin de que puedan practicar autopsias más completas y más numerosas. Por otra parte, parece que se han empleado con relativa frecuencia procedimientos diagnósticos como el análisis de sangre, el electrocardiograma, el examen radiológico y la determinación de la presión arterial, técnicas que han proporcionado valiosos datos para la determinación de la causa de defunción.

Las causas de defunción difieren en las cinco ciudades (véase el cuadro). Un factor que hay que tener en cuenta es la edad; en La Plata, por ejemplo, la población es algo más vieja que en las otras ciudades,

¹ Estadísticas sanitarias. (Washington), 1962, 11, Nos. 3-4, pág. 3.

por lo que puede haber proporcionalmente más defunciones por ciertas causas. Cerca de los dos tercios de las defunciones de La

importantes de causas de defunción fueron las neoplasias malignas y las cardiopatías, si bien varió su frecuencia. Aunque el nú-

ATRIBUCION DE CAUSAS DE DEFUNCION EN CINCO CIUDADES AMERICANAS *

Grupos de causas Clasificación Internacional de Enfermedades	Bogotá		Caracas		Guatemala		La Plata		Lima	
	Nú- mero	Por- centaje	Nú- mero	Por- centaje	Nú- mero	Por- centaje	Nú- mero	Por- centaje	Nú- mero	Por- centaje
Tuberculosis, todas sus formas (001-019)	26,8	9,3	13,3	4,0	4,3	3,3	3,5	0,9	48,5	14,3
Otras enfermedades infecciosas y parasitarias (120-138)	7,5	2,6	10,2	3,0	5,8	4,5	5,5	1,4	4,0	1,2
Neoplasias malignas (140-205) ...	41,5	14,5	79,0	23,6	33,8	26,0	119,2	31,1	68,0	20,1
Diabetes mellitus (260)	6,0	2,1	9,8	2,9	4,5	3,5	13,0	3,4	6,5	1,9
Lesiones vasculares que afectan al sistema nervioso central (330-334)	18,2	6,3	23,3	7,0	6,8	5,2	40,3	10,5	23,8	7,0
Enfermedades del corazón (410-443)	48,7	17,0	82,3	24,6	14,2	10,9	84,8	22,1	54,0	15,9
Otras enfermedades del aparato circulatorio (400-402, 444-468) .	11,3	3,9	5,8	1,7	3,7	2,8	14,5	3,8	15,1	4,5
Gripe y neumonía (480-493)	13,0	4,5	4,2	1,2	1,3	1,0	1,2	0,3	8,7	2,6
Bronquitis (500-502)	4,8	1,7	0,2	0,1	1,2	0,9	8,2	2,1	2,0	0,6
Cirrosis hepática (581)	5,5	1,9	4,5	1,3	6,7	5,2	10,5	2,7	7,2	2,1
Otras enfermedades del aparato digestivo (530-580, 582-587)	20,3	7,1	15,0	4,5	7,3	5,6	15,2	4,0	21,2	6,2
Nefritis y nefrosis (590-594)	9,7	3,4	4,3	1,3	1,8	1,4	4,0	1,0	10,8	3,2
Partos y complicaciones del em- barazo (640-698)	6,3	2,2	1,7	0,5	3,0	2,3	4,0	1,0	8,0	2,4
Accidentes (E800-E962)	28,2	9,8	27,5	8,2	6,3	4,9	13,7	3,6	27,8	8,2
Suicidio, homicidio y otras vio- lencias (E963-E999)	17,0	5,9	30,3	9,0	2,0	1,5	10,0	2,6	5,2	1,5
Todas las demás causas especifi- cadas (otras categorías)	21,7	7,6	21,4	6,4	17,6	13,5	29,1	7,6	24,2	7,1
Síntomas, senilidad y estados mal definidos (780-795)	0,5	0,2	2,2	0,7	9,7	7,5	7,3	1,9	4,0	1,2
TOTAL	287	100	335	100	130	100	384	100	339	100

* Las fracciones se deben a la atribución de causas múltiples por los árbitros.

Plata se dieron en personas de 55 a 74 años de edad.

mero de defunciones por esas causas no es suficientemente grande para sacar conclusiones, parece haber diferencias en cuanto

En las cinco ciudades los dos grupos más

a la localización de los cánceres y a los tipos de cardiopatía.

La tuberculosis constituyó una causa de defunción importante en Lima (el tercer lugar por orden de importancia), mientras que su relieve fue pequeño en La Plata. En Bogotá venía en cuarto lugar después de las cardiopatías, las neoplasias malignas y los accidentes. Es notable la escasa importancia de las afecciones de las vías res-

piratorias y del conducto digestivo. Los accidentes ocupan un lugar importante entre las causas de defunción: el tercero en Bogotá, y el cuarto en Caracas y Lima. Las defunciones por suicidio, homicidio y otras violencias fueron más frecuentes en Bogotá que las ocasionadas por la gripe y la neumonía, la bronquitis o las afecciones infecciosas y parasitarias, excluida la tuberculosis.²

² La investigación sobre mortalidad a que se hace referencia en esta nota se inició en enero de 1962 y terminó en diciembre de 1963. Los datos consignados aquí corresponden aproximadamente a los dos primeros meses de trabajo (año 1962). En la ciudad de La Plata dirigió la investigación el Dr. Carlos Ferrero, médico sanitarista especializado en bioestadística, actualmente siguiendo un curso de esta materia, como becario, en los Estados Unidos.

INFORMACION GENERAL

MENSAJE DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA EN EL "DIA DEL MEDICO"

EL MEDICO

"Pasaré mi vida y ejerceré mi profesión con inocencia y pureza...", dice el médico cuando presta su Juramento Hipocrático.

Y ese profesional, con algo de melancolía contempla la marcha acelerada de los tiempos, el avance arrollador de la ciencia que siempre lo va dejando atrás, el progreso plasmado día a día por el hombre.

Siente que su actitud mental, al egreso del claustro universitario, no es la más adecuada al permanente cambio: clasicidad de la enseñanza y vetustos hábitos profesionales lo detienen.

El médico pensativo y quieto ve pasar junto a él una humanidad angustiada, desorbitada, tironeada constantemente por intenciones pasajeras. Esos son los hombres comunes, destinatarios de su capacitación. Y él mismo es un hombre común.

Las zozobras de la vida diaria agitan su espíritu por sí y por su prójimo. Con este enfrentamiento perpetuo con el quehacer humano, perfecciona su actitud en la marcha y se acostumbra a no exigir diferencias para él, sino para todos.

Ha dicho alguien y han repetido muchos que el dolor es la más alta escuela de hu-

manidad. ¡Cómo no ha de ser el médico discípulo dilecto de esta disciplina!

Fue depositario siempre de una mística que lo poseía y lo rodeaba. Sus vivencias, sembradas de lágrimas y alegrías, su afán creador y de lucha, se proyectaban hacia la comunidad, y ésta como título de nobleza le deparó, por siglos, un lugar de privilegio.

