



Ramón Carrillo

Política sanitaria argentina



Política sanitaria argentina

Política sanitaria argentina

Ramón Carrillo

Carrillo, Ramón

Política sanitaria Argentina / Ramón Carrillo. - 1a ed. - Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2018.

CD-ROM, EPUB

ISBN 978-987-4937-03-2

1. Salud Pública. 2. Política de Salud. I. Título.

CDD 613.6

Colección *Cuadernos del ISCo*

Serie *Pensar en Salud*

Director: *Hugo Spinelli*

Editoras ejecutivas: *Jescy Montoya, Viviana Martinovich*

Coordinadores editoriales de esta obra: *Jorge Arakaki, Juan Pablo Zabala*

Corrección de estilo: *Ludmila Báez*

Diseño de cubierta: *Viviana Martinovich*

Fotografías de cubierta e interiores: *Archivo General de la Nación*

© 1949, Ministerio de Salud de la Nación

© 2018, EDUNLa Cooperativa

ISBN 978-987-4937-03-2 (EPUB)

EDUNLa Cooperativa

Edificio "José Hernández"

29 de Septiembre 3901

B1826GLC Remedios de Escalada,

Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5727

edunla@unla.edu.ar

Instituto de Salud Colectiva

Edificio "Leonardo Werthein"

29 de Septiembre 3901

B1826GLC Remedios de Escalada,

Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5958

<http://cuadernosdelisco.unla.edu.ar>

Queda prohibida la reproducción total o parcial de este libro, en forma idéntica o modificada y por cualquier medio o procedimiento, sea mecánico, informático, de grabación o fotocopia, sin autorización de los editores.

Queda hecho el depósito que marca la Ley 11723

Impreso en Argentina - Printed in Argentina

Ramón Carrillo y el problema de la salud: historia, sociología, educación y política

*Ana Jaramillo*¹

¿En qué consiste la misión social? En ponerse al servicio del país. [...] Esta debe responder a las necesidades, requerimientos y aspiraciones de la comunidad, factores todos cambiantes. [...] el principio general se mantiene: contribuir al desarrollo de la comunidad. Para ello la universidad tiene que saber auscultar las necesidades del medio y, en algunos casos, anticiparse a ellas [...] Aquí no se trata de capacidad técnica, sino de conciencia social [...] Debe también esclarecer los problemas de índole político y cultural y convertirse en la conciencia moral de la nación [...] Su aporte es de esclarecimiento, estudio, planeamiento preciso de los problemas y análisis de las posibles soluciones. *Risieri Frondizi (2005)*

Solo sirven las conquistas científicas sobre la salud si estas son accesibles al pueblo... La medicina no es solo un oficio, es una ciencia social, una ciencia política y una ciencia económica y, finalmente, es también una forma de la cultura y la expresión más concreta del grado de adelanto de una nación. *Ramón Carrillo*

No es por casualidad que la Universidad Nacional de Lanús sea la que se propuso editar esta obra de Ramón Carrillo. Desde su creación, sostuvimos que, para que la universidad sirviera al país y a la comunidad toda, debería salir de las disciplinas y estructurarse en torno a campos problemáticos que construyan su currícula y su epistemología en torno a problemas y no a disciplinas.

El desafío fue, y sigue siendo, entender que hay que seguir investigando en forma transdisciplinaria como única solución de cualquier problema social ya que, como sostenía Carrillo: “*no se pueden enfrentar los problemas de la medicina sin un criterio de justicia social*” puesto que, si la medicina pretende dedicarse solo al desarrollo científico tecnológico y a la medicalización de la vida, no resolverá el problema de la salud de la población, como pilar de la grandeza de la nación.

Ya en 1946, el sanitarista y primer ministro de Salud Pública repetía que “la salud del pueblo depende de diversos factores indirectos”, y sostenía que “con otra universidad, los médicos hubieran sido la avanzada de la política económico social

¹Rectora de la Universidad Nacional de Lanús.

del excelentísimo señor presidente de la nación, porque ellos —mejor que nadie— conocen el dolor y el sufrimiento de los humildes” (Carrillo, 1974).

Hablándole a “*los hombres del ejército de la salud*”, como los llamó a los médicos, explicaba su posición y la necesidad de formar médicos sanitarios, ya que el verdadero problema no es el de la enfermedad individual sino el del colectivo de la salud, que es el que preocupa a los estadistas, porque es la base de la felicidad popular, ya que se define como bienestar físico, mental, moral y social del individuo como resultado del medio ambiente social.

Carrillo concibe la medicina como el “arte de preservar, conservar y restaurar la salud de la comunidad”, que “configura un nuevo aspecto de la civilización contemporánea y su evolución y su historia traduce el grado de cultura de un pueblo” (1974). Nos alerta sobre la necesidad de educar a todos los habitantes para que comprendan cuál es el problema de la salud, que si bien depende de factores económico-sociales, de la educación sanitaria y de los servicios médicos, sus grandes enemigos son la pobreza y la ignorancia.

Cuando en la década de 1940, la medicina se volvía cada vez más técnica, más difícil y costosa, el llamado *médico del pueblo* consideraba que la salud exigía el esfuerzo combinado del gobierno, del pueblo y de los médicos, especialistas y auxiliares, y planteaba la necesidad de construir clínicas, hospitales e institutos para los cuales no había que retacear recursos. A su vez, sostenía que la sanidad pública no se podría desarrollar si no se dieran dos condiciones: “1) un estándar de vida alto de los trabajadores y 2) una elevada educación sanitaria del pueblo” (1974).

Nos planteaba que las plagas existentes ya no eran un problema médico, sino del gobierno, ya que si no se erradicaban demostraría que el “Estado no ha organizado sus recursos para defender lo único permanente de la nación, su caudal humano que es el potencial biológico y el futuro de todas las patrias del mundo” (1974).

Muchas veces hemos sostenido que la relación entre la academia, la ciencia y la política debe fortalecerse a fin de mejorar las políticas públicas, ampliar y fortalecer la democracia y, en definitiva, ampliar los derechos ciudadanos y la calidad de vida de la sociedad argentina.

¿De qué universidad nos habla Ramón Carrillo? ¿Cuál era la misión de la universidad en esos tiempos? ¿Continúan las universidades con la misma misión? Creemos que muchas veces la misión del político fue buscar permanentemente el *cómo* y el académico y el científico buscaban esencialmente el *por qué*. Sin embargo, debemos intentar poner a la academia a buscar, investigar y estudiar el *cómo*, o sea, las soluciones que la sociedad y el Estado necesitan y requieren de mayores conocimientos científicos y tecnológicos, dada la progresiva tecnificación y cientificación de la resolución de problemas sociales.

En 2003, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) publicó varios textos dedicados justamente a las *Fronteras del conocimiento y convergencias disciplinares* de los cuales nos referiremos a varios de ellos.

Gilberto Giménez Montiel, en su capítulo llamado “Límites del conocimiento y convergencia de las disciplinas en el campo de las ciencias sociales” sostiene que:

...hablar de los límites del conocimiento y de las convergencias disciplinarias en el ámbito de las ciencias sociales equivale a plantear un problema epistemológico que no puede ser afrontado sistemáticamente por ninguna de las disciplinas consideradas aisladamente, sino por una metateoría que las trascienda y a la vez las abarque en su conjunto... en un medio académico como el nuestro...cada quien se encierra en su propia disciplina y rehúsa confrontarse con las disciplinas de al lado y, con mayor razón, con las del “otro lado”. (Giménez Montiel, 2003)

A su vez, Gilda Waldman Mitnick también cuestiona las fronteras disciplinarias y la compartimentalización del saber y sostiene que:

...nuevas perspectivas analíticas [...] desarmen los marcos del saber disciplinario y plantean una nueva modalidad de estudio de lo social que favorece la inclusión de saberes hasta ahora desvalorizados por la cultura académica canónica [y destaca] lo que se ha denominado estudios culturales los cuales, de hecho modifican las fronteras disciplinarias para producir un saber más plural y flexible que desarme los discursos unívocos insuficientes para explicar la profundidad de las transformaciones sociales operadas en la sociedad contemporánea. (Waldman Mitnick, 2003)

La autora concluye que este tipo de análisis “se coloca en el filo de las disciplinas académicas, desordena el mapa de los saberes institucionales, abarca campos antes marginados de la investigación social, deconstruye los discursos eurocéntricos” (Waldman Mitnick, 2003).

Claudette Dudet Lions, por su parte, analiza “La dimensión colectiva de los conocimientos sociales” como ámbito del saber sin límites disciplinarios y allí sostiene que, a partir de la decadencia de la Ilustración, el conocimiento ha servido “solo para administrar el poder” y como consecuencia de la crisis del positivismo se acentúa, en el contexto de las universidades, la separación de las áreas de conocimientos académicos y la separación administrativa en facultades, divisiones, coordinaciones, departamentos e institutos para luego proliferar las subdivisiones, la intersección entre disciplinas y como consecuencia se produce el debate sobre la permisibilidad de esta pluralidad y de los límites entre las diversas disciplinas y áreas de conocimiento (Dudet Lions, 2003). Al respecto, Popper, a pesar de ser un ejemplo del positivismo, sostiene que:

Las disciplinas se diferencian en parte por razones históricas y por razones de conveniencia administrativa [...] y en parte porque las teorías que construimos para resolver nuestros problemas tienen una tendencia a construir sistemas unificados. Pero todas estas clasificaciones y distinciones son relativamente poco importantes y superficiales. No estudiamos temas sino problemas, y los problemas pueden atravesar los límites de cualquier objeto de estudio o disciplina. (Popper, 1991)

El predominio de los conocimientos científicos y la división académico administrativa excluyó la validez de los conocimientos legos, del sentido común, de los

conocimientos colectivos, creencias o mitos que quedaron devaluados. Al relativizar los límites de las disciplinas se ha generado la transdisciplinariedad en la construcción de conocimientos y la pluralidad teórica. “Los procesos de intersección teórica entre dos o más disciplinas son los que Giménez ha nombrado hibridación y que, según este mismo autor, es lo que permitirá la innovación en las ciencias sociales” (Dudet Lions, 2003). Para esta autora, al abordar el estudio de las sociedades a través de la construcción de los conocimientos societales y de los procesos de comunicación y lenguaje, se estaría hablando de otra concepción del ser humano en la que la comunicación, la estética, la ética y la afectividad colectiva son partes constitutivas del pensamiento social y, por lo tanto, la racionalidad ya no sería el punto medular.

Hemos visto que el reconocimiento de la necesidad de un enfoque transdisciplinario se enfrenta no solo con la tradición académica y con las tensiones intra e interuniversitarias, sino también con las prácticas rutinarias de las divisiones administrativas, de los estudios que se oponen a los cambios tanto de denominación como de encuadramiento de los distintos saberes que son transversales a múltiples disciplinas, cuando no cualitativamente distintos.

Por otra parte, la creciente medicalización de la vida, el positivismo médico y los factores de poder económico y de los laboratorios, así como la colonización cultural del mundo anglosajón, no tuvieron en cuenta la diversidad cultural, social, política y organizativa de los diversos países con su propia historia.

Por otra parte, el racionalismo cartesiano para el cual la certeza proviene del “pienso, luego existo”, así como el positivismo cientificista desconocen que la existencia humana no surge del racionalismo y menos aún se circunscribe a la razón. Por el contrario, la razón y las ideas surgen desde nuestra existencia en un momento y en un lugar determinados, la razón está situada e históricamente preñada de pasiones, emociones, ideología y política que determinarán los caminos del devenir.

La sociología de la salud debe superar la aproximación epistemológica de la sociología médica, yendo más allá del binomio salud-enfermedad derivado del paradigma funcionalista como perspectiva gerencial, corporativa e instrumental. La sociología de la salud implica la necesidad de la participación ciudadana en defensa de un derecho a la salud más equitativo, que promueva la integración efectiva entre servicios sociales y sanitarios. La sociología de la salud, entonces, implica la humanización de los servicios, su ética, su historicidad social y su equidad, para comprender y establecer una política sanitaria en el marco de una política nacional que tienda a un Estado de bienestar o *welfare state*.

Para ello, habría que transformar el paradigma de la medicina en un paradigma de la salud. Todo ello es lo que comprendía Ramón Carrillo como primer sanitarista argentino, sociólogo, educador y político que, como secretario de Salud, ya sostenía que *“frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como causas de enfermedad, son unas pobres causas”*.

Medio siglo después de las políticas sanitarias de Carrillo, a fines del siglo XX, Pierpaolo Donati sostenía que:

...la crisis del sistema sanitario debería ser gestionada de forma que la salud sea entendida no como sinónimo de un aparato médico más eficaz, sino como producción de un ambiente sano; considerando la enfermedad no como efecto de un insuficiente control social, sino como insatisfacción de las necesidades del mundo vital [...] como modificación activa del sistema social en términos de comunicación auténtica entre instituciones sociales y mundo vital. (Donati, 1994)

Sin embargo, los argentinos sabemos que cada vez que se quiso democratizar la sociedad, o ampliar derechos sociales, hubo un golpe de Estado tras otro, que no solo suprimieron derechos, denostaron, calumniaron o criminalizaron las políticas públicas, sino que proscribieron tanto las políticas como a los políticos que implementaron hace más de medio siglo políticas de distribución de recursos y bienes sociales imprescindibles para una verdadera democracia. Dichas políticas de censura, persecución y criminalización poco tienen que ver con el racionalismo y/o el positivismo científico que pretende estudiar la academia. Es ideología, ética, intereses políticos y económicos y pasiones con perspectivas antagónicas sobre el significado de la democracia y del país que queremos y pretendemos construir.

Nuestra obligación como académicos y científicos es poner en cuestión lo dado, lo existente, lo que construyeron los hombres y mujeres que no son fruto de la naturaleza ni del racionalismo puro y, por lo tanto, puede ser reversible, o sea que debemos utilizar la razón crítica. La ciencia no es neutral, ya que no se pueden separar los descubrimientos científicos del uso que de ellos se hace. Como sostiene el Papa Francisco: “El antropocentrismo moderno, paradójicamente, ha terminado colocando la razón técnica sobre la realidad”.

Como planteaba Norbert Wiener, el creador de la cibernética en su libro *Dios y el Golem, S.A.*, la creación tecnológica puede ser utilizada para la paz y la humanidad o para la guerra y la destrucción. Puede también servir para democratizar o para sembrar aún más injusticias, para los poderosos o para el pueblo todo. El primer uso de la cibernética fue utilizado para el primer lanzamiento de la bomba atómica. No podemos separar la ciencia y la tecnología del uso social que se hace de ella. Si lo hacemos podemos terminar como el aprendiz de brujo.

Vimos cómo se ocultó, hasta principios del siglo XXI, que fue Perón quien eliminó por decreto los aranceles universitarios el 22 de noviembre de 1949, a fin de que toda la población tuviera y ejerciera el derecho a los estudios superiores, pero no faltaron iniciativas para volver a arancelar las universidades.

Todos los integrantes del gobierno de Perón fueron perseguidos y/o encarcelados. El propio Perón estuvo exiliado y proscrito durante dieciocho años y quedó prohibido hasta mencionar su nombre o recordar sus obras.

Arturo Frondizi, otro presidente que se alió al peronismo, tanto en 1958 como en los años setenta (cuando el pueblo eligió por tercera vez a Perón), derrocado por otro golpe militar, explica cómo se utilizó la calumnia en forma permanente para derrocar a los políticos y a los gobiernos populares. En su libro *Estrategia y táctica del movimiento nacional*, Arturo Frondizi, desde la prisión en la isla Martín García, plantea que la corrupción es el pretexto para derribar gobiernos populares:

No ha habido hazaña militar, política, económica, cultural de trascendencia para el afianzamiento de nuestra nacionalidad y el acrecentamiento de su patrimonio material y espiritual que no haya sido objeto de las más irresponsables campañas de difamación tendientes a invalidarlas, menospreciarlas o postergarlas [...] no perseguía la reparación de la moral o la ley perdida, sino que se conformaba con lograr su objetivo político [...] antes se lanzaron contra los próceres de nuestra independencia y organización nacional, desde San Martín hasta Rosas y Urquiza [...] siempre con el mismo propósito denunciado por Berutti “acarrearles el odio público, que su partido y amigos no pudiesen revivir y el gobierno que reemplazaba al caído se pudiese sostener sin temor de que los caídos pudiesen voltearlo”. (Frondizi, 1964)

Posteriormente, el expresidente Frondizi sostuvo que ello sucedía cada vez que desde el gobierno se ponían en peligro las posiciones y los privilegios de la minoría, o sea, los factores de poder que hasta nuestros días siguen calumniando o criminalizando las políticas públicas democratizadoras en lo económico, lo social o cultural que amplían derechos. Así pasó con Lisandro de la Torre o con Hipólito Yrigoyen. En realidad, sabemos que la calumnia empezó con la Primera Junta de Gobierno, cuando, en 1813, se enjuició a Mariano Moreno o a Juan José Castelli.

Ramón Carrillo, un eminente neurocirujano que se dedicó a la salud pública, que fue tanto un sanitarista como historiador, sociólogo, educador y político, murió calumniado, en la mayor pobreza, exiliado y sus textos proscriptos. Quizás es precisamente por haber producido medicamentos desde el Estado, enfrentándose con los laboratorios, por haber combatido exitosamente plagas como la fiebre amarilla, la viruela, la difteria, la disentería, la epidemia tifoidea, o la peste bubónica. Quizás por haber multiplicado la construcción de hospitales, clínicas e institutos y servicios médicos, al mismo tiempo que decía que quería hospitales sin enfermos.

Una nueva universidad para servir a la nación en el siglo XXI

Se nos desordenaron los saberes, debemos cambiar el enfoque y dejar la comodidad académica de los ámbitos estancos definidos, la comodidad intelectual y administrativa encajonada ya sea en centros, institutos, facultades, áreas, divisiones, departamentos, etc.

Es importante convocar para resolver la necesidad de transformar la administración establecida de los saberes, para reordenar los cajones o para crear nuevos ámbitos dialógicos que permitan administrar nuevos saberes y enfoques que tienen vasos comunicantes permanentes entre sí. Y de este modo organizamos nuestra institución en departamentos transdisciplinarios y definimos el Departamento de Salud Comunitaria, el Departamento de Planificación y Políticas Públicas, el Departamento

de Desarrollo Productivo y Tecnológico y el Departamento de Humanidades y Artes. En materia de investigación hemos creado el Instituto de Problemas Nacionales, el de Cultura y Comunicación, el de Economía y Empleo, el de Justicia y Derechos Humanos y el de Salud Colectiva.