Hoy día el hombre que corre tras una esperanza, que ha despojado al mundo de sus emblemas nobiliarios a fuer de querer la Verdad, aún en esa carrera aguarda que el médico, custodio del sentir humanitario, lo acompañe.

Y él, que es hombre común, debe conservar su privilegio espiritual, brindándose sin retaceos en sus ambientes de trabajo y —por qué no decirlo— corriendo él también tras el sueño que al darle alcance, se esfuma.

Habrás así cumplido las polvorientas palabras de su juicio inicial. De no ser así, ese hombre -médico estará desconcertado; habrá permanecido mucho tiempo pensativo y quieto, sin ver en el hombre común a su legítimo hermano.

La comunidad le guarda un día del calendario para él solo. Reunidos hoy todos, sin nombres propios, pasados los años, con el otoño prendido a los cabellos, algunos pensarán: "¿Pasé mi vida y ejercí mi profesión con inocencia y pureza...?"

El juicio de los hombres, con bronce o barro, y el implacable juicio de la Eternidad, develará la incógnita a cada uno de ellos.

LA PLATA, 3 DE DICIEMBRE DE 1964

SE LLEVO A CABO EL "OPERATIVO SEGURIDAD TOTAL"

Tuvo amplio éxito la vacunación oral Sabin para mayores de 14 años

Es notable el decrecimiento de los casos de poliomielitis registrados en la Capital Federal y el Gran Buenos Aires en los últimos años, sobre todo desde la aplicación de la vacuna oral Sabin, al punto de que, hasta mediados de noviembre, en el año en curso se registraron 28 casos. En 1960 se produjeron 450 casos, 476 en 1961, en 1962 la cifra bajó a 385 y a 239 en 1963, año en que se inició, en el segundo semestre, la vacunación oral Sabin, cayendo la curva en forma bien notoria.

Sin perjuicio de la administración de la vacuna a los niños desde los 3 meses de edad —que de ningún modo debe ceder—, ALPI, con la colaboración de 2.500 farmacias de la Capital Federal, el Gran Buenos Aires, La Plata, Berisso y Ensenada, desarrolló, con la denominación de "Operativo Seguridad Total", una campaña de va-

vacunación antipolio Sabin destinada a personas mayores de 14 años, los días 2, 3 y 4 de diciembre. Hasta el momento de iniciarse este operativo, en todo el país había un millón y medio de personas mayores de 14 años vacunadas. (Y sobre 7 millones de niños de hasta 14 años que hay en el país, hasta la fecha se aplicó la vacuna a 5.310.000, o sea el 66 por ciento del total, obteniéndose un aceptable índice de inmunidad).

En esta oportunidad se suministraron un millón de dosis en las tres jornadas previstas por el operativo, aplicándose 67.500 de ellas en La Plata, Berisso y Ensenada —donde la tarea estuvo supervisada por la benemérita APRILP—, con lo queda dicho que el más franco de los éxitos coronó la campaña de vacunación antipoliomielítica planeada.

SE CREA UNA "COMISION NACIONAL COORDINADORA PARA EL ESTUDIO Y LUCHA CONTRA LA FIEBRE HEMORRAGICA DE LA ARGENTINA"

Se le asignaron 15 millones de pesos

El Poder Ejecutivo Nacional, con fecha 11 de junio de 1964, dictó un decreto por el que dispone la integración de una comisión, en el ámbito nacional, que tendrá a su cargo "coordinar y promover" la investigación, terapéutica y lucha contra la virosis hemorrágica, denominada "mal de los rastrojos", cuyo brote de corte epidémico se advierte en pleno desarrollo en zonas de la provincia de Buenos Aires, con tendencia a ampliarse peligrosamente. En los considerandos de la disposición se señala en especial que, según los datos científicos que obran en poder de las autoridades del ramo, y de acuerdo, además, con las investigaciones sobre el caso realizadas en otros países, este mal adopta características diversas en cada región, resultando diferentes, inclusive, los agentes que lo causan.

En la parte dispositiva se resuelve la creación de la Comisión Nacional Coordinadora para el estudio y la lucha contra la Fiebre Hemorrágica de la Argentina, la que deberá ocuparse también de la prevención del mal en todo el territorio de la República. Será presidida por el subsecretario de Asistencia Social y Salud Pública y la integrarán otros altos funcionarios de ese Ministerio vinculados con el problema, representantes de ministerios de Salud Pública provinciales, especialmente de aquellos estados en los que se compruebe la

presencia de la virosis, y delegados de las universidades, de la Secretaría de Agricultura y Ganadería y del INTA. Además, "las provincias, municipalidades, otras instituciones oficiales y los organismos privados que deseen participar en las operaciones previstas" lo harán mediante contratos con el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública.

El decreto detalla también las atribuciones de la comisión que crea, las que le permitirán desempeñarse holgadamente en la tarea que se le asigna, tanto en las relativas a investigación, intercambio de cepas, planificación, evaluación de las operaciones e intercambio de información como en las de concertación de convenios o contratos con quienes deseen participar en esta lucha. La importación de equipos, instrumental, materiales, productos y reactivos biológicos y químicos, pesticidas, repelentes, drogas, libros y publicaciones destinadas al mejor cumplimiento de las finalidades propuestas, esto es, la erradicación del mal, estará excluida de recargos cambiarios, aforos y derechos aduaneros.

Posteriormente el presidente de la República firmó un decreto por el cual se asigna a la Comisión Nacional la suma de 15 millones de pesos para iniciar los trabajos por los que específicamente fue creada la mencionada comisión.

SE INTENSIFICA LA LUCHA CONTRA EL "MAL DE LOS RASTROJOS"

El Ministerio de Salud Pública de la provincia de Buenos Aires dio a conocer el 12 de junio una estadística oficial sobre la difusión del "Mal de los Rastrojos" en la actual etapa epidémica. El mal comprende a treinta localidades bonaerenses, con una morbilidad total de 1.461 casos, de los

cuales, hasta el momento, diecinueve han fallecido. En el siguiente cuadro se puede apreciar claramente la discriminación de la enfermedad por partidos, teniendo en cuenta el número de pacientes ingresados en los hospitales, recuperados, fallecidos e internados.

PARTIDOS	INGRESADOS	RECUPERADOS	FALLECIDOS	INTERNADOS
Pigüé	5	2	0	3
Carlos Tejedor	15	9	0	6
Carhué	8	0	0	8
Alberti	42	31	3	8
General Pinto	6	2	0	4
Guamini	7	0	0	7
Salazar (Caseros)	2	0	0	2
Carmen de Areco	11	11	0	0
General Arenales	1	0	0	1
Balcarce	14	0	0	14
Coronel Suárez	1	0	0	1
Campana	1	0	0	1
Coronel Dorrego	1	0	0	1
Puán	1	0	0	1
Trenque Lauquen	1	0	0	1
Nueve de Julio	167	100	5	62
General Viamonte	79	54	1	25
Pergamino	75	51	0	23
Rojas	120	62	0	58
Salto	158	124	2	32
Bragado	59	31	4	24
Chivilcoy	34	24	1	9
Carlos Casares	110	88	2	20
Caseros	27	9	0	18
Junín	220	136	1	83
Chacabuco	87	74	0	13
Lincoln	88	57	0	31
Pehuajó	72	68	0	4
Henderson	45	20	0	25
Espartillar	4	3	0	1
TOTALES	1.461	956	19	486

El Ministerio ha intensificado la lucha contra la afección disponiendo la provisión de medicamentos y elementos de laboratorio e iniciando una campaña

popular con el fin de obtener toda la sangre que necesita el Instituto de Hematología de la Provincia para la obtención de plasma.