Queremos enseñar, como quería Carrillo, a vivir en salud y con optimismo para que la vida sea digna de ser vivida para toda la población. Pero no hay posibilidad de enseñar si no se investigan en forma permanente las mutaciones que, voluntarias o no, suceden en el país y en el mundo, y que cambian cada vez más aceleradamente la morfología social. Tampoco se deberían realizar investigaciones para obtener galardones individuales, sino para formar hombres y mujeres para la Patria, al decir de Arturo Jauretche, y contribuir al bienestar de la población.

Cuando sostenemos que el problema es la justicia y no la abogacía, y que no es un problema solo ni exclusivamente de los abogados, muchos de los profesionales se molestan puesto que parecen ser los propietarios de un valor o de una virtud, como sostuvieron los antiguos filósofos. Sin embargo, los caminos procedimentales de los conocedores del lenguaje y vericuetos del poder judicial pueden derivar en injusticias, así como la falta de acceso o las tardanzas. Mientras tanto, la especialización del profesional es difícilmente accesible a la comunidad que debe someterse a sentencias inexplicables e incomprensibles que ignoran sus derechos.

Así como los abogados no se explican ni se comunican con los que deben aceptar sus fallos o decisiones, usando muchas veces una lengua muerta como el latín, muchos médicos utilizan términos incomprensibles para quienes no conocemos su terminología y debemos aceptar sus decisiones u opciones sin entender los beneficios o perjuicios de cada una. Debemos defender nuestra salud como nos enseñó Carrillo “con el mismo ahínco que cuidamos la libertad. La libertad en todas las formas es un derecho del pueblo; la salud, en todos sus aspectos, es también un derecho del pueblo, aunque menos conocido” (Carrillo, 1974).

Para Carrillo la educación sanitaria de las masas, la difusión, la educación y la propaganda a través de todos los medios de difusión debía ser auténticamente popular, con un lenguaje llano y al alcance de todos. Sin embargo, los sistemas judiciales, así como los sistemas de salud enclaustrados, amurallados y especializados —en los que el vulgo no opina pero debe aceptar una sentencia judicial o médica— tienen un mediador “experto” que los representa. Esos sistemas, a su vez, necesitan paramédicos y parajurídicos o empleados judiciales para sostenerse.

En realidad, el neurólogo Ramón Carrillo entendía justamente que la salud del pueblo es la mejor garantía y fortaleza de la patria y, por lo tanto, el especialista debía ser, al mismo tiempo, un sociólogo, un educador y un estadista.

Cuando entendemos que la salud pública así como la justicia deben divulgarse y para ello debemos educar, comunicar y culturalizar, entendemos también que debemos tener estadistas que planifiquen la democratización de la salud, de la justicia y de la educación para llegar a un Estado de bienestar y, para ello, necesitamos políticas de Estado que busquen la seguridad social de la mano de la ampliación de derechos. Así, la Constitución Nacional de 1949, emanada solo tres meses después de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de Naciones Unidas, fue la

primera en ir aún más allá de los derechos establecidos por dicha declaración y buscar un Estado de bienestar (Honorable Convención Nacional Constituyente, 1949).

Capítulo III. Derechos del trabajador, de la familia, de la ancianidad, y de la educación y la cultura.

I. Del Trabajador

1. *Derecho de trabajar* - El trabajo es el medio indispensable para satisfacer las necesidades espirituales y materiales del individuo y de la comunidad, la causa de todas las conquistas de la civilización y el fundamento de la prosperidad general; de ahí que el derecho de trabajar debe ser protegido por la sociedad, considerándolo con la dignidad que merece y proveyendo ocupación a quien lo necesite. [...]

5. *Derecho a la preservación de la salud* - El cuidado de la salud física y moral de los individuos debe ser una preocupación primordial y constante de la sociedad, a la que corresponde velar para que el régimen de trabajo reúna requisitos adecuados de higiene y seguridad, no exceda las posibilidades normales del esfuerzo y posibilite la debida oportunidad de recuperación por el reposo.

En diciembre de 1945, ya se había establecido el *aguinaldo* que significa un treceavo sueldo para todos los trabajadores, y las vacaciones pagas ya existían desde 1943.

6. *Derecho al bienestar* - El derecho de los trabajadores al bienestar, cuya expresión mínima se concreta en la posibilidad de disponer de vivienda, indumentaria y alimentación adecuadas, de satisfacer sus necesidades y las de su familia en forma que les permita trabajar con satisfacción, descansar libre de preocupaciones y gozar mesuradamente de expansiones espirituales y materiales, impone la necesidad social de elevar el nivel de vida y de trabajo con los recursos directos e indirectos que permita el desenvolvimiento económico.

7. *Derecho a la seguridad social* - El derecho de los individuos a ser amparados en los casos de disminución, suspensión o pérdida de su capacidad para el trabajo promueve la obligación de la sociedad a tomar unilateralmente a su cargo las prestaciones correspondientes o de promover regímenes de ayuda mutua obligatoria destinados, unos y otros a cubrir o complementar las insuficiencias o inaptitudes propias de ciertos periodos de la vida o las que resulten de infortunios provenientes de riesgos eventuales. [...]

10. *Derecho a la defensa de los intereses profesionales* - El derecho de agremiarse libremente y de participar en otras actividades lícitas tendientes a la defensa de los intereses profesionales, constituyen atribuciones esenciales de los trabajadores, que la sociedad debe respetar y proteger, asegurando su libre ejercicio y reprimiendo todo acto que pueda dificultarle o impedirlo.

III. De la ancianidad

1. *Derecho a la asistencia* - Todo anciano tiene derecho a su protección integral, por cuenta y cargo de su familia. En caso de desamparo, corresponde al Estado proveer a dicha protección, ya sea en forma directa o por intermedio de los institutos y fundaciones creados, o que se crearen con ese fin, sin perjuicio de la subrogación del Estado o de dichos institutos, para demandar a los familiares remisos y solventes los aportes correspondientes.

2. *Derecho a la vivienda* - El derecho a un albergue higiénico, con un mínimo de comodidades hogareñas es inherente a la condición humana.
3. *Derecho a la alimentación* - La alimentación sana, y adecuada a la edad y estado físico de cada uno, debe ser contemplada en forma particular.
4. *Derecho al vestido* - El vestido decoroso y apropiado al clima complementa el derecho anterior.
5. *Derecho al cuidado de la salud física* - El cuidado de la salud física de los ancianos ha de ser preocupación especialísima y permanente.
6. *Derecho al cuidado de la salud moral* - Debe asegurarse el libre ejercicio de las expansiones espirituales, concordes con la moral y el culto.
7. *Derecho al esparcimiento* - Ha de reconocerse a la ancianidad el derecho de gozar mesuradamente de un mínimo de entretenimientos para que pueda sobrellevar con satisfacción sus horas de espera.
8. *Derecho al trabajo* - Cuando el estado y condiciones lo permitan, la ocupación por medio de la laborterapia productiva ha de ser facilitada. Se evitará así la disminución de la personalidad.
9. *Derecho a la tranquilidad* - Gozar de tranquilidad, libre de angustias y preocupaciones, en los años últimos de existencia, es patrimonio del anciano.
10. *Derecho al respeto* - La ancianidad tiene derecho al respeto y consideración de sus semejantes.

IV. De la educación y la cultura

La educación y la instrucción corresponden a la familia y a los establecimientos particulares y oficiales que colaboren con ella, conforme a lo que establezcan las leyes. Para ese fin, el Estado creará escuelas de primera enseñanza, secundaria, técnico-profesionales, universidades y academias

1. La enseñanza tenderá al desarrollo del vigor físico de los jóvenes, al perfeccionamiento de sus facultades intelectuales y de sus potencias sociales, a su capacitación profesional, así como a la formación del carácter y el cultivo integral de todas las virtudes personales, familiares y cívicas.
2. La enseñanza primaria elemental es obligatoria y será gratuita en las escuelas del Estado [...]
4. El Estado encomienda a las universidades la enseñanza en el grado superior, que prepare a la juventud para el cultivo de las ciencias al servicio de los fines espirituales y del engrandecimiento de la Nación y para el ejercicio de las profesiones y de las artes técnicas en función del bien de la colectividad. Las universidades tienen el derecho de gobernarse con autonomía, dentro de los límites establecidos por una ley especial que reglamentará su organización y funcionamiento.

El 22 de noviembre de 1949, el presidente Perón eliminó todos los aranceles universitarios. Desde ese momento, la universidad argentina es gratuita. Como dicha Constitución promovía un Estado de bienestar y defendía los derechos a la seguridad, a la salud y a la educación, entre otros, fue derogada por los que se instalaron nuevamente en el poder a través de un golpe de Estado en 1955. Ya las minorías en el

poder, no solo proscribieron al peronismo y sus líderes, sino que decidieron volver casi un siglo atrás a la Constitución de 1853.

Seguiremos sosteniendo que los derechos sociales son derechos de justicia y, al haber vivido muchas veces la pérdida de derechos que acompañaron tanto los golpes de Estado como los gobiernos en manos de los poderosos, defenderemos con ahínco tanto la libertad como la salud, como nos enseñó Ramón Carrillo. Para ello, continuaremos poniendo nuestro esfuerzo en educar al único soberano que es el pueblo en un lenguaje claro y llano al alcance de todos.

Fue precisamente Ramón Carrillo quien entendió que la salud solo existirá si se entiende como bienestar físico, mental, moral y social del individuo, como resultado del medio ambiente social. Todos los derechos plasmados en la Constitución de 1949, los derechos de la ancianidad a la asistencia y protección del Estado, a la vivienda, a la alimentación, al vestido, al cuidado de la salud física y moral, al esparcimiento, al trabajo, a la tranquilidad y al respeto; los derechos del trabajador a la seguridad social, a la defensa de los intereses profesionales, al bienestar, a la educación y la cultura son los derechos a la salud de la población con justicia y dignidad, como corresponde a un Estado de bienestar democrático, como lo entendía Ramón Carrillo y el gobierno peronista.

Por todo lo expuesto, nuestro mejor homenaje a Ramón Carrillo será difundir su pensamiento, educar para la salud, formar ese ejército de hombres y mujeres de la salud pública que no son solo médicos, son también economistas, trabajadores sociales, ambientalistas, políticos y a todos aquellos que trabajen para la grandeza de la nación y para ampliar y ejercer los derechos democráticos con justicia y dignidad.

Bibliografía

- Carrillo, R. (1974). La salud del pueblo depende de diversos factores indirectos del pueblo (discurso en la comida de camaradería de la Sanidad Nacional, el 27 de diciembre de 1946). En: *Política sanitaria argentina*. Buenos Aires: Eudeba.
- Duddet Lions, C. (2003). La dimensión colectiva de los conocimientos sociales. En: Bokser J., (comp). *Las ciencias sociales, universidad y sociedad: Temas para una agenda de posgrado*. México: UNAM. p. 39-52.
- Fronidzi, A. (1964). *Estrategia y táctica del movimiento nacional*. Buenos Aires: Editorial Desarrollo.
- Fronidzi, R. (2005). *La universidad en un mundo de tensiones*. Buenos Aires: Eudeba.
- Giménez Montiel, G. (2003). Límites del conocimiento y convergencia de las disciplinas en el campo de las ciencias sociales. En: Bokser J., (comp). *Las ciencias sociales, universidad y sociedad: Temas para una agenda de posgrado*. México: UNAM. p. 23-38.
- Honorable Convención Nacional Constituyente. (1949). *Constitución de la Nación Argentina*. Buenos Aires: Secretaría del Honorable Senado de la Nación. Recuperado a partir de <https://tin-yurl.com/y79cz59r>.
- Popper, K. (1991). *Conjeturas y refutaciones*. Barcelona: Paidós.
- Waldman Mitnick, G. (2003). Los nuevos horizontes de las ciencias sociales: interpellando a las fronteras disciplinarias. En: Bokser J., (comp). *Las ciencias sociales, universidad y sociedad: Temas para una agenda de posgrado*. México: UNAM. p. 39-52.

La relevancia de la obra sanitaria de Carrillo en clave norte-sur

*Hugo Spinelli*¹

La Universidad Nacional de Lanús, para reconstruir la memoria, rescata del dominio del olvido la obra *Política Sanitaria*, publicada por primera vez en 1949. Allí, en las primeras páginas, Ramón Carrillo escribe:

He tratado de interpretar el pensamiento orientador del general Perón, quien tiene los ojos y el corazón aplicados a todos los aspectos del problema social. Uno de esos aspectos es la medicina. En el curso de los distintos capítulos hago mención especial de cómo procuramos “tecnificar” la doctrina del señor presidente de la nación. Me anima el propósito de presentar un conjunto doctrinario, pues es evidente que, a pesar de la diversidad de los temas, existen ciertas ideas o principios orientadores, que son nexos reiterados en todos los asuntos que fortuitamente he ido tratando en el curso de tres años (Carrillo, 1949)

Para dimensionar la trascendencia de Carrillo, trataremos de comparar su obra con lo que ocurría en ese momento a nivel sanitario en EEUU a través de dos hechos: por un lado, la construcción de hospitales y, por lo tanto, el número de camas totales en el país; y, por el otro, la situación de una enfermedad que azotaba principalmente el norte argentino: la malaria.

Los hospitales

En noviembre de 1945, en EEUU, en un contexto político caracterizado por un conservadurismo social y un keynesianismo económico, el presidente Harry Truman envió una carta al Congreso de ese país en el que describía un programa para mejorar la salud y la atención médica de los estadounidenses. La Ley de Estudios y Construcción de Hospitales respondió a la primera parte de dicho programa. Esa ley fue redactada por los senadores Lister Hill y Harold Burton y promulgada por

¹Doctor en Salud Colectiva. Director del Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús. Director de la colección Cuadernos del ISCo.

el presidente Truman el 13 de agosto de 1946 (Cronin, Reed & Hollingsworth, 1950; Lochner, 1987; Hoge, 1946; Peristadt, 1995; Feshbach, 1979).

El programa Hill-Burton (como se conoció la ley) fue el principal agente financiador para la construcción de instalaciones de salud (básicamente hospitales). Las estimaciones hechas en ese momento indicaban que se necesitaban unas 195.473 camas, lo que requería una inversión de 1.600 millones de dólares para construirlas y otros 1.800 millones de dólares para equiparlas. El objetivo era alcanzar una dotación hospitalaria de 4,5 camas por cada 1.000 personas (Feshbach, 1979).

El programa Hill-Burton tenía la intención de dar prioridad a las poblaciones rurales y minoritarias que carecían de un servicio hospitalario adecuado. Según los proyectos prometidos por el Servicio de Salud Pública, los hospitales debían crear un entorno “humano” y para ello se obligaba a todos los hospitales que recibían fondos del programa a proporcionar un “volumen razonable” de atención gratuita, tanto a indigentes como a personas que no pudieran pagar el costo total de la atención necesaria. No se permitía discriminar en función del color de piel, la nacionalidad o el credo. Todas estas disposiciones del Programa Hill Burton fueron ignoradas, tanto por los hospitales, como por la burocracia federal, y la idea de cobertura universal desapareció, porque se la consideró demasiado costosa. El requisito de la ley no se cumplió y no hubo ninguna regulación para definir lo que constituía un “volumen razonable” de atención gratuita para asegurar que los hospitales la proporcionaran (Cronin, Reed & Hollingsworth, 1950; Lochner, 1987; Hoge, 1946; Peristadt, 1995; Feshbach, 1979).

En tanto en el norte se debatía si la atención debía ser gratuita o no, en el sur, el General Juan Domingo Perón en su primer gobierno afirmaba (Perón, 1973):

...hasta 1946 no existía en la República Argentina un organismo estatal encargado de velar por la salud de su población. Existía en cambio un Ministerio de Agricultura que tenía una Dirección de Sanidad Vegetal y Animal. Interesaba más la salud de los animales porque estos tenían buen precio, en cambio un hombre no se cotizaba ni en ferias ni en mercados. Esta era la Argentina que nosotros encontramos.

Ramón Carrillo —secretario de Salud Pública entre 1946 y 1949 y luego, a partir de 1949, ministro de Salud Pública— reconocía que al momento de asumir como secretario de Salud Pública había en el país 60.000 camas, de las cuales 15.425 pertenecían a establecimientos nacionales, para una población total de casi 16 millones de personas, lo cual arrojaba una relación de 4,1 camas por cada 1.000 habitantes. Pero el país necesitaba 150.000 camas, es decir, más del doble de las existentes, y se propuso como meta alcanzar la relación de 10 camas por cada 1.000 habitantes:

Si se tienen en cuenta que son necesarias de 10 a 13 camas por cada mil habitantes (1,3%) para atender a nuestros enfermos, deberíamos contar, como mínimo, con 150.000 camas en todo el país, y solo disponemos actualmente de 70.000, es decir menos de la mitad. He aquí el primer problema: construir nuevos establecimientos y darles el acento social que propugnamos. (Carrillo, 1949)

En 1951 se alcanzaba la casi duplicación de las camas, con un total de 66.300 nuevas camas, de las cuales un 80% pertenecía al sector público. Ya para 1954 se había conseguido un número de 132.000 camas (Veronelli & Testa, 2002). Mientras Carrillo se había planteado metas que consiguió en menos de 10 años, en EEUU, tras 10 años de ejecución del Programa Hill-Burton se habían creado solo 70.000 nuevas camas, el mismo número que se habían construido en Argentina, pero la mitad de las que se necesitaban en EEUU (Abbe, 1955).

Es necesario recordar, además, que la atención hospitalaria en Argentina era gratuita para toda la población, sin ningún tipo de restricción de sexo, edad, o país de procedencia.