REGISTRO PROVINCIAL DEL CANCER

Un año de funcionamiento

El 1º de marzo de 1963 comenzó a funcionar en el partido de La Plata, zona impuesta como área experimental, el Registro Provincial del Cáncer, organismo único en su tipo en nuestro país, creado por decreto N° 11.663/62.

Los fines perseguidos con la creación del mismo fueron entre otros:

1º) Obtener datos concretos sobre distintos aspectos de las neoplasias malignas a los efectos de disponer de los elementos materiales y humanos con que se cuenta, en forma efectiva, posibilitando así una disminución de la tasa de mortalidad por cáncer en toda la Provincia.

2º) Facilitar la labor de médicos e investigadores, haciéndoles conocer, mediante publicaciones periódicas, todas las conclusiones extraídas de los datos recibidos.

3º) Determinar la actitud de médicos y población frente al problema, a efectos de informar sobre la necesidad de organización de campañas de difusión a nivel profesional o popular.

4º) Conocer qué zonas de la Provincia son las más castigadas por esta afección para permitir la creación de centros de diagnóstico y tratamiento en aquellas que así lo requieran evitando con ello el desplazamiento de enfermos a los grandes centros y por consiguiente todos los trastornos socio-económicos que los mismos traen aparejados.

En resumen su acción tiende a obtener una base firme, sobre la cual se apoye la organización de una efectiva lucha anticancerosa en todo el territorio de la provincia de Buenos Aires.

Si bien es cierto que debido al poco tiempo de funcionamiento todavía no se pueden extraer conclusiones en cuanto a detalles minuciosos sobre esta enfermedad, ya es posible vislumbrar algunos aspectos que permitirán realizar un control más efectivo de la misma. Es así como se han realizado distintas tablas estadísticas que permiten ver cual es el sexo más castigado, la edad de mayor incidencia, las localizaciones más frecuentes, el tipo histológico que prevalece, la actitud de la población y de los médicos ante el problema, los métodos de diagnóstico utilizados y las características evolutivas de las lesiones.

Todas estas tablas, cuando se obtenga la cantidad suficiente de casos permitirán extraer conclusiones con un mínimo de error que serán de incalculable valor para los fines antedichos.

En la actualidad este organismo que funciona dependiendo de la Dirección de Planeamiento del Ministerio de Salud Pública de la provincia de Buenos Aires está realizando los estudios correspondientes a los efectos de extender su radio de acción fuera del partido de La Plata para así progresivamente comprender a todo el ámbito provincial.

Localización

Localización	Sub Total	Total	%
Aparato Génitourinario	-	235	30,96
Mama	84	-	-
Utero	65	-	-
Vejiga	31	-	-
Otros	31	-	-
Aparato Digestivo	-	181	23,81
Estómago	55	-	-
Recto	30	-	-
Esófago	30	-	-
Intestino grueso	23	-	-
Vías biliares y del hígado	23	-	-
Peritoneo	11	-	-
Otros	9	-	-
Aparato Respiratorio	-	131	17,23
Pulmón	103	-	-
Laringe	25	-	-
Otros	3	-	-
Cavidad bucal y faringe	-	33	4,34
Piel	-	120	15,78
Ganglios linfáticos	-	18	2,36
Oseos	-	12	1,57
Tejido conjuntivo	-	6	0,80
Hodgkin	-	5	0,65
Tiroides	-	4	0,52
Otros	-	15	1,98
TOTALES	-	760	100,00

A continuación se inserta un resumen de los datos recolectados durante el primer año de funcionamiento en el partido de La Plata.

En el lapso comprendido entre marzo de 1963 y febrero de 1964, se recibieron 760 denuncias de cáncer. La edad de mayor incidencia ha sido la comprendida entre los 40 y 79 años con 665 casos o sea 87,50 %, 435 casos o sea el 57,23 % pertenecen al sexo masculino.

El tiempo transcurrido desde la iniciación de la sintomatología hasta la consulta médica, fue menor de un mes en 155 casos; de 1 a 2 meses en 104 casos y de 2 a 3 meses en 75 casos. Dentro de los seis primeros meses consultaron al médico un total de 485 enfermos o sea el 63,81 %. El resto sobrepasó ese lapso.

Los diagnósticos fueron realizados antes de transcurrido un mes a partir de la primera consulta en 504 casos; entre 1 y 2 meses en 119 casos y de 2 a 3 meses en

30 casos. En total se hizo el diagnóstico antes de los seis meses en 704 oportunidades o sea 92,63 %.

Las localizaciones fueron las siguientes:

Aparato genitourinario: 235 casos. Mama y útero con 84 y 37 casos respectivamente, son los órganos que encabezan las localizaciones en este aparato.

Aparato digestivo: 181 casos. Dentro de éste el estómago con 55 casos ha sido el órgano de mayor incidencia, siguiéndole en orden decreciente, recto, esófago, intestino grueso, vías biliares y el de hígado.

Aparato respiratorio: 131 casos, de los cuales 103 pertenecen a pulmón.

Piel: 120 casos.

Cavidad bucal y faringe: 33 casos.

Ganglios linfáticos: 18 casos.

Oseos: 12 casos.

Tejido conjuntivo: 6 casos.

Hodgkin: 5 casos.

Casos de Cáncer denunciados y distribuidos según edad y sexo

SEXO	EADAES												TOTAL
	0 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 a 89	90 y más	Sin Esp.		
Masculino ..	4	1	2	14	70	117	135	70	18	-	4	435	
Femenino ..	3	2	6	23	60	82	85	46	14	2	2	325	
TOTAL ..	7	3	8	37	130	199	220	116	32	2	6	760	