La situación de la malaria

No solo podemos comparar la situación hospitalaria de la época con EEUU, sino también podemos analizar un problema social de significancia como lo fue la malaria, la cual se consiguió prácticamente erradicar en los primeros años de la década de 1950 (Tabla 1), por un colaborador de Carrillo, el Dr. Carlos Alberto Alvarado

Tabla 1. Casos registrados de malaria. Argentina y EEUU, 1946-1960.

| Año | Argentina | EEUU |
|------|-----------|--------|
| 1946 | 122.168 | 48.610 |
| 1947 | 41.250 | 15.116 |
| 1948 | 15.667 | 9.606 |
| 1949 | 4.304 | 4.151 |
| 1950 | 1.954 | 2.184 |
| 1951 | 1.829 | 5.600 |
| 1952 | 1.040 | 7.023 |
| 1953 | 648 | 1.310 |
| 1954 | 618 | 715 |
| 1955 | 240 | 522 |
| 1956 | 707 | 234 |
| 1957 | 791 | 132 |
| 1958 | 1.096 | 85 |
| 1959 | 5.351 | 72 |
| 1960 | 1.975 | 72 |

Fuente: Elaboración propia con base en *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina* (Veronelli & Veronelli Correch, 2004) y *La OPS en Argentina: crónica de una relación centenaria* (Veronelli & Testa, 2002).

quien, al asumir el gobierno de la autodenominada Revolución Libertadora, fue dejado cesante y tuvo que emigrar. No obstante, no tardó mucho en conseguir trabajo en función del reconocimiento de su tarea, y se transformó así en jefe del Programa Mundial de Erradicación del Paludismo de la Organización Mundial de Salud entre 1959 y 1964 (Jauretche, 2012). En el mismo cuadro, también puede observarse cómo, durante el gobierno de “la Revolución Libertadora”, los casos de malaria volvieron a aumentar, período durante el cual EEUU recién vuelve a tener menos casos registrados que Argentina.

Con relación a las enfermedades de la pobreza, el entonces presidente Perón señalaba lo siguiente (Perón, 1973):

Se combatía la garrapata y la langosta en el norte, pero el paludismo, que diezimaba su población no había llamado la atención de los poderes públicos. La lepra, en el litoral, era un problema serio. La tuberculosis y la sífilis eran verdaderos flagelos nacionales ayudados por la incuria de las autoridades. El tífus exantemático, la brucelosis, el quiste hidatídico y numerosas enfermedades iban tomando formas crónicas en sectores de población regional.

El informe Pedroso

Luego del golpe militar de la autodenominada Revolución Libertadora —y a solicitud del gobierno militar—, llegó al país Odair Pedroso, un consultor en administración de hospitales de la Organización Panamericana de la Salud. Su misión era analizar las políticas sanitarias del gobierno peronista (Pedroso, 1968). Este médico brasileño tenía como antecedentes haber estudiado organización de hospitales en EEUU, y ser el primer superintendente del Hospital de Clínicas de São Paulo, inaugurado en 1944 (Organización Panamericana de la Salud, 1982).

En la introducción de su informe publicado originalmente en 1956, Pedroso explicita el objetivo de su misión:

Mi tarea inicial en la Argentina era hacer una investigación sobre los métodos de administración hospitalaria en el país y aconsejar y hacer recomendaciones al gobierno para el mejoramiento de los servicios. Posteriormente, me correspondió realizar una verdadera investigación sobre las condiciones de asistencia hospitalaria, comprendiendo todos sus aspectos. Debería manifestar también mi opinión sobre cómo podría ésta mejorar y desenvolverse de acuerdo con los principios fundamentales de la técnica moderna. (Pedroso, 1968)

Durante el informe, el consultor reconoce que la relación camas/habitantes que tiene el país se corresponde con los estándares internacionales, pero critica la concentración de camas en áreas urbanas en detrimento de las áreas rurales, situación también existente en EEUU y señalada en la bibliografía de la época (Pedroso, 1968;

Starr, 1991). Las críticas que realiza el informe a la situación hospitalaria en Argentina no se diferencian de las que se encontraban en EEUU y que pueden extrapolarse en la actualidad a ambos países, lo cual demuestra que no son organizaciones dóciles a las políticas de los gobiernos y que cuentan con márgenes importantes de autonomía, producto del juego de corporaciones profesionales que las transforman en organizaciones muy complejas (Perrow, 1961; Mintzberg, 2003; Testa, 1997). Al abordar el tema de la administración hospitalaria y la organización del personal, Pedroso reconoce la complejidad y afirma:

Así conceptualizada la administración hospitalaria, fácil será concluir que en la República Argentina esa especialidad se encuentra en su infancia, por la carencia de conocimientos básicos necesarios. Le falta tecnicismo científico y es inexistente la diferenciación científica; confunden la medicina con el hospital y el médico con un director o administrador. Se mezcla la técnica con la política, y se subvierte el orden de las cosas, anulando la mayoría de las veces la primera en beneficio de lo último. De esta suerte, fallan, en la mayoría de los casos, los principios fundamentales capaces de orientar cualquier administración. Derribados estos, claudica la organización, fallan los sistemas, se malgastan los recursos, resultan inoperantes los servicios, distribuyen mal los elementos de trabajo, disminuye el rendimiento del personal y se reúnen datos imprecisos. (Pedroso, 1968)

Las críticas a las cuestiones administrativas que realiza Pedroso señalan una concepción del hospital asociada a la idea de una fábrica, o de una empresa, a la cual le caben los grandes lineamientos del mundo de la administración. Su sesgo tecnocrático se explicita al alarmarse por la existencia de dimensiones políticas, al suponer que existen problemas técnicos y problemas políticos puros en vez de problemas tecno-políticos o político-técnicos (Matus, 2007). La fuerte dimensión política del informe Pedroso, que se oculta tras la presunta neutralidad técnica, lo transforma en objeto de estas notas. Pero no hay que recorrer mucho el informe para ver cómo se derrumba esa presunta asepsia, y encontrar las dimensiones ideológicas de lo técnico:

En los últimos años, el Gobierno Federal y los provinciales, reclamaron para sí la responsabilidad íntegra de la administración y mantenimiento de las instituciones antes financiadas por la filantropía. De esta suerte se creó en ese país una nueva mentalidad que es la de la obligación integral por parte del Estado de asistir gratuitamente a toda la población. No incumbe al Consultor la crítica de esa concepción, más a su modo de ver, el resultado de esa política, debidamente analizada, no será favorable. En primer lugar, la comunidad dejó de participar en sus programas de salud, existiendo aún cierta indiferencia por parte de la población, que considera que el Gobierno es el único responsable de su salud y de la asistencia. [...] El consultor sustenta el criterio de que los establecimientos de asistencia hospitalaria general deben pertenecer predominantemente a entidades particulares, y ser administrados por aquellos, correspondiendo al gobierno intervenir subsidiariamente en la concesión de medios materiales y en el ofrecimiento de recursos técnicos, siempre que sea posible y que le solicite a este efecto. (Pedroso, 1968)

La lectura del informe de Pedroso tiene relevancia ya que contiene de manera explícita o germinal las ideas privatizadoras que trataron de marcar las políticas de salud de Argentina, desde entonces hasta la actualidad, a través de distintas agencias internacionales.

La obra de Carrillo proyectada en el tiempo

Si bien en décadas posteriores el hospital perdió la centralidad que se le había asignado a mitad del siglo XX, las observaciones con relación a lo que Carrillo denominaba *medicina social* continúan teniendo total vigencia ante la persistencia en nuestros días de problemas sociales —más que enfermedades— como la tuberculosis, la sífilis congénita, la enfermedad de Chagas y la hidatidosis, entre otras (Carrillo, 1949).

En la última carta a su hermano Arturo, Ramón Carrillo le escribía: “Esa obra debe ser reconocida; yo no puedo pasar a la historia como malversador y ladrón de nafta” (Carrillo, 2005), calificación que había recibido por parte de la Revolución Libertadora.

En función de destacar la relevancia de su obra, desde el Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Lanús publicamos, como primera obra de la colección de libros electrónicos “Cuadernos del ISCo” esta nueva edición de *Política sanitaria* que reúne en un solo libro los dos tomos de discursos oficiales, conferencias y artículos publicados originalmente en 1949, los que han sido enriquecidos, en esta edición, con una selección de fotografías de la época que hemos recuperado del acervo del Archivo General de la Nación. Vaya así nuestro pequeño pero sentido homenaje a Ramón Carrillo, en pos de que tanto su figura como su labor como sanitarista superen el olvido tal como él lo solicitara en la carta a su hermano Arturo.

Bibliografía

- Abbe, L. M. (1955). Hospital Beds in the United States, 1955. *Public Health Reports*. 70 (5): 484-491.
- Carrillo, A. (2005). *Ramón Carrillo: el hombre, el médico, el sanitarista*. Buenos Aires: Arturo Carrillo.
- Carrillo, R. (1949). *Política sanitaria argentina*. Buenos Aires: Ministerio de Salud Pública de la Nación.
- Cronin, J; Reed L & Hollingsworth H. (1950). Hospital construction under the Hill-Burton Program. *Public Health Reports*. 65 (23): 743-753.
- Feshbach, D. (1979). What's inside the black box: a case study of allocative politics in the Hill-Burton program. *International Journal of Health Services*. 9 (2): 313-339.
- Hoge, V. M. (1946). The hospital survey and construction act. *Social Security Bulletin*. 9 (10): 15-17.
- Jauretche, A. (2012). ¿Quién es el Dr. Alvarado? *Salud Colectiva*. 8 (1): 81-83. <https://doi.org/10.1590/S1851-82652012000100008>.
- Lochner, P. (1987). Hill-Burton enforcement: A proposed remedy to cure hospital inertia. *Journal of Legislation*. 14 (5): 69-86.
- Matus, C. (2007). Las ciencias y la política. *Salud Colectiva*. 3 (1): 81-91.

- Mintzberg, H. (2003). *Diseño de organizaciones eficientes*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Organización Panamericana de la Salud. (1982). Obituario Odair Pacheco Pedroso. *Educación Médica y Salud*. 16 (1): 100.
- Pedroso, O. (1968). *Informe presentado por el consultor en administración de hospitales de la Oficina Sanitaria Panamericana Dr. Odair Pedroso*. Buenos Aires: Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires; Departamento de Estado de Salud Pública.
- Peristadt, H. (1995). The development of the Hill-Burton Legislation: interests, issues and compromises. *Journal of Health & Social Policy*. 6 (3): 77-96.
- Perón, J. D. (1973). *La fuerza es el derecho de las bestias*. Buenos Aires: Ediciones Síntesis.
- Perrow, C. (1961). The analysis of goals in complex organizations. *American Sociological Review*. 26 (6): 854. <https://doi.org/10.2307/2090570>.
- Starr, P. (1991). *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América*. México: Secretaría de Salud, Fondo de Cultura Económica.
- Testa, M. (1997). Análisis de instituciones hipercomplejas. En *Agir em saúde: Um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC, Lugar Editorial.
- Veronelli, J. C.; Testa A. H., eds. (2002). *La OPS en Argentina: crónica de una relación centenaria*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
- Veronelli, J. C.; Veronelli Correch M. (2004). *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.

En otros tiempos la cultura y la salud fueron como la riqueza, patrimonio de sectas y castas privilegiadas; sólo ellas eran capaces de producir y gozar de un poema, de un cuadro o de una página musical. Solo ellas podían vivir limpias y sanas en medio de la miseria y la enfermedad de las masas. Hoy, la cultura, por la imprenta, la radio, el cine y la televisión, y por la socialización de las actividades inherentes a la comunidad, —tales como la salud pública— se ha transferido al pueblo y es del pueblo.

Así como ahora dominan las tareas vinculadas a la física y a la química, a la economía y al comercio, a la industria y a la producción, en una sociedad debidamente planificada en beneficio de todos, tendrán gran trascendencia la biología, la sociología y toda la ciencia del hombre y el consejo de los médicos, de los higienistas, de los dietólogos, de los arquitectos, de los juristas y sociólogos y de los auténticos economistas.

Perón

(De la Conferencia inaugural del Curso sobre Política Alimentaria Argentina, pronunciada por el general Juan D. Perón el 29 de abril de 1949, en el Teatro Colón de Buenos Aires)

Proemio

José Arce

Los hombres inteligentes y laboriosos, aun cuando se especialicen, tarde o temprano concluyen por ampliar sus actividades. Especialmente en los países jóvenes, donde la inmadurez y las circunstancias crean ambientes especiales y ofrecen ocasiones imprevistas.

Tal es el caso de Ramón Carrillo, actual ministro de Salud Pública. Alumno brillante, graduado *cum laude*, se consagró, inmediatamente, al estudio de las enfermedades del sistema nervioso. Y a la edad en que otros comienzan a adquirir nombradía, ya había conquistado la cátedra y un lugar de primera fila entre los mejores cirujanos de la especialidad en el mundo.

Es cierto que se trata de la más excelsa y amplia de las especialidades médicas, pero, en definitiva, sus límites son reducidos. Un espíritu como el de Carrillo no podía encuadrarse en ellos y era natural que, en la primera oportunidad, buscara mayor radio de acción.

Con frecuencia, hombres sesudos no aprueban una actitud semejante. Creen que el especialista se debe a su especialidad y, más que a esta, al egoísmo de quienes necesiten de sus servicios. Olvidan que no ha renunciado a su libertad y que, antes que una máquina de trabajo, obligado a rendir el cien por ciento en beneficio de la colectividad, es un hombre libre con derecho a ampliar su horizonte y aun a cambiar de orientación. Y que es el único responsable del éxito o del fracaso de esa ampliación o de ese cambio.

Viene a los puntos de la pluma una anécdota relacionada con esta materia. Un hombre público conversaba con un profesional que gustaba más de la investigación científica y del progreso de su universidad, que de ganar dinero. En una de sus incursiones políticas acababa de obtener un éxito parlamentario. “Usted sería el hombre más rico de la república si se hubiese consagrado por entero al ejercicio de su profesión”, le dijo el hombre público, mientras comentaba el referido éxito. “Tal vez, respondió el profesional, pero no sería quien actualmente soy”.

Es que existe una tendencia marcada a “encasillar” a los hombres como si sus actividades debieran limitarse a la primera vocación. Y eso no es aceptable, ni respetuoso de la libertad individual, aun en países más desarrollados y poblados que el nuestro.

Harvey Cushing, uno de los grandes cirujanos del mundo y el más famoso de los especialistas en sistema nervioso en EEUU, terminó sus días estudiando y enseñando ciencias sociales y políticas en Yale después de haber dejado el *Peter Bent Brigham Hospital*, donde había brillado como astro de primera magnitud de la Universidad de Harvard.

Pero volvamos a Carrillo. Tiene la energía, la inteligencia y la capacidad para ser útil a su país, fuera de sus actividades quirúrgicas. Y está en plena tarea. Los diversos capítulos de este libro lo demuestran.

Ha preparado un plan y ensaya su desarrollo. Pero sabe que para ir adelante, es necesario adaptarse a las circunstancias y no ignora que una revolución social —precisamente por haberse operado sin convulsiones ni derramamientos de sangre— exige tenacidad y tiempo para imponerse. Posiblemente por eso no se apura, pero trabaja y no pierde la dirección del objetivo final.

Si consigue disponer del tiempo necesario —esto no depende exclusivamente de él— tendrá éxito y realizará su plan de organizar e imponer una buena política sanitaria.

Desgraciadamente hay un fenómeno que dificulta su tarea; la congestión profesional en el gran Buenos Aires, congestionado a su vez por una enorme afluencia de población. Pero esto viene de más atrás. Él no la ha provocado y es muy difícil luchar con los factores sociales que la favorecen. El fenómeno es grave, no solo para la salud pública; lo es, también, para el porvenir económico de la nación.

Pero yo me pregunto, ¿llegado el caso de tener que adoptar algún remedio para corregir esta “macrocefalia”, no será un neurocirujano el hombre más adecuado para aplicarlo?

En cualquier caso sus afanes no habrán sido inútiles, la organización del ministerio que ha de cuidar de la salud pública argentina, es una necesidad.

Hay que ayudarlo. Es cierto que el país es joven, pero ha abandonado las muletas de la adolescencia y marcha, vigorosamente, hacia su destino. Y de ese ministerio depende que se reduzcan la morbilidad y la mortalidad, elementos indispensables, al lado de la inmigración, para preparar nuestra grandeza. La profecía de Sarmiento en su oración a la bandera debe ser la estrella que nos guíe.

Buenos Aires, 10 de julio de 1949

Advertencia del autor

Reúno en este volumen artículos dispersos, conferencias, discursos oficiales, etc., muchos de ellos simples versiones taquigráficas arregladas. He tratado de interpretar el pensamiento orientador del general Perón, quien tiene los ojos y el corazón aplicados a todos los aspectos del problema social. Uno de esos aspectos es la medicina. En el curso de los distintos capítulos hago mención especial de cómo procuramos “tecnificar” la doctrina del señor presidente de la nación.

Me anima el propósito de presentar un conjunto doctrinario, pues es evidente que a pesar de la diversidad de los temas, existen ciertas ideas o principios orientadores, que son nexos reiterados en todos los asuntos que fortuitamente he ido tratando en el curso de tres años.

No obstante el carácter oficial de los discursos, he procurado siempre ser lo menos formalista posible; evité intencionalmente las frases huecas, esas que se dicen para salir del paso, para reemplazarlas —en lo posible— por directas referencias a hechos, ideas o puntos de vista del titular de la Secretaría de Salud Pública —hoy Ministerio—, es decir, el pensamiento oficial y técnico sobre cada materia. Porque no puedo olvidar que además soy profesor universitario, y esto supone un compromiso que no puede ser igual para todos.

En ningún momento he ocultado mis opiniones, dispuesto a no eludir polémicas y a afrontar en cualquier terreno la discusión de los principios generales que orientan nuestra política sanitaria argentina, política que tratamos de armonizar en un conjunto de enunciados básicos a fin de descubrir el camino más simple, directo y económico de las soluciones concordantes con nuestros medios, necesidades y características nacionales. Ningún hombre puede actuar en la vida pública o privada, sin ordenar sus actos dentro de una doctrina, buena o mala, discutible o no, pero doctrina al fin.

Cuando hablamos de política sanitaria, empleamos el término “sanitario” como sinónimo de salud pública, aunque según mis propias definiciones, el concepto de “sanitario” es mucho más restringido. Pero mantenemos el término un poco por respeto a la costumbre y si se quiere a la tradición.

Las ideas generales que deben inferirse de la lectura de este volumen se plantean germinalmente en el discurso que pronuncié al hacerme cargo de la Secretaría de Salud Pública el 30 de mayo de 1946, y tienen luego un amplio desarrollo técnico en los cuatro tomos del Plan Analítico de Salud Pública, que forma parte del plan de gobierno del general Perón.

Los artículos y conferencias que integran este volumen fueron escritos apresuradamente, “*calamus currendi*”, en medio del intenso requerimiento diario, alternando nuestras obligaciones del cargo, tan absorbentes, con algunas cuartillas para

el próximo tema sanitario, a tratar perentoriamente en congresos, reuniones o inauguraciones. Muchas conferencias no han sido registradas taquigráficamente, por lo cual la dilucidación de problemas como los que plantean la alienación, la tuberculosis, la lepra, se ha perdido. No desearía que se pierdan estas, que por lo menos han sido registradas. Desde nuestra posición en el Gobierno, solo es posible la creación intelectual y episódica, e insisto sobre este punto para hacerme perdonar todas las deficiencias. Un despacho ministerial no es por cierto lo más apropiado para escribir un tratado orgánico sobre esta nueva rama de la medicina que es la salud pública en la Argentina, abordada con nuevos fines y nuevos métodos, como lo estamos haciendo.

Al publicar este volumen solo pretendemos ser útiles a los médicos en general y a los médicos sanitarios e higienistas en particular, y, con los medios a nuestro alcance, contribuir a ordenar las ideas de todos ellos, concretando los fines inmediatos y el espíritu de la actual política sanitaria argentina, que es también la primera que tenemos. Hasta ahora no la tuvimos; comencemos, pues, con algo, aunque sea esto, bien modesto, por cierto.

No he querido que este libro fuera una mera recopilación de discursos más o menos ordenada; he preferido darle así cierta organicidad a la presentación de los temas. Como el libro se ha ido formando en circunstancias muy diversas, no tiene estructura propiamente dicha; es heterogéneo, además de incompleto; tiene lesiones congénitas contra las cuales no hay ortopedia que valga, ni tipografía, ni composición que las oculte.

En cuanto al aspecto literario, este tiene o puede tener atenuantes. Para pasar por alto los errores, basta tener en cuenta que son cosas escritas por un médico; antecedente que de hecho nos exime de mayores justificaciones y nos permite desde ya sentirnos disculpados. ¡Es tan seria la fama de nuestra terapéutica cuando se aplica a la sintaxis!

Seríamos muy felices —y habría cumplido su misión este sencillo trabajo— si otro médico —algún idealista— descubriera su misión en nuestros párrafos, mal dibujados si se quiere, pero que anhelan transformarse en un mensaje de nuestro tiempo, traducir la tónica de una época y de un sentimiento argentino, creador, audaz, decidido, que va al encuentro de su destino y de la realidad con ideas y pasiones tan grandes como son el amor a la patria y el incontenible propósito de conquistar la felicidad del pueblo argentino, de ese pueblo argentino que formarán nuestros hijos y nietos para ejemplo del mundo, fuertes por su salud física, pero más fuertes aun por su vigor moral, su valentía y su honradez.

Otro de los motivos que me han decidido a efectuar esta publicación es que, contrariamente a lo que me había imaginado, mis colegas médicos han leído mis trabajos, y lo que es más admirable —iadmirable poder del Espíritu Santo!— los han asimilado, llevando las ideas a la aplicación práctica. Nunca he tenido una emoción más honda y fraternal que cuando en mis visitas al interior, me he encontrado con colegas entusiastas que repetían frases e ideas extraídas de mis palabras, quizás, sin darse cuenta de ello. A esos colegas les envió desde este prólogo un abrazo, porque me han tributado el más honroso homenaje a que pueda aspirar un apasionado de

sus ideas y de su tarea con esa identificación, pues en esos momentos se siente latir cerca el corazón argentino y el corazón de nuestros maestros, de aquellos que nos enseñaron medicina y nos pusieron en el camino del espíritu médico. A todos ellos —a mis maestros— que en los inciertos años de la iniciación me brindaron su consejo y me tendieron su mano amiga, les dedico también estas líneas y este recuerdo.

Junio de 1949

Creación de la Secretaría de Salud Pública y definiciones iniciales para su orientación¹



Ramón Carrillo se hace cargo de la Secretaría de Salud Pública. 1 de junio de 1946.

Fuente: Archivo General de la Nación.

Al asumir el cargo de secretario de Salud Pública, con el rango de ministro de Estado, debo expresar mi profunda gratitud al excelentísimo señor presidente de la nación, por haberme honrado con tal designación.

Mi agradecimiento, en este sentido personalísimo, alcanza también por supuesto a todos los señores ministros, porque todos han concurrido con su acuerdo a hacerme objeto de una distinción tan alta como desproporcionada con mis merecimientos.

Pero hay aún otro concepto de orden general, que me obliga, asumiendo circunstancialmente la representación de la medicina argentina y de todas sus ramas, a referirme al excelentísimo señor presidente electo, coronel don Juan D. Perón, a

¹Discurso del doctor Ramón Carrillo al asumir el cargo de secretario de Salud Pública, el 1 de junio de 1946.

quien le corresponde, en inspiración, la paternidad de esta creación que es la Secretaría de Salud Pública, jerarquizada en Ministerio de Estado, con lo cual ha venido a cumplirse un unánime anhelo de la clase médica, ya alentado en los tiempos del primer presidente del Departamento Nacional de Higiene, doctor Pedro Pardo, de Penna, de Rawson, de Ayerza, de Pirovano y de Güemes, para no hablar sino de los grandes precursores desaparecidos.

De ahí que toda la clase médica y desde luego también el pueblo de la nación, que será el beneficiario directo de esta innovación institucional, quedamos obligados para con el líder de la revolución del 4 de junio de 1943, coronel Perón, por haber recogido e impulsado a su realización aquel antiguo anhelo, que también hallara eco en Hipólito Irigoyen, quien, con su gran sensibilidad para las necesidades populares, durante su primera presidencia, había encomendado al doctor Agudo Ávila la planificación del Ministerio de Salud Pública.

Factores indirectos de la salud

La idea fracasó entonces por miramientos formales derivados del enunciado limitativo de ministerios en el texto constitucional con determinación de sus respectivos ramos, frustrándose así, paradójicamente, una iniciativa que venía impuesta por el mismo preámbulo de la Constitución en cuanto declara propósito esencial de la organización estatal el velar por el bienestar colectivo.

El Poder Ejecutivo de la Nación ha atendido, pues, esa postulación constitucional, al resolver, en acuerdo general de ministros, que la Secretaría de Salud Pública tenga el poder y las atribuciones suficientes para estructurar la defensa de la salud pública y propender a la formación de un pueblo fuerte, sano y útil.

No podemos estar atentos, únicamente, a reponer la salud de los enfermos o a compensar la de los débiles, lo cual es, en efecto, un deber del Estado y de la sociedad, pero tanto o más imperioso es aún dedicarse a los sanos, para su preservación y para favorecer su normal desarrollo.

La Secretaría de Trabajo y Previsión ha producido ya, de su parte, el saludable efecto de levantar el estándar de vida y de mejorar la situación de los trabajadores, que constituyen la masa más numerosa y la más necesitada de protección oficial.

Trabajo, vivienda y alimento sanos son los componentes indirectos de la salud y de la felicidad del pueblo, y es en ese terreno social donde la medicina está llamada a cumplir su papel más importante, secundando al Estado en sus previsiones protectoras del trabajo humano.

La enfermedad niveladora social

Ningún habitante de la nación puede estar desamparado por el solo hecho de carecer de recursos. El dolor y la enfermedad son niveladores sociales; por eso no existirá verdadera justicia social si el pobre no dispone de idénticas posibilidades de

curarse que el rico, si no cuenta con los mismos elementos e igual asistencia médica que este. La urgencia de vigilar el caudal humano de la nación, no es un problema sentimental, ni es una mera cuestión de filantropía, es un imperativo que resulta de la igualdad de derecho a la vida y a la salud. La medicina, dentro de esta concepción, adquiere su verdadero aspecto y un nuevo sentido la acción del médico, que debe posesionarse profundamente de esta valoración de la existencia humana, en función de la colectividad. Cada enfermo, cada deficiencia física o mental, cada muerte prematura es un perjuicio para todos.

No expondré en esta oportunidad el programa de la secretaría, pero no puedo menos que indicar someramente los problemas de la salud pública que solo ahora será posible encarar, en condiciones con las que no ha contado mi predecesor, el doctor Viera, que tanto ha hecho, sin embargo, entre tantas dificultades, desde el cargo de director general de Salud Pública.

Medicina individual frente a la medicina social

Mantenemos todavía el régimen individualista de la medicina que contempla la posibilidad de resolver el caso aislado, dentro del binomio contractual que configuran al enfermo por un lado y el médico por otro. Las grandes transformaciones sociales del mundo —y el mismo progreso de la medicina— han impuesto la participación de un tercer componente, la sociedad, la sociedad tan comprometida en la realización del individuo como el mismo individuo.

La desigual distribución en individuos y zonas geográficas, de la riqueza, ha influido para que los profesionales de la medicina se distribuyan en forma igualmente desigual, concentrándose allí donde es mayor el porcentaje de habitantes capaces de pagar asistencia médica libremente convenida, lo que origina una plétora profesional en la Capital Federal, por ejemplo, donde existe un médico cada 381 habitantes contra un médico cada 4.350 en el interior de la República.

La medicina curativa de las clases no pudientes, en virtud de ese régimen individualista tradicional, se funda principalmente en el principio de la caridad cristiana, base sentimental que resulta ya anacrónica, socialmente insuficiente y moralmente diminutiva de la personalidad humana. La caridad es una virtud cristiana admirable, pero no puede ser la base de una doctrina para el gobierno de la salud pública.

En cuanto a la medicina preventiva ella solo beneficia hoy por hoy a muy pequeños núcleos de población, siendo así que debe dirigirse a las grandes masas humanas y actuar permanentemente en su mismo medio. La solución de estos problemas requiere un plan racional y la acción exclusiva de un organismo estatal poderoso.

Así lo han entendido los países más adelantados de Europa y América, que cuentan con Ministerios de Salud Pública desde hace mucho tiempo: Inglaterra y Canadá desde 1919, Francia desde 1920, Chile desde 1924, Ecuador desde 1930, Colombia desde 1931, Alemania, Brasil y México desde 1934, Costa Rica desde 1936, y poco más tarde Paraguay, Perú, Turquía, Uruguay, Venezuela, etc.

Estas referencias bastan, por sí mismas, para justificar de sobra la medida que ha tomado el Gobierno de la nación y en virtud de la cual la Argentina se ha puesto a la par de los demás países cultos del mundo.

Hacia un régimen jurídico de la Salud Pública

Mediante la sanción de una ley orgánica de Salud Pública y de un Código Sanitario, daremos oportunamente el primer paso importante hacia la unificación de los servicios médicos, que tiene que ser una obra forzosamente lenta, paulatina y llevada adelante sin apresuramientos y sin improvisaciones.

Entiendo que el personal técnico debe escalafonarse en forma tal de obtener su dedicación total a las tareas especializadas que son específicas de esta repartición. El personal auxiliar y obrero —que por la índole de su trabajo está expuesto a riesgos muy serios— debe también escalafonarse con un criterio amplio y generoso, pues su colaboración tiene un valor inapreciable para los servicios.

La revolución argentina ha venido en esta, como en otras materias, a poner por obra el pensamiento de los constituyentes de 1853, tan pródigo en previsiones que durante largos años fueron una vana promesa para sus destinatarios.

He ahí una continuidad ideal, que la historia destacará cuando se escriba la página de estos días apasionados; apasionados, porque una gran pasión ha encarnado en un hombre que quiere servir abnegadamente a su pueblo.

Mensaje al personal de la Secretaría de Salud Pública de la Nación¹

Al asumir el cargo de secretario de Salud Pública de la Nación, hago llegar a ustedes mi saludo cordial. Anhele ejecutar la obra constructiva que el pueblo espera de la nueva organización de la Secretaría de Salud Pública.

Identificado con el programa de justicia social, en cuya realización se encuentra empeñado el superior Gobierno de la nación, considero que es de primordial importancia intensificar la acción conducente a velar por la salud física y mental del pueblo. He dicho ya otra vez que la enfermedad y el dolor nivelan a los hombres, y hacen desaparecer las diferencias entre pobres y ricos. Si frente a la desgracia que implica un padecimiento, unos disponen de recursos para curarse y otros no, estaríamos —como ahora— frente a un caso de injusticia social. Y será obra de esta secretaría reparar esa injusticia. Todos los habitantes del suelo argentino deben tener el mismo derecho para preservar su salud y atender sus males. En eso no puede haber diferencias.

Debemos afrontar problemas urgentes, estructurar paulatinamente el departamento a mi cargo, de acuerdo con su nueva jerarquía y transformarlo en un organismo eficiente. Eficiencia, eso es lo que pido a mis colaboradores de toda la secretaría, ya que, como médico, descuento de antemano su espíritu de abnegación y sacrificio, por la naturaleza misma de las tareas a que se encuentran vinculados.

Nunca he creído que los servicios médicos deban ser, simplemente, la resultante de impulsos de carácter sentimental. La caridad es una virtud cristiana a cuya perfección debemos aspirar, pero tratándose de los fundamentos biológicos de la nación, las funciones de la Secretaría de Salud Pública son eminentemente estatales técnicas y de gran responsabilidad. La medicina concebida desde el punto de vista social, no es solo una disciplina científica, sino también una ciencia moral y política, puesto que —además de sus funciones específicas— debe enseñar al pueblo a vivir y a trabajar sanamente y con alegría.

La salud pública debe responder a una técnica propia que no es solo medicina. Es también economía, administración, sociología, biología, ingeniería y derecho. Quizá la medicina, desde el punto de vista del Estado, no sea lo más importante para la preparación y ejecución, precisamente, de los planes médicos.

La Secretaría de Salud Pública debe ocupar un puesto de avanzada en la marcha hacia la perfección humana del país. La patria necesita un pueblo útil y fuerte, moral y físicamente. Apelo al concurso de todos ustedes y los invito a continuar en su labor con mayor ahínco y con el único deseo de servir mejor al pueblo de la nación.

¹Comunicación dirigida el 19 de junio de 1946.

La medicina preventiva¹



Ramón Carrillo; Ramón Cereijo, ministro de Hacienda; José M. Freyre, secretario de Trabajo y Previsión Social; Vicente Sierra, secretario de Salud Pública de la Municipalidad y otros funcionarios en el acto de constitución de la comisión mixta a cargo de organizar y aplicar los decretos leyes sobre medicina preventiva. 3 de agosto de 1946.

Fuente: Archivo General de la Nación.

La biología nos enseña que el proceso circular de la vida se cumple por mutaciones bruscas o por desarrollos lentos, es decir, por revolución o por evolución. Los cambios en la estructura social no escapan a esta gran ley biológica. El derecho romano necesitó siglos para configurar el sistema jurídico sobre el cual se asientan las milenarias instituciones de occidente. Es un ejemplo de evolución. Contrariamente, a semejanza de los cataclismos geológicos, se desencadenan las revoluciones,

¹Exposición hecha al constituir la comisión mixta encargada de organizar la aplicación de los decretos leyes sobre medicina preventiva, el 3 de agosto de 1946.

que comienzan en las ideas y terminan en los hechos, transformando súbitamente la vida política y social de los pueblos.

El desenlace revolucionario es por cierto lo excepcional, pero no tiene nada de anormal. Es tan fatal como la evolución y responde al mismo impulso creador de la vida. La diferencia es meramente de manifestación. Una evolución detenida termina necesariamente en un estallido revolucionario.

Estos son tiempos de revolución. Es evidente, en efecto, que estamos viviendo una revolución, no solo en la Argentina, sino en todo el mundo y que esta revolución abarca totalmente la actividad humana; y, desde luego, también a la medicina en su proyección moral y política, en sus objetivos, en sus métodos y procedimientos.

Este acto dentro de su sencillez, es un acto de valoración revolucionaria. Señala una nueva dirección de la medicina argentina. La Secretaría de Trabajo y Previsión y la Secretaría de Salud Pública, se reúnen solidariamente en una comisión mixta para organizar la medicina preventiva del país.

Guerra sin armisticios

La guerra sanitaria no tiene armisticios ni treguas. En una primera etapa que comenzara en remotos tiempos del mundo, la lucha se entabló contra las enfermedades pestilenciales: cólera, peste bubónica, viruela, en fin, toda la serie de las enfermedades infectocontagiosas; luego, en una segunda etapa, se libró la campaña contra las endemias, es decir, aquellas afecciones que permanente o solapadamente atacan a grandes masas humanas, como el paludismo, la anquilostomiasis, etc.

Es innecesario describir el cuadro sombrío de las poblaciones diezmadas, en otros años, por las pestes. No se bombardeaba a las poblaciones civiles desde aviones de guerra, pero pueblos y ciudades enteros eran abandonados por sus habitantes, huyendo del cólera o de la viruela negra; lo mismo que ahora lo hace de las bombas incendiarias. Han quedado, de ese tiempo, telas célebres, de éxodo, de pánico, de hecatombe.

Las tablas de mortalidad por enfermedades infecciosas documentan uno de los más grandes triunfos de la medicina. A principios de este siglo, el 70% de las muertes eran determinadas por afecciones infectocontagiosas, porcentaje que en la actualidad se ha reducido a un 15% incluyendo la tuberculosis. Dicho en otras palabras, de cada 100 personas, hay 55 que viven gracias a la medicina.

Sé demasiado que ninguna de las personas que me escuchan se incluirán en este 55% de sobrevivientes; yo también las excluyo por amistosa consideración, pero sin recordarles esta deuda que todos tenemos con el pasado. Me refiero, naturalmente, a los médicos que tuvieron la responsabilidad de superar la primera etapa de las plagas pestilenciales, hoy desaparecidas, casi en su totalidad.

Eliminadas las epidemias, un nuevo enemigo nos sale al paso: las dolencias crónicas de tipo degenerativo, que no tienen la espectacularidad de las epidemias y endemias, ni son producidas por un agente específico como ellas, pero que destruyen al hombre o lo invalidan, con invalideces que son peores que la muerte misma. Las

pérdidas de potencial humano de la nación por incapacidades sobrevinientes para el trabajo, son el grave problema social de nuestra hora, y su solución es de índole especialmente higiénica y médica.

El drama de los crónicos

Los decretos leyes cuya ejecución se inicia, tienden a resolver el drama del enfermo crónico que ha sido abandonado por nuestro régimen asistencial y —hasta diría— que se encuentra olvidado hasta por los textos oficiales de medicina. El cáncer, las cardiopatías, el reumatismo, la hemorragia cerebral, la senectud precoz, la diabetes y las enfermedades de la nutrición, para no citar sino las más importantes, constituyen en este momento una cuestión médica, técnica y social. El planteo revolucionario estriba precisamente en organizar una campaña de profilaxis de estas tremendas causas de invalidez y de muerte.