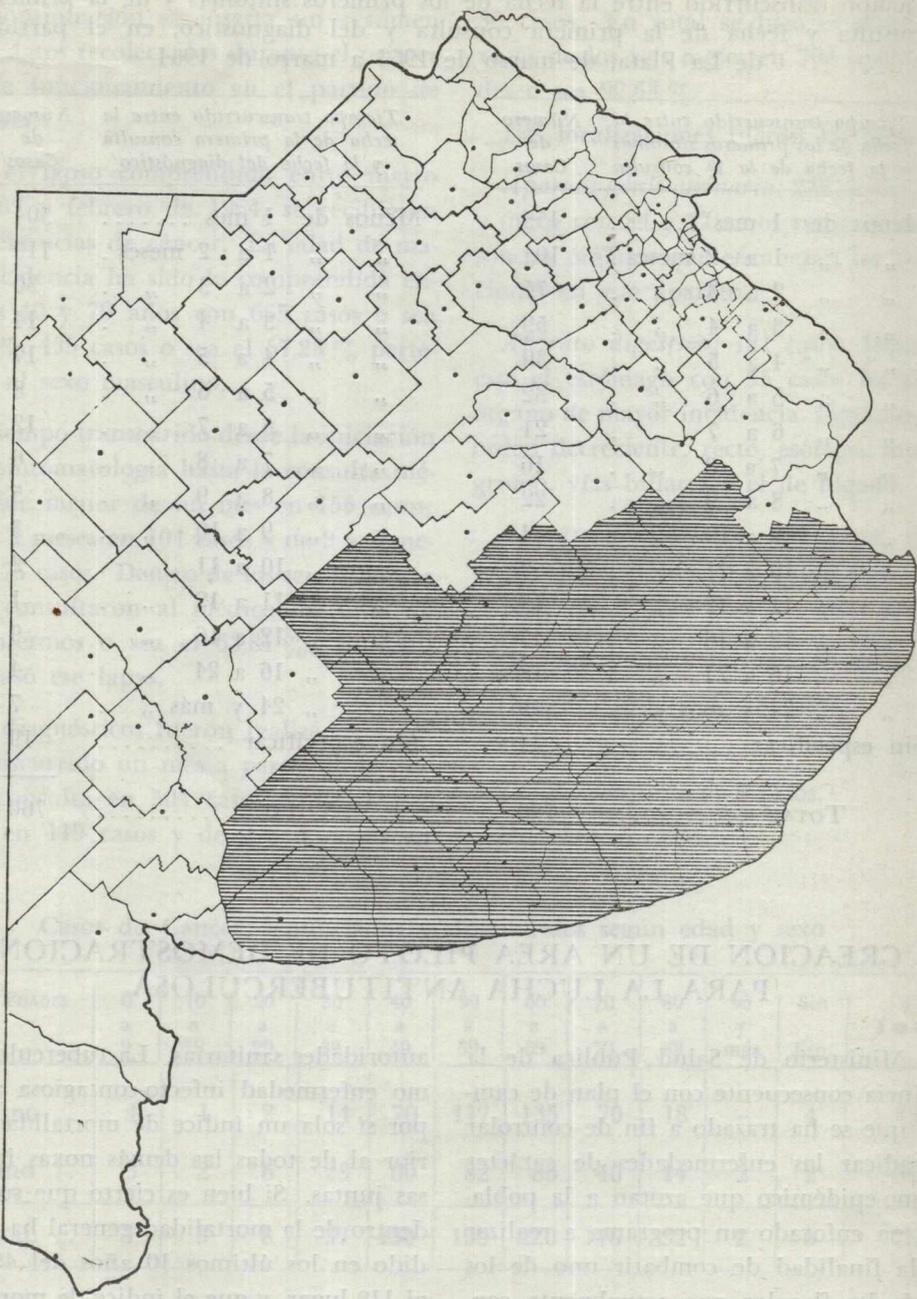
Tiempo transcurrido entre la fecha de los primeros síntomas y de la primera consulta y fecha de la primera consulta y del diagnóstico, en el partido de La Plata, de marzo de 1963 a marzo de 1964

<i>Tiempo transcurrido entre la fecha de los primeros síntomas y la fecha de la 1ª consulta</i>	<i>Número de Casos</i>	<i>Tiempo transcurrido entre la fecha de la primera consulta y la fecha del diagnóstico</i>	<i>Número de Casos</i>
Menos de 1 mes	155	Menos de 1 mes	504
„ „ 1 a 2 meses	104	„ „ 1 a 2 meses	119
„ „ 2 a 3 „	75	„ „ 2 a 3 „	30
„ „ 3 a 4 „	59	„ „ 3 a 4 „	14
„ „ 4 a 5 „	39	„ „ 4 a 5 „	17
„ „ 5 a 6 „	32	„ „ 5 a 6 „	8
„ „ 6 a 7 „	21	„ „ 6 a 7 „	12
„ „ 7 a 8 „	16	„ „ 7 a 8 „	6
„ „ 8 a 9 „	22	„ „ 8 a 9 „	5
„ „ 9 a 10 „	11	„ „ 9 a 10 „	3
„ „ 10 a 11 „	2	„ „ 10 a 11 „	2
„ „ 11 a 12 „	13	„ „ 11 a 12 „	1
„ „ 12 a 16 „	47	„ „ 12 a 16 „	9
„ „ 16 a 24 „	18	„ „ 16 a 24 „	4
„ „ 24 y más „	75	„ „ 24 y más „	7
Sin especificar	71	Sin especificar	19
TOTAL	760	TOTAL	760

CREACION DE UN AREA PILOTO DE DEMOSTRACION PARA LA LUCHA ANTITUBERCULOSA

El Ministerio de Salud Pública de la Provincia consecuente con el plan de campaña que se ha trazado a fin de controlar y erradicar las enfermedades de carácter endemo-epidémico que azotan a la población, ha enfocado un programa a realizar con la finalidad de combatir uno de los principales flagelos que actualmente concitan por su importancia la atención de las

autoridades sanitarias. La tuberculosis, como enfermedad infecto-contagiosa alcanza por sí sola un índice de mortalidad superior al de todas las demás noxas infecciosas juntas. Si bien es cierto que su rango dentro de la mortalidad general ha descendido en los últimos 10 años del 4º lugar al 11º lugar, y que el índice de mortalidad ha descendido en el mismo lapso hasta al-



Area Piloto de demostración para la lucha antituberculosa Zona Sudeste de la Provincia Buenos Aires.

canzar la tasa de 9×100.000 , estas cifras son aún de magnitud digna de atención pues corresponden a cerca de 600 muertos anuales con una notable proporción en el tributo infantil dentro de las mismas. Si a esto agregamos que las tasas de infección y morbilidad han sufrido en los últimos años un ascenso, que si bien es cierto coinciden con un similar fenómeno mundial, ello es motivo de justificados recelos, comprometiendo los esfuerzos de los especialistas hacia campañas de lucha intensiva para poner dique a la tendencia expansiva de la endemia.

Con el fin de iniciar un plan modelo de Lucha Antituberculosa, donde se pongan en práctica las más modernas conquistas en una acción coordinada destinada a promover medidas de carácter preventivo, cuya delineación ha sido experimentada en diversos países y por instituciones cuya capacidad específica ha demostrado su alto rendimiento, el Ministerio de Salud Pública ha concertado un acuerdo con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la Nación, la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (U. N. I. C. E. F.), para iniciar un plan de lucha modelo en la Zona Sudeste del territorio.

La O. M. S. y la U. N. I. C. E. F. con el Ministerio de Salud Pública de la Nación han firmado un plan tripartito por medio del cual se creó el Centro Nacional de Lucha Antituberculosa con asiento en Recreo (Provincia de Santa Fe). Las finalidades que persigue esta creación son las siguientes:

“Crear un Centro donde sobre la base de un programa de control de la tuberculosis, desarrollados en zonas urbanas y rurales, se imparta a médicos y técnicos auxiliares, enseñanza adecuada sobre todos y cada uno de los aspectos que comprende la lucha antituberculosa. Naturalmente en la medida que esos objetivos fundamentales se cumplan, irán también cumpliéndose los restantes, que comprenden: *a*) estimular y efectuar investigaciones relativas a los diversos aspectos del programa de control y de enseñanzas del Centro (Epidemiología, Administración de Programas, Educación Sanitaria, Docencia, etc); *b*) asesorar a los organismos de Salud Pública de las Provincias en la planificación, ejecución y evaluación de programas de control de la tuberculosis, y *c*) promover iniciativas que tiendan a la coordinación más estrecha posible de las actividades del Centro con las de otros organismos de Salud Pública y con las instituciones que contribuyan al mejoramiento de la salud de la Comunidad”.

Teniendo en cuenta que los postulados de esta creación encaran el apoyo de los organismos de Salud Pública de las Provincias en la planificación y ejecución de programas de control de las endemias y vista la posibilidad de aplicar en la nuestra un sistema similar, y atento a que su aprovechamiento ha de significar la concreción de una campaña tipo, realizada en el más alto nivel técnico y científico, el Ministerio ha decidido llevar a cabo un programa de lucha a aplicar en un área Piloto de Demostración, cuya cabecera se encontrará en la ciudad de Mar del Plata

y cuya área corresponderá a una amplia zona de la Provincia.

Como antecedente cabe recordar el Convenio firmado entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la Nación y el similar de nuestra Provincia en junio de 1963 para coordinar la lucha antituberculosa entre la Nación y la Provincia, ya puesto en práctica.

La resolución creando el Area Piloto de Demostración fue firmada el 20 de octubre

del corriente año, por el Ministro de Salud Pública de la Provincia, siendo la misma refrendada por el titular del mismo Ministerio de la Nación. Esta Area se integrará al plan tripartito, como parte del programa aplicado en Recreo (Provincia de Santa Fe) y el que cuenta con el asesoramiento técnico de la O. M. S. y el apoyo material de la U. N. I. C. E. F. según lo establecido en el citado convenio.

ACERCA DE LA REGIONALIZACION SANITARIA

REGIONALIZACIÓN

La Regionalización es uno de los más eficaces métodos administrativos que puedan aplicarse en territorios de dilatada extensión, como la Provincia de Buenos Aires.

Su objetivo es la descentralización ejecutiva, de modo tal de permitir una mayor agilidad funcional y una real adaptación a las características peculiares de cada zona.

Una adecuada regionalización, no sólo redundará en soluciones inmediatas a nivel local, sino que permite simultáneamente el mejor empleo del tiempo y los recursos humanos en el nivel central. Ello significa contar con amplias posibilidades de planificación y normatización.

En Salud Pública, donde las necesidades se radican en todos los sectores sociales y en concentraciones de población de toda magnitud, donde el factor tiempo tiene precisamente un sentido vital, puede un sistema administrativo regionalizado, lograr los más ambiciosos resultados.

Pero para ello, es imprescindible partir de bases seguras y firmes.

Un proceso de regionalización basado en factores de zonificación erróneos o con un complicado sistema administrativo que no responda a la realidad, traerá consigo, por el contrario, un irremediable fracaso con su consiguiente incidencia en la economía pública.

LA PLANIFICACIÓN

Para evitar moverse a ciegas por el complicado camino que lleva al establecimiento de una estructura zonificada, hay probadas técnicas de investigación y planificación que han sido empleadas con éxito en diferentes países y que los organismos internacionales aconsejan.

El método de planificación supone serios y detenidos estudios, en los que no se corra el riesgo de olvidar algunos factores decisivos, se cometan errores de valoración, se olviden los procesos dinámicos que se suce-

den naturalmente o no se coordinen con los planes de otros organismos.

A la regionalización hay que llegar planificadamente, con nítida conciencia de su desarrollo futuro. La organización a crearse no puede ser jamás tan rígida, que impida el crecimiento de los recursos sanitarios y el progreso de sus métodos, en armonía con el desenvolvimiento de todos los otros aspectos comunitarios.

PARTICIPACIÓN DE TODOS LOS SECTORES

El proceso de regionalización, no puede ser puesto en marcha sin la participación efectiva de todos los sectores que se vinculan a la Salud Pública en el ámbito provincial. Ello surge de un simple balance de los recursos disponibles.

Por efecto de nuestro sistema institucional, los servicios públicos son prestados por organismos dependientes de los gobiernos Nacional y Provincial y las Municipalidades. Igualmente los sectores privados —mutuales, sindicatos, sociedades y profesionales— desempeñan un rol de importancia en este aspecto.

Si se obra unilateralmente, sin consultar la capacidad de acción y los intereses de estos núcleos, se restarían posibilidades fundamentales en la activación de las regiones.

ANTECEDENTES

Alrededor del problema de regionalizar la administración de Salud Pública, se sucedieron en la Provincia de Buenos Aires desde 1960, diversos intentos de estructurar un sistema que nunca llegó a funcionar,

precisamente por no haberse considerado algunos temas fundamentales.

Por Resoluciones Ministeriales de diciembre de 1960 y enero de 1961, creáronse casi simultáneamente una Comisión de Regionalización y 10 Regiones Sanitarias con una estructura dada en cada una, e integradas por diversos cargos administrativos.

Estas resoluciones determinaron la sanción de la Ley 6647 de Regionalización Sanitaria (octubre de 1961), que fijó algunas bases y principios fundamentales, al mismo tiempo que anticipó límites regionales y niveles de prestación que la experiencia posterior demostraría erróneos.

Para la aplicación de la Ley, dictóse el Decreto Reglamentario 2587 (mayo 1962) que en un extenso cuerpo de 232 artículos contenía un complicado sistema administrativo, de rígida aplicación en cada Región y de excesiva burocracia.

Recién en febrero de 1963, se dicta una Resolución Ministerial disponiendo el funcionamiento del sistema, que sin embargo no se efectiviza.

El 6 de setiembre de ese mismo año, se modifica por decreto la reglamentación original, modificándose la estructura de la Dirección Central de Regiones Sanitarias, cubriéndose de inmediato, y por sucesivos actos administrativos, los cargos jerárquicos.

Por un nuevo decreto, el 2 de octubre se modifican ligeramente, sin especificar motivos, los límites de algunas regiones.

A través de este proceso, se observa una serie de medidas contradictorias y una escasa relación con la realidad. Sus deficiencias fundamentales fueron: el no haber

estudiado detenidamente los factores geográficos, demográficos, socio-económicos, de comunicaciones, y sanitarios de la regionalización; la complicada y onerosa estructura creada; la falta de vinculaciones con los organismos nacionales y municipales; la descordinación entre los recursos hospitalarios disponibles y las regiones.