Prevención de los factores de invalidez

El Instituto Nacional de Previsión Social, con la colaboración directa de la Secretaría de Salud Pública, se dispone a abordar la prevención de los factores de invalidez entre los afiliados a la caja —casi tres millones de personas— pertenecientes a grupos sociales vinculados al trabajo que, consideradas en conjunto, con sus respectivas familias, integran la mitad de los hogares modestos que elaboran la grandeza de la patria. No existe en nuestro país el seguro social, pero se han colocado ya sus bases, aunque, naturalmente, en un sentido restringido, puesto que no cumple sino la función de subsidio, que es primaria. Subsidiar la invalidez precoz, la invalidez senil, la viudez o la orfandad, no es una solución biológica, ni social, desde que el remedio no va contra la causa, que es lo que busca la medicina preventiva. El subsidio brinda un pedazo de pan, pero no la salud para ganarlo con el propio esfuerzo.

Una estadística de veinte años prueba que un 10% de los afiliados pasan a la pasiva por causas diversas de incapacitación. Si se mantuviera esa proporción, dentro de dos décadas tendríamos 280.000 obreros y empleados vegetando como inválidos y subsistiendo a expensas de los compañeros, a quienes la vida les dio más salud, situación que supone un dispendio de valores, perfectamente evitable con los recursos de la medicina preventiva.

El excelentísimo señor presidente la nación es el autor de la iniciativa de luchar contra la invalidez. Cuando estuvo al frente de la Secretaría de Trabajo y Previsión, proyectó el decreto ley por el cual se crea el instrumento legal y financiero que hoy nos permite iniciar esta cruzada higiénica y médica en bien de la clase más modesta y necesitada.

La salud es un valor positivo y un derecho

La salud no es un valor negativo que se defina por la mera ausencia de enfermedad. En sentido positivo, la salud importa nada menos que la vida plena, abierta a todas las posibilidades del trabajo y del bienestar físico, espiritual y social. La salud es el derecho más respetable, entre los derechos del hombre, y el más olvidado por los hombres. Hace, como ningún otro, a la dignidad del ser humano y por eso mismo excede fronteras, religiones, razas, ideologías políticas, estratos económicos.

La medicina preventiva tiene por objeto descubrir en la población, aparentemente sana, todos aquellos individuos que están potencialmente enfermos, a fin de substraerlos al avance del mal y evitar la cronicidad y la invalidez que tarde o temprano los inutilizará para el trabajo o los llevará a la muerte.

La medicina preventiva tiene méritos de cenicienta. El símil del parapeto que resguarda del precipicio es del todo atinente nadie se descalabra y nadie atribuye su seguridad al parapeto. Es como si el precipicio no existiera. El parapeto es la medicina preventiva; el precipicio, la enfermedad.

Debemos a la medicina del seguro la comprobación de que un 7% de la población normal es técnicamente no asegurable porque su riesgo mortal es demasiado elevado y que existe un 8% de estados de salud subnormales que están preparándose para entrar en el primer grupo a medida que la muerte abre esos claros. Esta comprobación estadística permite adelantar que entre los afiliados del Instituto de Previsión, existen 196.000 obreros y empleados que están enfermos y que ignoran su situación; que existe otro tanto en estado subnormal y que podrán pasar al primer grupo en cualquier momento. Enunciar el problema es señalar ya las soluciones. No se me oculta que lo más difícil en este nuevo esfuerzo sanitario no será tanto el descubrir los males latentes y aislar a los marcados por el destino, sino poder substraerlos a su actividad y someterlos a un tratamiento oportuno, dentro de un régimen asistencial adecuado, para el cual el país no está suficientemente preparado en estos momentos.

La higiene ha avanzado hasta un nuevo frente de lucha. Sin abandonar la campaña contra las endemias, rastrea con los nuevos instrumentos técnicos de la medicina preventiva todas las causas y factores de la invalidez precoz.

La salud en función social

Sigue siendo problema de su incumbencia el agua potable, el urbanismo, los alimentos y mil otras cuestiones de higiene pública, que tanto preocupaban a nuestros antecesores. En nuestros días y dentro del ambiente revolucionario del mundo, interesa lo mismo la salud del individuo, pero con otro concepto, en función social, como célula útil a la colectividad.

El punto de vista aparece interesado, utilitario, pero así tiene que ser mirado el problema desde el Estado. Nuestra obra revolucionaria afirma que la salud es un derecho inalienable del hombre. Pero un derecho. Ningún derecho existe en la

realidad de los hechos, si no existe contra alguien. Ese alguien, tratándose de la salud del pueblo, es el Estado y el Estado es una concreción social, útil y utilitaria.

No nos quejemos de una concepción tal del Estado, que nos reporta un derecho y no una dádiva coonestada por razones sentimentales de falso humanitarismo. Lo cierto es que ahora el pueblo cuenta con todos los recursos del Estado para llevar adelante una gran cruzada contra los flagelos de la salud. Tenemos que alcanzar al mal en su origen, ir hasta sus ocultas causas y extirparlas de raíz y para siempre.

El estudio de la tuberculosis fue precisamente lo que permitió el actual planteo sanitario, con proyección sobre toda la medicina. La tuberculosis fue, hasta hace poco, una enfermedad de tipo epidémico y después de tipo social. Cuando la higiene pudo localizar sus dos factores, el microbiano y el social, se llegó también a la conclusión desoladora de que aun reduciendo el factor microbiano y el social no se lograría detener el mal. Se descubrió que en la *tuberculosis basal*, sobre la cual no gravitan las medidas de higiene, ni la legislación social —puesto que en las clases pudientes no pesan los factores adicionales del alimento, del trabajo o de la vivienda y, sin embargo, se tuberculizan—, pesa únicamente la ecuación individual. El catastro radiográfico de grandes masas de individuos normales ha permitido descubrir que la tuberculosis es una verdadera endemia y que no valen para ella las medidas de orden puramente médico-sociales; vale tan solo lo que es eficaz en toda endemia, es decir, la policía de focos.

Salud Pública hermanada con Trabajo y Previsión

He señalado, al hacerme cargo de la Secretaría de Salud Pública, nuestra hermandad con la de Trabajo y Previsión. Este acto de hoy demuestra que esto debe ser siempre así, y espero que nuestra recíproca colaboración pueda extenderse a otros aspectos de la previsión. Me refiero al seguro de maternidad y al seguro de accidentes del trabajo, previsiones estas que sin una acción médica integral serán siempre incompletas.

Necesitamos dotar al país de centros de maternidad para atender a los 220.000 partos anuales de los hogares obreros, y necesitamos también extender a todos los núcleos importantes de población los centros de traumatología para rehabilitar a los 150.000 traumatizados, con secuelas que cuestan tanto en dinero como en sufrimiento.

Agradezco a las autoridades del Instituto Nacional de Previsión Social la hospitalidad que nos brinda, y declaro que he preferido para el acto este lugar, y no la sede de Salud Pública, porque quiero señalar a la opinión del país que sin el organismo fiscal y financiero del Instituto de Previsión, poco se puede hacer técnicamente en beneficio de la gran masa social. Me permito señalar a las generaciones médicas del porvenir, que el paso que damos hoy, lo ha dado en realidad el general Perón, y lamento que no todos los médicos argentinos hayan querido comprender el hondo sentido verdaderamente revolucionario del movimiento encabezado por el jefe del Estado, estando, como están, capacitados especialmente para interpretarlo, ya que conocen como nadie la miseria, la angustia y el dolor de los humildes.

Un famoso biólogo inglés —refiriéndose al movimiento revolucionario que se percibe en el mundo— comienza por compadecer a aquellos que lo resistan. “En el mejor de los casos —continúa Huxley— están retrasando lo inevitable; en el peor, provocando violencias; en cualquiera, añadiendo dolores y desdichas inútiles. Desdichados también aquellos que aceptan las cosas pasivamente y que se imaginan que las fuerzas ciegas harán todo el trabajo”.

Los médicos deben prepararse a remozar todos sus esquemas mentales: en caso contrario, serán superados por los hechos. Vivir una revolución es un privilegio dudoso, pero esta que vive el mundo tiene una compensación y es que el conocimiento científico y la regulación consciente son capaces de representar un papel. La historia está haciéndose a más velocidad que en cualquier otra época y si estamos dispuestos a realizar el esfuerzo, nos corresponderá a nosotros, que vivimos esta revolución, el honor de haber ayudado a la historia.

Hacia una mayor precisión en los fines del hospital y de la asistencia médica¹

Traigo a este acto la representación del excelentísimo señor presidente de la nación, general don Juan D. Perón —quien no pudo concurrir personalmente, como era su deseo—, pero os puedo asegurar que con su afecto está presente ante el pueblo de Río Cuarto, el cual después de tantos años de espera ha convertido su sueño en la magnífica realidad del hospital que inauguramos el día de hoy.

Los médicos, por nuestra mentalidad profesional, asistimos en cierto modo con regocijo a la inauguración de un recinto como este, destinado a albergar el sufrimiento humano, aunque como hombres sensibles desearíamos que no fueran más necesarios los hospitales ni los mismos médicos, puesto que así se habría consumado el triunfo de la medicina, el triunfo del espíritu sobre la materia; del bien sobre el mal.

Pensamos que ese triunfo será posible algún día al contemplar las admirables instalaciones de este hospital que relega en un ominoso pasado, que ahora nos parece todavía más remoto, aquellos lazaretos inhumanos, miserables rezagos del templo de Asclepios en Grecia, de los “valetudinarios” de la antigua Roma, de las “casas sin puertas” del Imperio, donde se hacinaban siniestras multitudes de enfermos y de donde bastaba salir con vida para ser proclamado ciudadano libre.

La asistencia médica es un derecho

La transformación de concepto y de método de acción por obra de la Iglesia durante ese período oscuro y fecundo de la historia humana que se llama la Edad Media, permite organizar la asistencia de los desventurados en las casas llamadas de Dios. Prelados, obispos y concilios toman a su cargo y reglamentan la atención de los enfermos y desvalidos, y con abnegación —que nunca será suficientemente reconocida— imponen la caridad como criterio médico, hasta que la Revolución francesa penetra en los establecimientos eclesiásticos y los transforma en servicio público. Desde entonces los hospitales van resultando de un esfuerzo de sentido social, en virtud del cual la asistencia que reclama el necesitado es un derecho que refluye socialmente como un deber, no como una concesión graciosa.

¹El 22 de septiembre de 1946 fue inaugurado el hospital “17 de Octubre”, de Río Cuarto, con esta conferencia.

La organización hospitalaria

Nosotros estamos en mora, como que aun sigue atendiéndose a los enfermos en criterios de caridad, criterio suficiente en otra época, pero no en la que vivimos, que es la época de las mayores transformaciones sociales; no obstante lo cual, una gran mayoría de nuestros hospitales están ya a cargo del Estado y el Estado ha organizado su servicio, con el concepto administrativo de realizar un servicio público. Pero esta etapa debe ser también superada, y dentro de los conceptos de justicia social corresponde llegar al ideal contemporáneo, en virtud del cual, la caridad que en el Medioevo exigía la Iglesia, y en la actualidad la ejerce el Estado, en gran escala, bajo la concepción de servicio público, debe fundarse en lo único que es compatible con la dignidad humana: en la previsión social.

A mi juicio, estamos viviendo un período de transición; estamos viviendo en algunos aspectos en la Edad Media; en otros, apenas hemos superado la Revolución francesa, y solo en muy pequeña escala se ha iniciado la asistencia médica fundada en la previsión, como es el ensayo magnífico de la Asistencia Médica de los Ferrovianos, y de las cajas del Instituto de Previsión, adopción práctica, concreta y ejecutiva de las nuevas direcciones médico-sociales que se debe al excelentísimo señor presidente de la nación, quien, desde la Secretaría de Trabajo y Previsión, impuso el principio de la previsión como base de la asistencia médica, lo que supone para el futuro no solo la solución integral y moderna de los problemas del enfermo, sino también una reorganización de la profesión médica, que no tiene más remedio que cambiar sus esquemas mentales para servir al pueblo de la nación, contando para ello con recursos económicos suficientes y con planes justos y humanos. El médico encontrará, por ese camino, su propia solución y, en ese sentido, transcurridos no muchos años, nadie podrá dejar de agradecer al general Perón el mérito de esta avanzada y humanitaria iniciativa social, por la que tanto bregaron aquellos grandes médicos que vieron algo más allá de la simple técnica profesional.

En los albores de este siglo, sobre todo en el interior del país —y aun actualmente— el hospital estaba rodeado de cierto temor popular, no del todo injustificado, y solo recurrían a sus servicios los desvalidos sin hogar o los aquejados de dolencias muy graves. Está fresco en la mente de todos ciertos episodios y se sabe que aún perdura en algunos ambientes la idea de que al hospital se va solo a morir, a esperar la muerte.

Casas de salud

Frente a exponentes de la arquitectura hospitalaria, como este hospital de Río Cuarto, el pueblo terminará por olvidar esas reminiscencias para comprender que el hospital es un establecimiento indispensable para curarse y del cual no pueden prescindir ni las clases pudientes, ni aun cuando estas llamen a sus curatorios con el nombre más pomposo y tranquilizador de sanatorios.

Personalmente aspiro a algo más para el hospital. Estoy decidido a que, Dios mediante, los hospitales argentinos no sean solo *casas de enfermedad*, sino *casas de*

salud, de acuerdo a la nueva orientación de la medicina, que tiende a evitar que el sano se enferme, o a vigilar al sano para tomarlo al comienzo de cualquier padecimiento cuando este es fácilmente curable. En otros términos, trataremos primero de transformar los hospitales —que actualmente son *centros de cura*, en “centros de medicina preventiva”— y luego, en una segunda etapa, cuando se organicen las obras complementarias de higiene, de asistencia y recuperación social, sean verdaderos *centros de salud*.

Anhelamos esta transformación, porque ella es inseparable de los propósitos formulados por la revolución y porque si pretendemos señalar una época en la historia, debemos intensificar con inteligencia y perseverancia todo aquello que sea servir al pueblo, constituido en su 65% por los no pudientes, los más necesitados del apoyo de la nación. En esta materia, cuanta más alta es la inspiración moral que nos decide a obrar, menos mundana resulta la obra.

Ayudar al prójimo como a sí mismo

El cuerpo médico y nuestros hospitales han procurado siempre compensar sus deficiencias técnicas y la pobreza en que todavía se debaten, sirviendo a la población según el precepto divino de ayudar al prójimo como a sí mismo. Valga esta elevada norma cristiana como excusa de nuestras propias deficiencias y valga también el hecho de que, en nuestra patria, se presta asistencia médica sin negársela a nadie, sin hacer de ello un artículo de comercio, concepto este que no domina en otros países, que exponen con orgullo sus grandes nosocomios, pero exhibiendo en la puerta las leyes de asistencia que la cierran para el extranjero y que obligan a que todo beneficiario pague su asistencia médica.

Pero tenemos mucho que hacer. Nos espera una inmensa tarea, que aun no hemos comenzado y que no comenzará hasta no tener terminados nuestros planes. Por lo mismo, no miremos tanto al pasado, haciendo balances fríos de los hechos; demos por bueno lo existente y pongamos todo nuestro empeño para hacer algo mejor.

Deseo que estas palabras sirvan de homenaje a mis antecesores, quienes con su esfuerzo, contribuyeron a perfeccionar el sistema asistencial de nuestro país, y deseo testimoniar también mi devoción a todos aquellos, que sin distinción de partidos políticos han contribuido a la honrosa tarea de poner en funcionamiento este hospital de Río Cuarto, que es la síntesis, en el tiempo, de un esfuerzo colectivo y espiritual.

150.000 camas en el país

Si se tienen en cuenta que son necesarias de 10 a 13 camas por cada mil habitantes (1,3%) para atender a nuestros enfermos, deberíamos contar, como mínimo, con 150.000 camas en todo el país, y solo disponemos actualmente de 70.000, es decir

menos de la mitad. He aquí el primer problema: construir nuevos establecimientos y darles el acento social que propugnamos.

En lo que con hospitales se relaciona no solo tenemos el déficit *cuantitativo* que acabo de señalar, sino que existe, paralelamente, un déficit *cualitativo*.

En materia de asistencia al crónico, al convaleciente y al anciano, estamos, apenas, en los rudimentos; con este destino no contamos ni siquiera un millar de camas para resolver aquellos problemas que por su naturaleza son muy penosos y escapan a toda ayuda y a todo contralor del médico y de la sociedad. ¿A qué hablar de la falta de camas para los tuberculosos y los alienados? Es un tema trillado; desde cincuenta años a esta parte, los gobiernos lo han afrontado con emoción, pero superficialmente, con paliativos, sin acertar con las verdaderas soluciones de fondo, que son de índole económica y social, y no del resorte exclusivo de la ciencia médica. Lo mismo diré de los 1.700 muertos por año en accidentes de trabajo y de los 140.000 traumatizados, como del abandono por el Estado de la rehabilitación y recuperación de los mutilados, verdaderos parias de nuestras cajas de seguro; de las fecundas madres, sobre todo en las llamadas provincias pobres, sobre quienes no se sabe cómo se asistirán en el parto y cómo atenderán luego al hijo.

La obra de asistencia social de las maternidades, iniciadas hace dos décadas, ha quedado relegada a los centros urbanos, a los núcleos importantes de población con desamparo de los medios rurales que es, justamente, por donde debía haberse iniciado y como si esto fuera poco, cabe señalar el funcionamiento inorgánico de nuestros hospitales, consecuencia natural de la forma también inorgánica en que se han desarrollado. Los conceptos modernos de unificación en el estilo de las construcciones, en el ajuar, en los costos, en su contabilidad y administración, en su nomenclatura y estadística, son totalmente desconocidos. No hay dos hospitales iguales; no hay dos cocinas de hospital que trabajen de igual manera; no hay dos distribuciones de personal hechas de igual manera.

Las realizaciones del general Perón

No señalaría estas y otras deficiencias si no abrigara el firme propósito de repararlas, aparte de que esperamos completar a la cadena asistencial con los eslabones que faltan. Si no se realizara esa obra, habría defraudado al pueblo en la acción que tanto espera del Gobierno, por lo mismo que sabe que el general Perón es un gran realizador y un conductor identificado con sus necesidades y sus anhelos.

Y debemos iniciarla por los rincones más humildes de la nación, sin dejarnos acaparar por la ciudad con el incentivo del prestigio y de los aplausos que allí se recogen más rápida y fácilmente. Hemos de actuar principalmente, en los pueblos apartados y pobres, aunque ello sea menos lucido, porque entiendo que la patria es una y única y no puede aceptar diferencias entre sus hijos o entre sus provincias.