La ineficacia del programa y los cuantiosos gastos originados, determinaron la adopción de medidas transitorias tendientes a un mejor ordenamiento administrativo hasta tanto se establecieran las orientaciones y criterios técnicos básicos.

LA ETAPA DEFINITIVA

Desde febrero del corriente año, se han realizado diversos estudios en profundidad, para definir la conformación regional de la Provincia y estructurar una eficaz descentralización ejecutiva sin complicaciones burocráticas.

Una valiosa y completa documentación, elaborada por los departamentos técnicos de la Dirección de Planeamiento en íntimo

contacto con distintos organismos nacionales y provinciales, permitirá establecer los límites zonales con un amplio margen de seguridad, y un minucioso conocimiento de los recursos sanitarios disponibles.

Igualmente se han propuesto las normas que regirán el sistema, y que una vez convertidas en Ley y reglamentación, asegurarán un régimen funcional ágil, desprovisto de exceso de cargos y complicaciones.

La participación de todos los sectores interesados en la Regionalización, se hará desde el momento mismo de la puesta en marcha del proceso, como única forma de unificar los recursos existentes y responder a los justos intereses de cada uno, en un marco de prioridad social.

En esta etapa definitiva, las regiones irán adquiriendo su responsabilidad ejecutiva en forma paulatina como experiencias piloto. Ello se hará sin ceñirse a esquemas rígidos que hagan —por ejemplo— que una región típicamente rural sea igual a otra urbana, sino por el contrario que se adapten a los caracteres naturales de cada zona.

DONOSE AL MINISTERIO UN APARATO DETECTOR DE PLOMO

En una sencilla ceremonia que tuvo lugar en la sede de la Dirección de Protección de la Salud, el subsecretario de Salud Pública de la Provincia, Dr. Mario Tamarit, recibió de la firma Plomel SRL, un valioso aparato detector de plomo en el aire, donado por la referida empresa para ser utilizado por el Departamento de Medicina del Trabajo. En representación de Plomel SRL, entregó el aparato, que es de

la Mine Safety Appliances Company, el Ing. Juan M. J. Martínez Prieto, quien significó la importancia de ese elemento técnico para producir salud en el esquema de la moderna medicina sanitaria. Por su parte, el Dr. Tamarit agradeció la donación en nombre del titular de la cartera, Dr. Abelardo M. Costa, destacando el gesto de la firma.

Asistieron al acto, además, los directores de Protección de la Salud, Dr. Gonzalo Basilio Cid, el subdirector, Dr. Adolfo R. Antoni, el director de Relaciones Públicas, Sr. José J. Invernizzi y otros altos funcio-

narios del ministerio de Salud Pública. El aparato es utilizado en las inspecciones a las fábricas, para detectar la presencia de plomo en el aire, en defensa de la salud del trabajador de la industria.

PREMIO "BORIS ROTHMAN"

TEMA: NUTRICION Y SALUD PUBLICA

Fue otorgado en el Segundo Congreso Argentino de Nutrición a un trabajo presentado por

SILVIA GAGNETEN, NOEL H. SBARRA y CARLOTA SARLI
Dietista Médico Dietista

En homenaje a la memoria del doctor Boris Rothman —prematuramente desaparecido—, prestigiosa figura argentina en el campo de la nutrición y la dietología —que fuera director del Instituto Nacional de la Nutrición y profesor en la Universidad Nacional de Buenos Aires—, la casa Boehringer Argentina S. A. C. F. Boheringer y Soeline Ombtl. Mannehin, instituyó un premio con el nombre de aquel científico para ser disputado por trabajos presentados al Segundo Congreso Argentino de la Nutrición —celebrado en Córdoba en octubre del año en curso— dentro de la especialidad "Nutrición y Salud Pública".

El jurado, integrado por el Dr. Carlos E. Alvariñas, director del Instituto Nacional de la Nutrición; Dr. Arturo León Gil, director de la Asociación Argentina de Nutrición y Dietología, y el Dr. Carlos Lari, jefe de la zona VI de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la

OMS, confirió tal distinción, entre veintiséis trabajos, al presentado por las señoritas Silvia Gagnetten y Carlota Sarli —dietistas— y el Dr. Noel H. Sbarra, con el título de OPERACIÓN "LOS HORNOS" (*Encuesta familiar alimentaria —económica, sanitaria y cultural— en un barrio suburbano de la ciudad de La Plata*). El premio consistió en diploma para cada uno de los autores y la suma de \$ 20.000 m/n.

El Dr. Noel H. Sbarra —que en 1950 obtuviera el premio "Dr. Fernando Schweitzer", de pediatría— es médico higienista y en la actualidad ejerce la dirección de la Casa Cuna e Instituto de Puericultura de La Plata, y las dietistas Srta. Silvia Gagnetten —que en 1963 fue becaria de UNICEF en el Instituto de Nutrición de Centro América, donde realizó un intenso entrenamiento en trabajo de campo— y Srta. Carlota Sarli —a cuyo cargo estuvo la or-

ganización de los servicios de alimentación del Hospital Ricardo Gutiérrez y del Instituto del Tórax, ambos de La Plata, y del Instituto de Cirugía de Haedo— pertenecen al personal técnico de la División Alimentación y Dietética del Ministerio de Salud Pública de la provincia de Buenos Aires. El Comité Provincial Coordinador ante el II Congreso Argentino de Nutrición, que actuó como asesor, estuvo integrado por el dietólogo Dr. Rubén Durán, los pediatras Dres. Marcos Cusminsky y Guillermo Lozano y el sociólogo Prof. Guillermo Savloff.

Como difícilmente este trabajo —valioso sobre todo desde el punto de vista metodológico— podrá publicarse, dado el alto costo de la impresión, daremos seguidamente una breve reseña del mismo. Comprende un volumen de 131 páginas, con 56 de texto y cuatro apéndices, a saber:

I. *Instrumentos de recolección de datos:* modelos de los 8 formularios empleados.

II. *Requerimientos normales:* tablas de recomendaciones calóricas, tiamina, niacina, proteínas, calcio, hierro, vitaminas A y C, en niños y adultos, de ambos sexos.

III. *Presentación de los datos recogidos en la encuesta:* 41 cuadros presentando el material extraído de la encuesta: grupos etarios, escolaridad, ocupación, ingresos, distribución de presupuesto familiar, relación de ingresos y porcentaje de egresos dedicados a la alimentación, consumo promedio "per capita" de los distintos grupos de alimentos, etc., etc.

IV. *Representación gráfica de los datos recogidos.*

El trabajo consta de los siguientes seis capítulos:

1. OBJETIVOS DE LA ENCUESTA

a) *Objetivo general:* Evaluar el estado de nutrición de una población mediante la aplicación de una metodología integrada por métodos directos e indirectos que, con el mínimo de recursos, permita la obtención de datos relativos a los distintos factores que determinan el estado de nutrición de una comunidad. Se considera que este tipo de estudio puede servir de base para el planeamiento de un programa de nutrición aplicada en un área determinada.

b) *Objetivos específicos:* a) Disponibilidad de nutrientes; b) Consumo de nutrientes; c) Utilización de nutrientes a nivel celular; d) Estado de nutrición: evaluación de los datos antropométricos de la población estudiada.