Pero no es posible que todo sea obra del Estado nacional; corresponde a las provincias, a los municipios y a los vecindarios identificarse con las necesidades y los grandes problemas de la salud pública, del mismo modo que en las horas iniciales de

nuestra emancipación, esos vecindarios supieron afrontar con eficacia la tremenda responsabilidad de contribuir a asegurar y a organizar la nación, la educación común y la formación espiritual del pueblo.

Estadísticas impresionantes

Los catorce millones de habitantes de nuestro suelo pagan un tributo a la muerte que puede estimarse en 12 fallecimientos por cada mil personas. Esto significa que, anualmente, tenemos 168.000 bajas por muerte. En los países más adelantados han logrado reducir esas pérdidas a una cifra que no pasa de 9 fallecimientos por cada mil habitantes. Si nos colocáramos al mismo nivel de esos pueblos, podríamos evitar esos tres muertos de cada mil, lo que significa un ahorro de potencial humano de 42.000 seres salvados en el año, con solo valorizar y organizar debidamente nuestra asistencia médica y nuestra sanidad nacional. Evitando esas muertes, que significan, por otra parte, un capital de inversión de 210 millones de pesos por año, salvaríamos un equivalente de factores de consumo y producción.

Esas 42.000 muertes ahorradas implicarían, de acuerdo a los índices proporcionales, una cifra de enfermedades evitadas que resulta de multiplicar aquella por 10, es decir 420.000, así como también un triple de inválidos prevenibles, 126.000 personas, a quienes libraríamos de una existencia al margen del trabajo y de la sociedad, todo esto sin contar las derivaciones sociales de la incapacidad, la orfandad y la viudez.

Si solamente en muertes evitables pero que no se evitan se pierden 200 millones de pesos por año, ¿por qué no podríamos, por lo menos, invertir esa cantidad en beneficio de la salud pública? Cualquier suma que se invierta en el cuidado de la salud del pueblo, será siempre devuelta por ese mismo pueblo con creces, por los valores económicos que dejaren de perderse, ya que las cifras demuestran que la salud es el bien existente más productivo.

Pero no todo ha de ser camas y hospitales. Un hospital bien organizado puede atender cinco veces más enfermos “verticales” que internados. Todo depende de una eximia organización de los consultorios externos, fundada en la asistencia en equipo dentro de los mismos y en forma seriada; de ese modo, un peso invertido en el consultorio externo rinde 5 veces más que igual suma invertida en camas de asistencia. Llamo la atención del señor director y de los señores médicos sobre este concepto y deseo que comiencen a aplicarlo inmediatamente en el Hospital de Río Cuarto.

Sistema abierto de la asistencia médica

La aplicación de esta idea nos permitirá desarrollar la otra complementaria, la del sistema abierto que consiste en llevar la asistencia médica al mismo domicilio, idea que ya germinó en San Vicente de Paul, hace tres siglos, muchos antes de que apreciaran las modernas orientaciones de la Seguridad Social, que la han adoptado y actualizado como una reacción defensiva del sentido del hogar y del núcleo familiar,

en horas en que las masas tienden a descargar sobre la sociedad y sobre el Estado todos sus problemas y necesidades.

Un escritor argentino expresó, en cierta oportunidad, “que la muerte de un hombre representa una tragedia y la muerte de mil hombres una estadística”. No era esa por supuesto, más que una forma de expresar sintéticamente un pensamiento político. Con ese mismo criterio cuando yo he hablado con cifras y he supuesto equivalencias económicas de la vida de un hombre, no he querido otra cosa que hacerme entender por el lenguaje simple y popular de los números.

Sé, demasiado, señores, que la vida humana no cuenta en las estadísticas y sé que la salud del pueblo es la mejor fortaleza de la patria y la más segura garantía de alcanzar, en la posteridad, los grandes destinos que nos están reservados como nación. Sé, sobre todo, que la vida y la salud no nos pertenecen a nosotros, sino a Dios que nos manda cuidarlos como los bienes más preciados. Respetemos sus mandamientos. Los anales de la humanidad están llenos de formidables señales de la justicia omnipotente marcadas sobre los pueblos que se corrompieron en el descreimiento y en el materialismo, y cayeron por eso, sin la piedad de Dios y deshonrados ante la historia.

Invoquemos a Dios al inaugurar esta obra que ponemos bajo su protección, para que pueda cumplir los fines sociales a que está destinada.

En nombre del excelentísimo señor presidente de la nación, general Perón, declaro, pues, abiertas al pueblo las puertas del Hospital “17 de Octubre”, esa fecha que marca para la nación, el comienzo de una nueva etapa histórica y que desde el frontispicio de esta casa marcará también el comienzo de una nueva etapa de la medicina social en la Argentina.

Higiene de la vivienda obrera¹

A mediados del siglo pasado el movimiento obrero de Australia sintetizó sus aspiraciones en la cuarteta llamada de los cuatro ochos: ocho horas de trabajo; ocho horas de distracción; ocho horas de reposo, y ocho chelines de sueldo. En idioma inglés la cuarteta es eufónica y agradable al oído, por lo cual fue entonada —desde entonces— en todos los movimientos populares de aquel país.

Si evoco este recuerdo es porque —en virtud del episodio que acabo de relatar— nunca estuvieron más acordes los sentimientos obreros con los postulados de la higiene. Las ocho horas de trabajo deben cumplirse en un ambiente salubre, que defienda el rendimiento obrero, evitando el desgaste prematuro de la máquina humana de tanto más valor cuanto más adiestrado y experto es el obrero. Las ocho horas de distracción deben sujetarse a un ritmo intermedio entre el trabajo y el reposo, empleándose en actividades que eduquen el carácter, den instrucción amena y permitan un moderado deportismo. Las ocho horas de reposo requieren un lecho y una vivienda sana, amplia, ventilada y bien iluminada, para que el proceso fisiológico de la recuperación de las fuerzas se produzca en las mejores condiciones.

Ha transcurrido ya casi un siglo de la cuarteta australiana, pero el tercer postulado, el de la vivienda higiénica, sigue siendo aún una mera aspiración del proletariado del mundo, y por lo mismo es entre los problemas sociales el que espera la amplia e inmediata solución en nuestro país, en donde ya han sido resueltos otros problemas de la clase obrera que eran previos al de la vivienda higiénica.

Hacinamiento de la masa obrera

Los médicos han señalado los perjuicios del hacinamiento de la masa obrera. Si la permanencia de toda una familia durante gran parte del día en una sola habitación, es perjudicial para los adultos; ello es peor para sus hijos. El obrero que no tiene en su casa el ambiente necesario para el reposo y la distracción, lo busca en derivaciones antisociales como los despachos de alcohol y las tabernas o las pulperías.

El derecho a la vivienda obrera no se discute, y ella debe ser sana y cómoda tanto para el jefe como para su familia. Diría más; es un derecho irrenunciable, incluso porque de él depende su mayor o menor rendimiento laboral, así como la seguridad, el bienestar y la orientación moral de sus hijos.

¹Discurso pronunciado el 24 de septiembre de 1946, al inaugurar viviendas para obreros en Río Cuarto.

La felicidad de un pueblo se condiciona con la satisfacción de las necesidades primarias: trabajo, alimento, ropa, vivienda, medicinas y cuidado médico cuando es necesario; y agregaremos a esto, un esparcimiento apropiado.

La decoración del hogar obrero

La higiene entiende que toda vivienda obrera debe tener un mínimo de condiciones que la hagan confortable: debe resguardar de las inclemencias del tiempo en todas las épocas. Debe tener un costo apropiado al salario mínimo vital de cada región del país. Y debe ser habilitada de acuerdo a ciertos principios de estética y de buen gusto, esfuerzo este que realizan muchas organizaciones de servicio social en Europa, y especialmente de Bélgica, donde se crean organismos para vender muebles, cuadros, floreros, etc., vale decir, elementos que decoran agradablemente el hogar, a fin de que se tenga el gusto de sentirlo como algo superior. Del tugurio, donde todo es miseria y desorden, no pueden salir hombres con pensamiento elevado y ya, en su tiempo, lo dijo Lloyd George refiriéndose a Inglaterra, “que no podría crearse un imperio de primera clase con un pueblo de tercera”. Si ello es verdad para un imperio, cuanto más verdad no debe serlo para una República, en que el progreso de sus instituciones reside por esencia en el voto de las masas populares. La forma como fue encarado el problema de la vivienda, en otros tiempos, deja la amarga impresión de que se quiso organizar un movimiento obrero sin jerarquía, para elaborar sobre su incapacidad, el poder de los que usufructúan de la ignorancia para perpetuarse en los comandos obreros.

“La moral, cuestión de metros cuadrados”

La vivienda no es solo un sitio para reparar las fuerzas físicas; es también el recinto donde se forman y renuevan las ideas morales y espirituales de una época, sobre las cuales asienta la calidad de una nación. Por ello con razón dijera un higienista, alcalde de la ciudad de Birmingham, “que la moral era una cuestión de metros cuadrados”. Y lo afirmaba cuando veía que, a medida que la mejora de la vivienda se establecía en aquella ciudad, la delincuencia disminuía en la misma proporción. Siempre se dijo en nuestro ambiente que el patio del conventillo fue la mejor escuela del delito en el pasado: y entiéndase que aun quedan muchas casas obreras planeadas sobre ese tipo antisocial por excelencia.

Es de tal magnitud el problema de la vivienda y su influencia sobre la salud física y moral de los habitantes que, me permito afirmar, su solución no será posible solo con el esfuerzo del Estado. Es un problema social que debe ser resuelto por la armónica combinación de todos los elementos que integran una colectividad, vale decir, Estado, individuo, uniones sociales, cooperativas, mutualidades, empresas industriales, y aun entidades de carácter espiritual y religioso.

Incuria obrera y gremial

Nuestro país, desgraciadamente, aún acusa un gran retardo en la solución de esta cuestión médico-social, pero de ello, repito, no hay que culpar solamente a los gobiernos, sino también a la incuria de los obreros y de sus mismas organizaciones gremiales que pocas veces, por no decir nunca, lo han reclamado. No recuerdo haber leído nunca un pliego de condiciones obreras en que estuviera incluido este pedido, lo cual muestra que no se lo ha situado en sus verdaderos términos. Y si de los ambientes urbanos nos dirigimos a los rurales, entristece frecuentemente ver los ranchos miserables que aún se levantan por todas partes y en los cuales se aloja una familia campesina que no puede sentir la felicidad porque su vivienda depara tristeza y no alegría.

Fácil nos sería demostrar con estadísticas la relación directa que existe entre la enfermedad, la invalidez, la muerte y las condiciones de la vivienda. La tasa de mortalidad en los medios pobres se duplica, cuadruplica y decuplica por el solo hecho de vivir la familia en tres, en dos, o en una habitación. El bacteriólogo Robert Koch, descubridor del bacilo de la tuberculosis no dijo que esta enfermedad era una cuestión de bacteriología, sino dijo, “que la tuberculosis, es un problema de vivienda”. El hacinamiento aumenta la posibilidad del contagio, y con ello las causas de enfermedad y muerte. Bastaría agregar a ello la experiencia verificada por los higienistas de la Rusia Soviética quienes han demostrado, últimamente, el papel del microclima en el desarrollo del reumatismo, probando con cifras cómo ha disminuido la invalidez por esa enfermedad, por el solo hecho de haber construido viviendas obreras.

Naturalmente estas cifras no son producto exclusivo del hacinamiento. Se suman todos los factores de la miseria, tales como la falta de alimentos, la mala calidad de los mismos, y aun la incapacidad para administrarlos con normas de higiene alimentaria. El 16% de los presupuestos obreros de alimentos se invierte en vino, el cual es, para la higiene, malo en su valor económico y pésimo como factor de acostumbramiento: la decrepitud precoz de los peones y obreros de bajo salario no obedece a otra causa que esta, la de una mala selección de alimentos, tanto en su calidad, como en su cantidad. La mala vivienda es su complemento.

Centros cívicos en los barrios

La provisión de viviendas económicas por el Estado o entidades sociales, obedece hoy a principios que debemos repetir continuamente hasta que penetren en la sensibilidad popular. No basta darle al obrero una vivienda espaciosa, barata y confortable. Debe reunir también un conjunto de otras condiciones que entran dentro de lo que se llama el *centro cívico* de un barrio obrero. Debe complementarse con comercios cooperativos colocados en la vecindad; plazas de juegos para los niños; escuelas para los mismos; dispensarios maternos e infantiles; salas cuna y jardines de infantes en la vecindad, donde la madre obrera pueda dejar sus hijos en horas de obligaciones; lavaderos y baños colectivos; piscinas de natación; bibliotecas; salón

para conferencias y actos sociales. Y, en las casas de tipo colectivo, se ha llegado hasta la instalación de lugares de venta de alimentos preparados, porque es ilógico que, a la misma hora y dentro de un radio limitado, existan 500 madres, prendiendo 500 fuegos y haciendo 500 comidas, cuando todo este esfuerzo puede simplificarse con un mínimo de organización. La guerra del 14 al 18 fue ejemplar en este sentido dentro de Alemania, en la cual las ciudades tenían centrales de alimentación y a una hora determinada, se utilizaban las vías tranviarias para llevar alimentos en grandes “tanques-termos”, a sitios de concentración popular, con lo cual solucionaban los dos principales problemas de las clases obreras: vivienda y su alimento. Los últimos veinte años no hicieron otra cosa que extender este servicio a los grandes núcleos populares. Un *centro cívico obrero* es hoy en todos los países más adelantados no solo un sitio donde hay viviendas obreras, sino también, una organización del servicio social, que ofrece todas las prestaciones antes mencionadas.

Estos problemas son de orden médico en primer término. En nada adelantamos los médicos instalando sanatorios para tuberculosos y tratándolos con inyecciones, si al mismo tiempo no se soluciona la vivienda insalubre, que es el foco principal de la tuberculosis. Invito a los médicos a emprender una campaña en favor de la vivienda higiénica y contra la habitación insalubre.

Grande es, pues, mi satisfacción al traer mi palabra a esta barriada obrera, en un centro laborioso como el de Río Cuarto, y vaya nuestro homenaje al higienista y médico de Córdoba, doctor Juan Cafferata, a quien el país le debe la Ley 9677 por la cual se creó en su tiempo la Comisión Nacional de Casas Baratas. Córdoba recoge hoy los frutos de esa fecunda semilla que un cordobés eminente arrojó a todos los ámbitos de la República.

La Administración Nacional de la Vivienda

Largo sería examinar los complejos aspectos de la solución de la vivienda popular, sobre lo cual tanto se ha dicho y tan poco se ha hecho. No negamos los esfuerzos parciales de instituciones como el Hogar Ferroviario, YPF, municipios e instituciones benéficas. Son tantas las necesidades, que esos esfuerzos son apenas una gota de agua en la inmensidad marina. Pero sin duda, la historia señalará el Decreto Ley 11157 del 6 de junio de 1945, por el cual se crea la *Administración Nacional de la Vivienda* y se le encarga la tarea de levantar 20.000 viviendas al año en la República e invertir, en 20 años, cuatro mil millones de pesos. Tócale a este Gobierno luchar con dificultades de todo orden y, en especial, con la falta de materiales de construcción y su encarecimiento. Pero, por la magnitud del esfuerzo y por el propósito, las generaciones del porvenir tendrán que agregar a la obra del general Perón la solución integral del problema. El plan elaborado por la *Secretaría de Trabajo y Previsión* permitirá, en un futuro no lejano, que todos los obreros argentinos cuenten con su casa propia. Así lo quiere el excelentísimo señor presidente de la República.

Como secretario de Salud Pública, debo advertir que la mayoría de las llamadas viviendas económicas, que han sido edificadas hasta ahora en nuestro suelo, lo han

sido sin respetar en lo más mínimo los postulados fundamentales que toda obra de esta naturaleza debe respetar, ya sea en lo que se refiere al costo, como a su construcción, de acuerdo a normas higiénicas y sociales, pues lo que se desea es formar hogares y adecuarlos a los ambientes regionales y locales.

Sean estas palabras un motivo para reiterar una vez más los propósitos en que está empeñado el Gobierno nacional; y al dejar inaugurada la obra, en nombre del excelentísimo señor presidente de la nación, hago votos por la felicidad de los que van a habitarlas, y porque, otras casas como estas, se levanten cuanto antes en todas partes del país, para dar albergue a la innumerable familia obrera argentina.

El problema del inválido¹

Sean mis palabras iniciales para felicitar a los organizadores del II Congreso del Bienestar del Inválido, y en particular al profesor y académico, doctor José María Jorge y al doctor Marcelo Gamboa, quienes con este nuevo esfuerzo nos brindan una magnífica contribución a la asistencia social en nuestro país.

Todos los médicos, en el ejercicio de nuestra profesión, hemos enfrentado alguna vez el problema del inválido, pero en pocas oportunidades percibimos, en verdad, su magnitud y trascendencia social. Ante un anciano valetudinario o frente a un adulto que ha cumplido su ciclo, y que se encuentra incapacitado por enfermedad o por accidente, se impone siempre un sentimiento de resignación; pero ese sentimiento no surge con igual espontaneidad cuando el inválido es un niño, un niño ciego, paralítico, sordomudo, oligofrénico, epiléptico, o lisiado por traumatismos o enfermedades congénitas; en esos casos se toca profundamente la sensibilidad humana y se presenta de inmediato la necesidad espiritual de hacer algo, de no dejar pasar la injusticia biológica.

Los médicos olvidamos que muchos de esos estados de invalidez son producto de la ignorancia de los padres y hasta no pocas veces, de la incuria de las organizaciones médicas, que suelen descuidar una afección incipiente que, andando los años, se transforma en una grave deformación. Por eso todo lo que se haga en favor de una organización de la enseñanza médica con sentido social será poco para crear una conciencia de los nuevos objetivos de la medicina.

El congreso que inauguramos, se inicia bajo los auspicios y el recuerdo de la primera reunión realizada en 1944 y debo declarar, que ayer, al hojear el tomo donde se recopilaron las ponencias de ese año, no he podido ocultar un gesto de gratitud para los esforzados médicos que, adelantándose a su tiempo enriquecieron la literatura médica argentina, con valiosas contribuciones al problema social que hoy nos congrega de nuevo con el apoyo oficial del Gobierno de la nación.

El tema de la invalidez presenta aspectos que, a nuestro juicio, se pueden resumir en cinco puntos.

Los inválidos menores

El 6 de mayo de 1920, Alemania dictó la Ley de Denuncias y Asistencia compulsiva de Menores Inválidos. Hemos adaptado el mismo principio jurídico-social en el

¹Discurso pronunciado al inaugurar el II Congreso del Bienestar del Inválido, el día 8 de octubre de 1946, en el aula magna de la Facultad de Medicina de Buenos Aires.

proyecto del Código Sanitario de la Secretaría de Salud Pública. Luego por secretaría solicitaré se de lectura a los artículos pertinentes donde se crea un sistema de prevención, asistencia y rehabilitación social de los menores de 18 años, sobre la base de la declaración y asistencia obligatoria. Se crea también el Registro Nacional de Menores Lisiados para asegurarles una educación física, intelectual y técnico-profesional, dentro de un régimen de internados o de ambulatorios, es decir de asistencia cerrada o abierta, según lo que convenga en cada caso.

La invalidez obrera

El 10% de nuestros obreros sufren de una invalidez precoz y entran, por desgracia, demasiado prematuramente en la pasividad. Se puede calcular que dentro de la clase obrera, tenemos 280.000 inválidos por afecciones clínicas y que tendrán que acogerse a los beneficios de la jubilación. Felizmente —y por iniciativa del excelentísimo señor presidente de la nación, cuando él se hallaba al frente de la Secretaría de Trabajo y Previsión— se desarrollaron dos instrumentos de asistencia de inválidos: uno social, las cajas de invalidez, y otro sanitario, la medicina preventiva. Las cajas de invalidez comprendían hasta hace dos años solo a 600.000 obreros y empleados, pero con la creación de las Cajas de Empleados de Comercio y de la Industria, se ha elevado el número de beneficiarios a la enorme cifra de 2.800.000. El Decreto Ley de la Medicina Preventiva y Curativa, dictado el 15 de noviembre de 1944, permitirá crear en el país centros de catastro y de asistencia a los inválidos potenciales, que son aquellos que llevan una enfermedad activa, pero oculta. El sistema de diagnóstico precoz y de tratamiento correlativo beneficiará a 600.000 obreros, sin que tengan que abandonar su trabajo, porque reciben un subsidio muy importante, que equivale al sueldo íntegro durante seis meses, a fin de que el enfermo se someta a la hospitalización adecuada. Ya hemos iniciado, de común acuerdo con el Instituto Nacional de Previsión, la inversión de una partida anual procedente del 5% de las entradas de las cajas de ese instituto, lo cual representa no menos de 50.000.000 de pesos al año, que se invertirán en medicina preventiva y asistencia médica correlativa. Destaco estas cifras porque ellas traducen los resultados de un principio que se enunció en la 1ª Conferencia del Bienestar del Inválido hace dos años, cuando este desiderátum parecía imposible de alcanzar.

Los accidentes de trabajo

El tercer aspecto de la invalidez es el que deriva de los *accidentes de trabajo*, los cuales originan mil quinientos muertos al año (1.500), doscientos mil (200.000) heridos que reclaman indemnización y un millar (1.000) de inválidos totales. Tal es el saldo de dolor que nos dejan la industria y el trabajo amparado por la Ley 9688.

La Ley 9688, dictada en 1915, ha envejecido. Desgraciadamente, solo subsidia e indemniza al inválido y, en cambio, no subsidia la invalidez que deja con vida, ni subsidia las viudas y los huérfanos del accidentado y lo que es peor, ni siquiera

esboza los principios más elementales de la profilaxis del accidente. En el plan de Salud Pública, figura el Instituto de Traumatología con sus respectivos centros subsidiarios que se extenderán por todo el país para abordar de una vez por todas, la asistencia integral del traumatizado. La Cámara Gremial del Instituto de Previsión Social, por otra parte, está preparando ya el proyecto de ampliación de las prestaciones de la Ley 9688 y puedo adelantar que antes de fin de año será elevada esa reforma a la consideración del Honorable Congreso de la Nación.

Las causas fortuitas

Nos queda el cuarto aspecto de la invalidez que, para denominarlo de alguna manera, lo llamaremos la *invalidez por causa fortuita*. Nos referimos a las 10.000 muertes violentas y a los 150.000 heridos que se producen fuera del medio industrial y del trabajo, es decir en el tráfico, en los lugares públicos o en el hogar. Este capítulo demográfico tiene tanta importancia que ocupa el sexto lugar entre las causas de muerte, invalidez o enfermedad. Mata, enferma o invalida diez veces más que la apendicitis y representa la cuarta parte del valor demográfico de las cardiopatías, que son las que ocupan el primer término en las estadísticas.

Quedaría un quinto grupo de inválidos que no están adscriptos a ninguno de nuestros sistemas de seguro. Nos referimos a las enfermedades crónicas que incapacitan poco a poco a las esposas, ancianos y niños de nuestra población en general. Para tener una idea aproximada de lo que significa este problema, me remitiré a un cálculo sobre la base de índices obtenidos en EEUU en el año 1937. En este momento tenemos las siguientes cantidades de enfermos crónicos que fatalmente gravitan sobre la capacidad de producción de nuestro país: 685.000 reumáticos; 370.000 cardiopatas; 370.000 arterioescleróticos e hipertensos; 345.000 afectados de bronquitis crónicas, asma o estados alérgicos; 210.000 afectados de hernia; 200.000 hemorroidarios; 175.000 con venas en estado varicoso; 155.000 renales o con albuminuria; 145.000 enfermos mentales y neuropatas; 120.000 con trastornos tiroideos; 115.000 afectados de sinusitis y afecciones de garganta, nariz y oído; 93.000 afectados de cáncer y otros tumores; 72.000 mujeres con enfermedades crónicas propias de su sexo; 68.000 tuberculosos con lesiones comprobables radiológicamente; 66.000 diabéticos; 64.000 afectados del hígado y vías biliares; 33.000 ulcerosos de estómago y duodeno; 27.000 enfermos graves de la piel; 24.000 con francos estados anémicos; 17.000 con apendicitis crónica; 15.000 con afecciones de los ojos y 10.000 con afecciones crónicas y progresivas del oído.

Estas cifras demuestran que dentro de la población que consideramos sana existen miles de enfermos crónicos, que soportan su enfermedad en aparente estado de salud, y que constituye una caudalosa fuente de incapacidades y de futuras invalideces. Por otra parte, solo por excepción, estos enfermos crónicos permanecen en un hospital general que se reserva para agudos o para enfermos graves. En todo el país solo disponemos de un hospital para crónicos. Me refiero a las mil camas que, dependientes de la Municipalidad, se encuentran en el Hospital Colonia Martín Rodríguez, de Ituzaingó.

Con estas cifras quiero destacar el nuevo planteo de la ciencia médica, cuyo centro de gravedad fue, hace cuarenta años, la lucha contra las enfermedades infecciosas y contagiosas, pero que, en el momento actual, se desplaza hacia el problema de las enfermedades crónicas, portables en salud y que incapacitan e invalidan a individuos aun útiles a su familia y a la sociedad.

Causales de la descapitalización del capital humano

La consideración del problema del inválido, tomado el concepto en su más amplio aspecto jurídico y social y desde el punto de vista médico —no solo en el restrictivo sentido de la incapacidad somática o de locomoción, sino también en la inaparente o visceral—, nos brinda la oportunidad de reiterar una vez más ante los colegas, que es necesario que la medicina replantee sus objetivos, dejando al margen el caso individual, para examinar los grandes grupos de afecciones que descapitalizan nuestro potencial humano. No olvidemos que el enfermo es un ser humano, no un caso clínico ni una curiosidad científica, ni un problema exclusivamente médico. La enfermedad es una abstracción, un concepto más o menos esquemático que en virtud de nuestra formación científicista, suele confundirse con el enfermo mismo. Cuando se piensa demasiado en la enfermedad se subestima al enfermo, se trata a la primera y se descuida al segundo. Los médicos nos aferramos a la historia clínica, somos demasiado técnicos, enfrascados en la investigación de alteraciones anatómicas o funcionales, olvidando a menudo que el enfermo es un complejo no solo somático, sino también psicológico y social.

La enfermedad y el mundo interior

El hombre sano o enfermo en función de la sociedad, es el objetivo trascendente de la medicina contemporánea. Ese hombre es un ser que vive en familia, que tiene mal o bien una vivienda y un hogar, que concurre a sitios de distracción, que trabaja y produce o desea producir más, que configura en su espíritu aspiraciones justas, ambiciones, pequeñas o desmedidas, que anhela recibir el fruto compensatorio de su trabajo, que siente, sufre y goza de alegrías sencillas, estados de ánimo que en conjunto crean un ambiente psicológico y social, que no es otro que el propio mundo interior. Cuando llega la enfermedad, esta no solo perturba el funcionamiento de los órganos, sino también todo ese conjunto de esfuerzos acumulados y de sacrificio, que por lo general se viene abajo estrepitosamente. Los médicos si solo vemos la enfermedad, si solo indagamos el órgano enfermo, corremos el riesgo de pasar por alto ese mundo, ese pequeño mundo que envuelve al individuo como algo imponderable, como una delicada red tejida de sueños y esperanzas. Mientras los médicos sigamos viendo enfermedades y olvidemos al enfermo como unidad psicológica y social, seremos simples zapateros remendones de la personalidad humana.

Cuerpos y espíritus lisiados

Establecido este principio general, se advierte que al individuo no solo hay que proporcionarle elementos de curación, sino también ese cúmulo de hechos y circunstancias que integran la vida de un hombre; todo ese complejo psicológico y social sin el cual no sería un ser humano, sino un ente convencional y muerto para su familia y para la sociedad que lo acoge en su seno. Podremos restituirle la salud, hasta la lozanía si se quiere, pero, sin lo otro, además de un lisiado del cuerpo, tendríamos un inválido del espíritu.

La ortopedia social

No puede lucharse contra la invalidez con instrumentos médicos y ortopédicos exclusivamente. Hay que desarrollar en el inválido una voluntad consciente, capaz de superar los impedimentos físicos y morales. Sin esa orientación profunda, la ortopedia y la cirugía no tendrían más valor que el de un arte limitado e intrascendente. Porque hay una ortopedia social que va mucho más allá en la profilaxis de la incapacidad y en el reajuste de los inválidos y que tiene un sentido hondamente cristiano de fe, esperanza y caridad.

Existió en nuestro país un gran precursor que vio en los lisiados más a los hombres, que a los enfermos. Me refiero al malogrado profesor Guillermo Bosch Arana, cuyas concepciones quirúrgicas de las prótesis cineplásticas son ya adquisiciones clásicas del arte y de la ciencia médica. Desgraciadamente, la cirugía de Bosch Arana es muy cara y no puede costearla el enfermo pobre; por eso, un filántropo argentino donó a Francia el Hospital Santa Elizabeth, que costó 10 millones de francos, para que se aplicaran allí los principios y técnicas de Bosch Arana. Esperamos aún al argentino que, con idéntico gesto, regale a los inválidos argentinos un hospital como el Santa Elizabeth de París.

Asistencia paliativa y restitutiva

El sentimiento caritativo, como punto de partida de la asistencia médica, se dirigió al principio a atender a las necesidades vitales del asistido, es decir a organizar una *asistencia paliativa*, sin remontarse a investigar las causas de cada situación. Al introducirse el concepto y las leyes de la atención de los enfermos, como servicio público, desde la Revolución francesa el mundo conoció la *asistencia restitutiva*, es decir aquella que se propone retrotraer el organismo a su situación inicial antes de la enfermedad, sin pretender hacer del necesitado otra cosa que lo que era cuando entró en estado de necesidad.

Pero esta doctrina es, en la hora actual, insuficiente. Por ejemplo, si curamos un tuberculoso y lo devolvemos a su oficio y al medio social donde se enfermó, es como si lo volviéramos a entregar a las garras del mal del que escapó por milagro,

pues al poco tiempo lo tendremos de vuelta. De ese modo, los mejores sanatorios y hospitales y los más costosos tratamientos son casi superfluos. Está probado que un 50% de los tuberculosos curados y que vuelven a su medio original, retornan al cabo de un tiempo con una recaída. Con este ejemplo se comprende por qué la *asistencia reitutiva* fracasa, ya que al resolver un problema se plantea otro tan grave como el primero, lo que podría expresarse gráficamente con el refrán inglés de que “pretendemos alimentar al perro con su propia cola”.

La asistencia recuperativa

Llegamos así, al nuevo concepto, a la nueva doctrina integral, que es el de la *asistencia recuperativa o reconstructiva*. No se trata solamente de sacar a flote al inválido, sino de arrimarlo también a la orilla, para ponerlo a salvo de una recaída. La *asistencia recuperativa* atiende los dos factores: el hombre y el medio. Al hombre lo cura y le brinda los recursos para que pueda transformarse en un nuevo ser. Al lisiado le ofrece una prótesis para que recupere sus posibilidades de trabajo, lo reeduca o le enseña un nuevo oficio, pero al mismo tiempo le crea un mercado para su trabajo. Ofrecerle un medio de trabajo no es difícil; lo difícil es darle la posibilidad de que pueda emplear su trabajo.

Por este motivo la asistencia integral del inválido solo es posible estableciendo una protección jurídica —como se ha hecho en otros países— en virtud de la cual, por ley especial, se obliga a que el 2% de las plazas de la administración pública y de las industrias privadas sean ocupadas por inválidos recuperados.

Grande es, pues, la tarea que os espera, señores congresales, y os puedo asegurar que el Gobierno de la nación desea conocer vuestras sugerencias. Entendemos que es urgente la creación de los “Talleres Nacionales de Educación Integral de los Lisiados”, en donde a la par que se recapacitan y rehabilitan a los hombres, se los cura del complejo de inferioridad que sigue al inválido como la sombra al cuerpo. En ese taller se evocarán como estímulo y esperanza, a los grandes lisiados de la historia y del arte. Al matemático Lichtenberg, al filósofo Moses Mendelssohn, al poeta Byron, a Walter Scott, a Víctor Hugo, al Manco de Lepanto y a Hernán Cortés. Se recordará al pintor Ducorneta, quien no tenía brazos y que, sin embargo, pintaba con los pies, superando las terribles deformaciones que los afectaban, y a la gran pintora japonesa Yoneko Yamaguchi, que manejaba el pincel con los dientes y a tantos otros inválidos y lisiados que son símbolos de la humanidad, expresiones supremas de voluntad, perseverancia y abnegación y prueba terminante de cómo el espíritu es santo y se cierce siempre por las más altas cumbres de la desgracia y de la miseria humanas.

¿Desaparecerían las enfermedades venéreas por obra de la higiene social bien organizada?¹

En mi carácter de secretario de Salud Pública de la Nación y como asesor técnico del Poder Ejecutivo en el decreto reglamentario de la Ley 12331, que lleva la firma del general Perón, y el 9863/46 de este año, asumo la responsabilidad de desarrollar ante esta reunión de especialistas las ideas generales que informan su redacción, y que orientarán en el futuro el desenvolvimiento de nuestro Plan Quinquenal de profilaxis e higiene sociales.

Política sanitaria de ideas concretas

Entiendo que el Gobierno de la nación debe formular una política sanitaria precisa, con ideas concretas sobre cada uno de los problemas de salud del pueblo, y aún más, dichas ideas deben ser expuestas, primero ante los técnicos, y luego transferidas a la conciencia popular, porque abrigo la certeza de que el pueblo será nuestro mejor aliado, y si lo ayudamos señalándole los peligros, con honradez y seriedad, él sabrá respondernos de modo tal que, médicos y enfermos, formaremos en el mismo ejército, frente al enemigo común, en este caso los tremendos males que debilitan el caudal biológico de la nación.

No tengo ningún reparo en opinar libremente frente a ustedes y lo haré con la mayor claridad y extensión posibles, en forma de que todo el mundo conozca nuestro pensamiento y nuestros propósitos, para que los apruebe, los discuta o los critique, porque así lo dispone la más elemental norma democrática y porque sin el asesoramiento de los expertos y sin la colaboración del pueblo, las mejores ideas de gobierno soportan el acento de la indiferencia popular, y mueren en el vacío de las conciencias. Por otra parte, soy un convencido de que antes de redactar las leyes hay que configurar las costumbres.

Valga este exordio para hacerme perdonar algunos conceptos que expondré, los cuales sobran para el médico culto, pero que son indispensables para ilustrar la opinión pública.

¹Discurso pronunciado al inaugurar el Congreso de Profilaxis Social, el día 9 de noviembre de 1946, en el anfiteatro de la Facultad de Ciencias Médicas.

El tratamiento específico

Se producen anualmente en nuestro país 47.400 “casos nuevos” de infección por lúes y 30.200 por blenorragia. Basta enunciar estas cifras para hacernos cargo de la importancia del problema que plantean esos 80.000 enfermos nuevos por año, y la honda preocupación que debe dominar al Estado y a la sociedad. Por eso las autoridades aplauden la iniciativa de reunir a los médicos especialistas, sobre todo a aquellos que vienen del interior del país, encallecidos por la batalla diaria, no contra la enfermedad, sino contra la incuria, la despreocupación, la falta de materiales sanitarios y de los más indispensables instrumentos de trabajo.

Una estadística del Servicio de Higiene Pública de EEUU, realizada en el año 1927, demostró que, de cada mil habitantes, existían 4,3 que recibían tratamiento específico. Si tomamos ese índice del 4% para aplicarlo por analogía a nuestro país —ya que así debemos proceder dada nuestra carencia de estadísticas—, se deduce que existen 68.000 personas en la Argentina sometidas a tratamiento específico. La reacción de Wassermann practicada en gran escala en colectividades aparentemente sanas, sobre personas sospechosas, demuestra que existe un 5% de resultados positivos.

Un elemento de juicio que nos brinda un panorama más o menos exacto sobre la difusión de la enfermedad es el número de nuevas infecciones. El coeficiente marca 3,46 por mil y por año; en otros términos, de cada mil habitantes, tres por lo menos contraen una lúes en el curso del año. Este índice seriamente establecido, nos permite afirmar, de un modo deductivo, que en la Argentina se producen 40 mil casos nuevos de lúes primaria por año.

Es difícil elaborar una estadística exacta de la morbilidad venérea, porque gravitan factores que, por razones obvias, escapan a los intentos mejor organizados; en cambio, sería mucho más fácil y seguro obtener datos precisos sobre la mortalidad, tomando como base el porcentaje de muertes producidas por la lúes.