2. DATOS PRELIMINARES DE LA COMUNIDAD

Se realizó, antes de comenzar la encuesta, un estudio de la comunidad elegida: el barrio denominado "Los Hornos", al sur de la ciudad de La Plata y colindante con la planta urbana. Este barrio abarca un área levemente rectangular de 20 cuadras de largo por 16 de ancho, comprendida entre las calles 56 y 72, por un lado, y entre 131 y 151 por el otro. La población fue estimada en 10.000 habitantes (2.500 familias aproximadamente).

El estudio preliminar comprendió: reseña histórica, topografía y clima, datos socio-culturales, servicios públicos, salud pú-

blica, educación, censo de comercios de productos alimentarios, etc.

3. DESCRIPCIÓN DE MÉTODOS Y TÉCNICAS

a) *Extracción de la muestra:* El tamaño de la muestra se fijó en treinta familias. Esta determinación se efectuó tomando como punto de referencia recientes encuestas alimentarias, tanto en el país como en el extranjero. Se empleó el método de muestreo al azar, mediante el empleo de la tabla de números aleatorios. Se efectuaron tres muestreos: selección de 30 manzanas (de las 300); determinación del punto de partida para localizar las casas en cada una de las manzanas; determinación de las casas.

b) *Instrumentos para la recolección de datos:* Se elaboraron ocho formularios: 1. Datos generales de la familia; 2. Poder de compra: ingresos y egresos; 3. Consumo familiar de alimentos; 4. Cultura alimentaria; 5. Cultura sanitaria familiar; 6. Requerimientos nutricionales de la familia; 7. Actividades diarias de las encuestadoras; 8. Impresión general de la encuestadora sobre la encuesta. Estos dos últimos formularios sirvieron para la evaluación final del trabajo.

c) *Personal destinado a la recolección de datos:* Se solicitó la colaboración de un grupo de 13 alumnas del Instituto Superior de Educación Sanitaria y de la Escuela de Salud Pública del Ministerio de Salud Pública provincial, que, por sus estudios, poseían conocimientos básicos de nutrición. Además, todas ellas eran maestras. El pro-

grama de adiestramiento previo comprendió un cursillo teórico-práctico de 15 horas.

d) A continuación los autores expresan el modo como se organizaron, clasificaron y tabularon los datos recogidos en la encuesta.

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Los autores dividen este capítulo en cuatro párrafos: a) Descripción de la población encuestada; b) Factores que influyen sobre la disponibilidad de nutrientes; c) Factores que influyen sobre el consumo de nutrientes; d) Utilización de nutrientes a nivel celular; e) Evaluación del estado de nutrición.

5. EVALUACIÓN DE LA ENCUESTA

La valoración de los resultados de la encuesta se efectuó a través de las distintas etapas de la misma, con el fin de hacer posible el ajuste de los procedimientos a las distintas situaciones y con ello el cumplimiento de los objetivos fijados. Los autores detallan en forma específica la *evaluación* de la tapa de recolección de datos, que puede ser considerada como la etapa determinante del éxito o fracaso de un trabajo de este tipo. En tal sentido se detienen en el análisis de los formularios números 7 y 8 que son los que sirvieron para la evaluación de la encuesta, lo que reviste especial importancia desde el punto de vista metodológico. Tomamos sólo un par de ejemplos: respecto de la practicidad de los formularios, el 77 % de las encuestadoras opinó que los mismos resultaron prácticos para la recolección de los datos, mientras

al 23 % restante le pareció parcialmente prácticos (la causa mencionada en todos los casos fue la excesiva extensión); el número promedio de entrevistas fue de 2,5 por familia, con una duración promedio de 59 minutos por entrevista.

6. CONCLUSIONES

Los datos resultantes de la evaluación del estado de nutrición de la comunidad estudiada, tanto los obtenidos por índices (aportes de nutrientes de la dieta), como por métodos directos (peso y talla), se encuentran por encima de lo normal.

Consumo de nutrientes: Se encontraron niveles altos de consumo en la totalidad de los nutrientes, con un promedio de 2.982 calorías, provistas en un 57 % por hidratos de carbono, en el 29 % por grasas y en el 14 % por proteínas (el 50 % de proteínas animales). El aporte de vitamina A de la dieta promedio es de 7.846 U. I.; ácido ascórbico 209 miligramos; tiamina 2,01 mg.; riboflavina 2,24 mg. y niacina 33 miligramos. El consumo promedio de calcio fue de 1.140 mg. y de hierro 32 mg.

Los porcentajes de adecuación de la dieta resultaron superiores al 100 % en la totalidad de los nutrientes.

Estos resultados pueden ser imputables a varias causas, entre las que pueden mencionarse las siguientes:

- Mantenimiento de hábitos alimentarios tradicionales incorrectos.

- Conceptos erróneos en relación con los requerimientos de alimentos y nutrientes en las distintas situaciones biológicas.

- A factores de orden psicológico: el alimento como símbolo de seguridad y prestigio y como vehículo de estímulos emocionales agradables.

Estos conceptos tienen mayor trascendencia en los grupos económicos con hábitos restringidos en distintos aspectos de su vida (falta de oportunidades o inquietudes de índole educativa o social, que conducen a considerar al hogar como único eje de actividades, etc.).

Antropometría: En lo que se refiere a la talla, los datos de los niños resultaron superiores a lo normal y el peso aun superior a la talla. El peso resultó superior a lo normal en todos los grupos etarios, más evidente en el sexo femenino, que llega a un sobrepeso de 30 Kg. en el grupo de 60-69 años.

Otros resultados: Se encontraron las siguientes relaciones:

Mayores ingresos → Mayor gasto "per capita" en alimentación.

Mayor gasto "per capita" en alimentación → Mayor adecuación en el consumo de nutrientes.

Mayores ingresos → Menor por ciento del presupuesto dedicado a alimentación.

Mayor número de miembros por familia → Menor consumo de nutrientes.

Se registraron resultados positivos en lo que se refiere a higiene de la vivienda, higiene personal, provisión de agua potable, hacinamiento, etc. En cambio, en lo que se refiere a "educación alimentaria" (parte de la educación para la salud) se encontraron conceptos ambiguos y muchas veces erróneos en la mayoría de los capítulos.

Los autores consideran que los resultados obtenidos en esta encuesta pueden repetirse en barrios de características similares a la comunidad estudiada, donde la situación económica no es apremiante, pero sí actúa como factor limitante para cierto tipo de actividades.

Es decir, que al plantear soluciones para los problemas nutricionales de una comunidad no solamente deben considerarse las situaciones por déficit de consumo (desnutrición, avitaminosis, etc.) sino también los errores que conducen a la sobrealimentación y los problemas de ellos derivados (obesidad, probablemente arterioesclerosis, etcétera).

La corrección de los hábitos alimentarios, mediante un programa adecuado de educación sanitaria (que debería comenzar en la escuela), traería como resultado, ade-

más de los vinculados directamente con el aspecto nutricional, una reducción de los porcentajes de "egresos" dedicados a la alimentación y con ello una diferencia positiva que puede ser debidamente dirigida hacia otros aspectos.

Esta síntesis da una idea aproximada del trabajo merecedor del "Premio Boris Rothman" y si bien hubiera sido útil poder señalar con cierto detenimiento las peculiaridades socio-económicas de esta comunidad (estratos sociales, etc.) para ubicar mejor al lector, ayudándolo a establecer "in mente" ciertas comparaciones con otras comunidades semejantes, hemos querido enunciar, más que nada, la metodología empleada (aunque no sea en modo alguno posible dar a conocer los cuestionarios usados en la investigación).

Rodolfo Schelotto

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

(Aprobado por resolución ministerial N° 1252/62)

1. La "Revista de Salud Pública" —editada cuatrimestralmente por el Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires— publicará *exclusivamente* artículos de salud pública (salubridad) en sus diversos ramos.

2. Los artículos deberán ser inéditos.

3. Transcribirá artículos de salud pública (o salubridad) aparecidos en revistas extranjeras, cuando la Dirección estime útil su difusión en nuestro medio. Insertará asimismo la versión de conferencias sobre asuntos relacionados con salud pública y afines dictadas en la Escuela de Salud Pública del Ministerio, cuando la Dirección juzgue de interés su publicación.

4. El texto de los artículos no excederá de veinte (20) páginas tamaño oficio (30 líneas), escritas a máquina en una sola cara del papel, interlineadas a doble espacio y con un margen de por lo menos 4 centímetros.

5. El título del trabajo ha de ser claro y breve, no sobrepasando en ningún caso de 15 palabras. Debajo figurará el nombre del autor o autores, constando en cada caso la especialidad que posee y el cargo oficial o nombre de la institución en que trabaja.

6. De ser pertinente, cada trabajo incluirá al final las conclusiones y un resumen. La bibliografía se ajustará a las normas corrientes: apellido del autor, inicial del nombre, título del trabajo en su idioma original, nombre de la revista, fecha y página. Si se tratara de un libro: apellido del autor, inicial del nombre, título completo del libro en su idioma original, edición, editor, lugar de impresión y año de la publicación.

7. Las ilustraciones, si las hubiere, deberán ser en negro y blanco; los gráficos con tinta china sobre papel blanco. Las figuras deben estar convenientemente numeradas y con los respectivos epígrafes. Se presentarán separadas del texto.

8. Los originales no se devolverán en ningún caso, siempre que el trabajo haya sido aceptado para su publicación.

9. Los autores recibirán hasta cinco (5) ejemplares si lo solicitaren a la dirección de la Revista. No se confeccionarán ni darán apartados de los artículos.

NOTA: a) Las opiniones emitidas en los artículos aparecidos en esta Revista expresan exclusivamente el criterio de los autores;

b) La Revista se envía gratuitamente a los Departamentos de Salud Pública (o Salubridad), bibliotecas de instituciones médicas y establecimientos oficiales cuya actividad se relacione con la Medicina o la Salud Pública en general;

c) Se autoriza la reproducción total o parcial del material publicado en esta Revista, a condición de que se cite su procedencia;

d) *Dirección Postal*: "Revista de Salud Pública", Departamento de Informaciones y Documentación, calle 51 N° 1119, La Plata, Provincia de Buenos Aires.

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

(Aprobado por resolución ministerial N° 1251/63)

1. La "Revista de Salud Pública" — editada conjuntamente por el Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires — publica exclusivamente artículos de salud pública (salud) en sus diversos ramos.

2. Los artículos deberán ser inéditos.

3. Transcribir artículos de salud pública (o salubridad) aparecidos en revistas extranjeras cuando la Dirección estime útil su difusión en nuestro medio. Incluirá resumido la versión de conferencias sobre asuntos relacionados con salud pública y otras dictadas en la Escuela de Salud Pública del Ministerio cuando la Dirección juzgue de interés su publicación.

4. El texto de los artículos no excederá de veinte (20) páginas estándar (80 líneas) escritas a máquina en una sola cara del papel, interlineadas a doble espacio y con un margen de por lo menos 4 centímetros.

5. El título del trabajo ha de ser claro y breve, no sobrepasando en ningún caso de 15 palabras. Deberá figurar el nombre del autor o autores, cuando en cada caso la especialidad que posee y el cargo oficial o nombre de la institución en que trabaja.

6. De ser conveniente la **REVISTA DE SALUD PÚBLICA** se terminó de imprimir en los talleres gráficos del Departamento de Impresiones y Publicaciones del Ministerio de Salud Pública de la provincia de Buenos Aires, en la 2ª quincena del mes de diciembre de 1964.

7. Las ilustraciones, si las hubiere, deberán ser en negro y blanco; los gráficos con tinta sobre papel blanco. Las figuras deben estar convenientemente numeradas y con los respectivos epígrafes. Se presentarán separadas del texto.

8. Los originales no se devolverán en ningún caso, siempre que el trabajo haya sido aceptado para su publicación.

9. Los autores recibirán hasta cinco (5) ejemplares si lo solicitan a la dirección de la Revista. No se confeccionarán ni darán apartados de los artículos.

Nota: a) Las peticiones enviadas en los artículos aparecidos en esta Revista expresan exclusivamente el criterio de los autores.

b) La Revista se envía gratuitamente a los Departamentos de Salud Pública (o Salubridad), bibliotecas de instituciones médicas y establecimientos oficiales cuya actividad se relacione con la Medicina o la Salud Pública en general.

c) Se autoriza la reproducción total o parcial del material publicado en esta Revista a condición de que se cite su procedencia.

d) Dirección: "Revista de Salud Pública", Departamento de Informaciones y Documentación, calle 51 N° 1119, La Plata, Provincia de Buenos Aires.

REVISTA DE SALUD PUBLICA

LA PLATA (REPUBLICA ARGENTINA)

ENERO - DICIEMBRE 1964

"EL GOCE DE LA SALUD ES UNO
DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES
DE CADA SER HUMANO, SIN
DISTINCION DE RAZA, RELIGION,
CREDO POLITICO O CONDICION
ECONOMICA O SOCIAL"

(Carta de las Naciones
Unidas y Declaración
de principios de la
Organización Mundial
de la Salud).

Nº 7

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Archivos

REVISTA DE SALUD PUBLICA

“LOS FUNDAMENTOS SOBRE LOS
CUALES SE ALZA LA ESTRUCTURA
SANTARIA DE UN PAIS SON:
PROGRAMAS DE SALUD ADECUADOS,
PERSONAL TECNICAMENTE
EFICIENTE FINANCIAMIENTO
SALUTE”

J. J. HANLON

PUBLICACION DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Nº 7

SSL-PUB.
49