Las estadísticas y los certificados de defunción

Actualmente se consigna en el certificado de defunción la causa final del deceso sin especificar la etiología. Esto trae un grave inconveniente para la estadística, que se salvará, como en otros países, estableciendo en forma obligatoria para el médico la especificación concreta de los tres factores que concurren a una defunción, es decir la causa inmediata, la causa etiológica y las causas complicantes. De ese modo tendríamos convergiendo hacia la estadística el dato clínico, la etiología cierta o probable y los factores complicantes que anteceden al óbito; de ese modo evitaríamos la anarquía estadística y la confusión entre los efectos aparentes y la causa verdadera de una muerte.

Así, por ejemplo, en los certificados actuales la causa de muerte consignada es hemorragia cerebral, síncope, cardiopatía, arterioesclerosis, etc., cuando en realidad en un alto porcentaje de esos casos se trata de lúes.

La Secretaría de Salud Pública de la Nación está preparando ya el nuevo modelo de certificado de defunción, con vistas a la estadística, el que irá acompañado del certificado confidencial para toda la República, tal como se aplica en Suiza, Australia, Canadá, EEUU, etc., y que permite desglosar los datos civiles, útiles e indispensables a la acción legal, de los datos puramente científicos y de interés médico-social y estadístico.

Lo que interesa a la autoridad sanitaria es conocer la causa real de la muerte y ello solo lo averiguaremos por el nuevo sistema que propiciamos, que se adoptará por ley o se incorporará al Código Sanitario que tenemos en preparación.

Es importante destacar que la enfermedad específica es uno de los riesgos de muerte que más preocupa a la medicina del seguro. La Compañía Metropolitana de Nueva York registra 44.480 muertes por lúes, entendiéndose por tales las formas terciarias, tabes y parálisis general. De la estadística, por cierto minuciosa de esa Compañía, resulta que la mortalidad anual por lúes es de 13,7 por 100.000 de la población asegurada.

A pesar de que los coeficientes de mortalidad por lúes son menores de lo que deben ser en realidad, la enfermedad ocupa el lugar N° 11 en las tablas de mortalidad.

Un luético por cada diez adultos

De las estadísticas de las compañías de seguro de vida y de sus índices aplicados a la Argentina resulta que en nuestro país debemos tener unos 700.000 luéticos entre la población aparentemente normal, lo cual representa un luético por cada diez adultos, y ya dijimos que el número de casos nuevos que aumenta anualmente esa cifra llega a los 40.000. Nuestra situación es muy parecida a la de EEUU; por eso los datos estadísticos son hasta cierto punto superponibles, de ahí que los menciono repetidamente.

No me aventuro al afirmar que, el día en que podamos “sincerar” nuestras estadísticas, mediante el certificado etiológico, tendremos la demostración objetiva y terminante de la magnitud del problema que significa la lúes para nuestro país.

En las cifras de los seguros de vida, se advierte que el índice de morbilidad por lúes es mayor en las edades media y adulta, a pesar de que la infección primaria se adquiere casi siempre en plena juventud. Esta enfermedad produce una invalidez precoz alrededor de los 30 años por lesiones cardiovasculares y el índice de mortalidad crece progresivamente a medida que avanzamos en el curso de la vida, sobre todo por localizaciones en el sistema nervioso.

Las enfermedades venéreas y su posible eliminación

La guerra de 1918 permitió inesperadamente a EEUU realizar un experimento profético en gran escala con sus tropas, pues se desarrollaron contralores, tratamientos y educación sanitaria antivenérea entre los combatientes en forma tan intensiva que

al final de la guerra, se habían obtenido resultados sorprendentes, que nos permiten asegurar que las enfermedades venéreas pueden eliminarse totalmente reduciendo la morbilidad a cifras despreciables. Por eso no es una utopía afirmar que, con un plan sanitario completo bien aplicado, en nuestro país las enfermedades venéreas deben desaparecer como desapareció la viruela.

La Compañía Metropolitana de Seguros de Vida de Nueva York, —que reúne 18 millones de asegurados— desde 1911 a 1935 ha logrado bajar el índice de mortalidad del 21 al 11 por 100.000 para los hombres y del 7 al 4 por 100.000 para las mujeres, es decir un descenso de alrededor de un 50% para el sexo masculino y 45% para el femenino. Toda esa obra admirable se realizó mediante una campaña constante de educación sanitaria, tendiente a orientar correctamente el tratamiento médico de los asegurados. Este dato demuestra la eficacia del procedimiento, sobre todo si recordamos que la ley de profilaxis de EEUU fue votada recién en 1938, después de la nuestra que es de 1936, es decir con posterioridad a la acción de las compañías de seguros.

El examen de las curvas biométricas, correspondiente a las edades de infección, pone en evidencia el hecho de que la mayor parte de las nuevas infecciones corresponde a los hombres de 24 años y a las mujeres de 22, con lo que se demuestra que el componente principal en el contagio es la inexperiencia juvenil, de donde la gran importancia de la enseñanza en la pubertad para advertirles de este peligro que hace caer en sus garras a 6 muchachos de cada mil entre los 20 y 24 años y a 3 niñas entre los 15 y 19 años. Aun cuando las curvas demuestran que el peligro se mantiene en el curso de la vida de ambos sexos —en las mujeres hasta los 50, en los hombres hasta los 60— es evidente que, después de los 25 años, el número de víctimas desciende en forma vertical, debido, no por cierto a la menor exposición al riesgo, sino a la mayor sabiduría con que se lo afronta.

Los enfermos sin antecedentes de contagio

Para la higiene es un problema de gran significación aquel grupo de enfermos sin antecedentes de contagio, que jamás han tenido una lesión primaria y que, sin embargo, presentan manifestaciones tardías de la enfermedad. El hecho es muy común, casi perogrullesco para los médicos generales, pero está probado que en el 50% de los casos, en los hombres, y en el 30% de las mujeres con lúes comprobadas serológicamente, no recuerdan el antecedente de la primo infección. Estas “lúes acéfalas” imponen el contralor serológico permanente de las colectividades.

A mi juicio los médicos debemos propiciar el catastro del líquido cefalorraquídeo en forma sistemática, al menor padecimiento rebelde del sistema nervioso. Sobre 200 casos con reacción positiva en el líquido cefalorraquídeo, 53 niegan haber tenido una lesión primaria, es decir estamos frente a una situación especial que para llamarla de alguna manera la calificamos de “lúes acéfalas”.

Las formas latentes de la enfermedad comprenden alrededor del 35% de los casos, es decir que de 100 específicos, 30 llevan en su entraña un mal oculto e ignorado por el mismo enfermo y que lo arrastrará fatalmente a la invalidez, por vía de las lesiones

del corazón y arterias (10%), afecciones del sistema nervioso a forma parética (5%), tabes (5%), lesiones meningomédulares difusas (15%).

El catastro serológico en los grupos sociales prueba que de cada mil personas aparecen los siguientes casos de positividad (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de casos seropositivos de lúes, según grupos sociales.

| Grupos sociales | % |
|-------------------------|-----|
| Estudios universitarios | 1 |
| Obreros industriales | 6 |
| Bancos de sangre | 8 |
| Exámenes prenupciales | 12 |
| Peones rurales | 23 |
| Mendigos callejeros | 110 |
| Empleados ferroviarios | 117 |
| Presos | 240 |
| Prostitutas | 600 |

Higiene social y medicina preventiva

A menudo se confunden los alcances y fines de la higiene propiamente dicha con los propósitos objetivos de la medicina preventiva. Precisamente el caso particular de la lúes nos ofrece la oportunidad de precisar ambos conceptos, insistiendo en el objetivo social de la higiene y en los fines individuales de la medicina preventiva. Mientras un luético puede contagiar su caso, pertenece a la higiene; cuando deja de ser contagioso, deja de ser un caso de higiene para entrar en el dominio de la medicina preventiva.

Todo caso de higiene lleva implícito un problema de medicina preventiva, porque no es posible, sino por un esfuerzo dialéctico —y, por ende, artificioso—, separar las enfermedades, como concepto, del hecho material del enfermo.

Aun cuando el enfermo latente o ignorado deja de ser una fuente de contagio para sus semejantes, implica para la víctima un tremendo riesgo, porque este al no asignarle importancia o ignorarlo se descuida lo que es más grave en sus consecuencias, y resulta ello tanto más grave cuanto más engañoso es su aparente estado de salud.

La medicina preventiva es solo una parte de la higiene; es una forma de la higiene individual, puesto que su tarea se organiza sobre resortes y situaciones vitales del hombre como unidad, mientras que la higiene *latu sensu* se dirige a la sociedad tomada en conjunto. Ambos, individuos y sociedad, son problemas del higienista, pero el factor individual es problema exclusivo de la medicina preventiva.

La lúes, a pesar de ser una enfermedad infecciosa, no siempre es contagiosa y todas las enfermedades que tienen esta modalidad plantean dos problemas para la

higiene: uno, la acción sobre los individuos y otro, la acción sobre la colectividad. La enfermedad específica dura en su evolución muchos años, pero no es contagiosa, como es sabido, sino al comienzo, que es cuando debe actuarse con el mayor criterio de defensa de la sociedad. De allí la importancia de que los consultorios externos cuenten con médicos capaces de pensar socialmente y extender su acción hacia el núcleo familiar, tomando con energía y eficacia todas las medidas para que nadie que sea capaz de contagiar, pueda transmitir su mal a otras personas.

La eliminación de la lúes en el mundo

Toda medida de profilaxis social, por enérgica que parezca está justificada porque, *son los menos los que están en condiciones de perjudicar a los demás*. En nombre de la colectividad es indispensable que la lúes —enfermedad universal— sea totalmente extirpada como plaga del género humano. Ello es posible si los países más adelantados disponen de las organizaciones técnicas, puesto que los médicos sabemos, perfectamente, cómo tenemos que actuar.

La lúes debe y puede desaparecer, como desapareció la lepra en la Edad Media con solo imponer el aislamiento obligatorio en aquellos 15.000 leprosarios que organizó la Orden de San Lázaro. Con los recursos actuales, que nos brinda la civilización y el progreso, la lucha contra el “morbus venéreo” es mucho más fácil que la afrontada en la maravillosa Edad Media, por los abnegados sacerdotes de San Lázaro.

No creo que la responsabilidad que han tomado a su cargo los especialistas de la piel, al anexarse como cosa propia el estudio y tratamiento de la lúes, sea inconveniente desde el punto de vista de la higiene; la considero una ventaja, puesto que el conocimiento perfecto de las formas externas y floridas es el instrumento de lucha, ya que descubre a la lúes en su periodo de máxima contagiosidad.

Este criterio no es incompatible con la Venereología, nueva especialidad en la que convergen los conocimientos más diversos de la Dermatología, Urología, Clínica, Neurología, Medicina Legal, Higiene y hasta de Psiquiatría, abriéndose así un horizonte nuevo dentro de la medicina social, que no puede ser afrontado exclusivamente por los dermatólogos, dada la índole tan circunscripta de sus estudios y métodos de trabajo.

Los efectos de la Ley 12331

La Ley 12331 promulgada el 30 de diciembre de 1936, dentro de pocos días cumplirá diez años de aplicación y experiencia. Las publicaciones de los más avezados especialistas de nuestro país, demuestran terminantemente que la ley fue eficaz y cumplió su objetivo hasta el año 1944. En 16 dispensarios, que atendían 3.048 casos nuevos de sífilis en 1932, se comprobó que en 1943, atendieron solo 739 casos. La gonorrea bajó, en esos mismos establecimientos, de 8.927 a 4.536 casos. Idénticos resultados se obtuvieron en otros grupos de dispensarios bien controlados.

Con motivo de la guerra y por factores que ustedes tratarán de dilucidar, se advierte en el país un ascenso de los índices de morbilidad, tanto que, en algunos dispensarios, es alarmante el número de enfermos casi como antes de la sanción de la Ley 12331. Uno de los factores ha sido la guerra, que ha limitado nuestro aprovisionamiento de agentes terapéuticos esterilizantes. Este aumento de las venéreas ha originado críticas injustificadas a la ley —que será perfectible— pero en el fondo, el problema no reside en la ley misma. La ley ha demostrado, en su primera experiencia, sus grandes ventajas, lo cual basta, por ahora, para mantenerla dentro de sus provisiones generales, por otra parte coincidentes con la experiencia universal, que no ha cambiado en esta materia. Sus fallas pueden remediarse con medidas sociales como las ordenadas por el Decreto 9863/46 del general Perón, y con cumplir y hacer cumplir la ley, en lo que se refiere al tratamiento obligatorio y ello solo se consigue disponiendo de dinero suficiente.

El certificado prenupcial

Con la implantación del certificado prenupcial se han discutido varios problemas, unos de higiene, otros de derecho y otros morales. El certificado prenupcial no asegura en absoluto la posibilidad de evitar la lúes en la descendencia, pero con el test serológico bien aplicado, se evitan los casos potencialmente graves para los futuros hijos, y en ese sentido la serología adquiere una enorme trascendencia eugenética.

Al eximir del examen prenupcial al sexo femenino, se deja de lado una buena parte del problema; pero pueden subsanarse las razones de índole moral exigiendo solamente el certificado serológico prenupcial, también a las mujeres. No hay razón para no hacerlo. El certificado prenupcial tiene un sentido psicológico y educativo muy importante. Frente a un acto trascendental como es el matrimonio, los contrayentes perciben por primera vez su responsabilidad física ante la sociedad. Es conveniente —con medidas oportunas— acentuar esa responsabilidad sanitaria de los futuros cónyuges con el propósito de crear una conciencia eugenética en bien de la raza, es decir en bien de la patria.

El ejemplo de Dinamarca

Entre todos los países de la tierra, Dinamarca es un ejemplo de eficacia en la lucha antivérea. En el año 1874 se dispuso que las enfermedades venéreas debían ser declaradas obligatoriamente y se estableció también el tratamiento compulsivo por el poder público. En la Argentina, recién este año por el Decreto 9863/46 se implantó la denuncia obligatoria, completando así el principio de la Ley 12331 del tratamiento obligatorio. En 1919 se registraron en Dinamarca 2.889 casos de lúes; se extremaron las medidas y en el año 1933, el número de casos nuevos se redujo a la ínfima cantidad de 181 enfermos. Al comenzar la guerra, la lúes había desaparecido por completo en Dinamarca, registrándose solo casos esporádicos.

Tanto nosotros, como EEUU, tenemos todavía 300 casos por cada 100.000 habitantes, y es muy probable que si no procedemos como en Dinamarca, con una gran campaña de profilaxis social, el problema seguirá latente y sin solución. Naturalmente, Dinamarca tiene una población de gran nivel cultural, homogénea y disciplinada, lo que facilita enormemente la tarea y no podemos compararnos totalmente con ellos en este aspecto.

En Suecia y otros países

En Suecia, la legislación remonta al año 1817, época en que se impuso la denuncia y tratamiento libre de los luéticos. En 1918 la legislación sueca se perfeccionó haciéndola más compulsiva y punitiva; se extendió su acción sobre el tratamiento obligatorio de las embarazadas y de los presos, sancionándose penas severísimas para el contagio venéreo; al mismo tiempo se organizó la enseñanza y educación de los médicos y de la población. Estas disposiciones hicieron descender en Suecia en un 50% los casos de infecciones y hoy puede, Suecia, presentarse como otro ejemplo, pues solo tiene 7 casos de lúes por cada 100.000 habitantes, contra 300 que tienen EEUU o la Argentina.

Lo mismo puede decirse de Noruega, que tenía 360 casos de lúes por 100.000 de población en 1919 y lo redujo a 30 en 1933. Las leyes dictadas en Gran Bretaña en 1919 han permitido, en 1934, descender en un 50% el número de enfermos. Rusia tenía un índice de 388 por 10.000 de población, es decir 3.887 por 100.000, en el año 1914, y lo redujo a 75 casos por 10.000 en el año 1934. En el censo de Alemania en 1927 se señaló un índice de 131 casos por 100.000 de población; en virtud de las medidas profilácticas estos índices se redujeron en un 35% en el año 1934.

No hemos de señalar las características de las organizaciones de lucha antivenérea porque en todas partes del mundo son en más o en menos las mismas. El balance de los resultados obtenidos es suficiente para prestigiar los esfuerzos médicos; fundaremos en esa experiencia la profilaxis antivenérea de nuestro país.

El tratamiento y los nuevos aportes de la terapéutica

Muchos son los esquemas del tratamiento y cambian continuamente con los nuevos aportes de la terapéutica. Todas las normas están destinadas a actuar sobre el factor enfermo que, a menudo, ignora la gravedad de su mal, más o menos latente. Los tratamientos realizados sin discernimiento, en su calidad o en su cantidad, aplicados por médicos de buena voluntad que no tienen otra guía que su intuición o el neurosismo de sus pacientes, son sumamente peligrosos.

Es importante convencer al médico general de que los tratamientos intensivos sin un control serológico periódico, son de mayor gravedad que la enfermedad misma, por el traumatismo químico que produce en los emuntorios. Este hecho lo tienen bien vigilado las compañías de seguros de vida porque han comprobado sobre un total de 44.000 casos (*Medical Impairment Study*) que quienes han hecho un mal tratamiento

tienen un riesgo mayor que las personas normales que excede del 140%. En cambio, los que han hecho un tratamiento excesivo su riesgo mortal es de 150%. En estos casos es peor el remedio que la enfermedad. Como principio general debe decirse que todo tratamiento antivenéreo hecho sin discernimiento, es, a la larga, contrario a la salud.

En los países en los cuales el contralor de la prostitución es muy severo, la estadística demuestra que la prostitución es la fuente más común del contagio. Sobre un total de 971 casos primarios investigados por el Departamento de Higiene de la Ciudad de Nueva York, el 68% reconocían ese origen, y en el 22% procedían de “amistades ocasionales” que por su naturaleza pueden ser asimiladas a la causa anterior. Si este concepto se pudiera difundir entre la masa popular, sería fácil dominar las causas primarias de contagio en el 89% de los casos; el 11% de causas ocasionales o de ignorancia que son los restantes, se pueden clasificar como verdaderos riesgos, hasta cierto punto inevitables. Desde el punto de vista epidemiológico no existe una enfermedad más benigna que la venérea, desde el momento que nos brinda una chance contra nueve para eludir el contagio.

La obra actual y la de generaciones anteriores

Es conveniente efectuar periódicamente, un balance de los elementos sanitarios de que disponemos a fin de que nuestra continua demanda a la nación de elementos sanitarios no sea interpretada, fuera de los ambientes científicos como una mentalidad derrotista y dispuesta a criticar la obra de las generaciones anteriores.

Contamos con 11.807 médicos en ejercicio activo de la profesión; tenemos 66.979 camas hospitalarias de las cuales 43.371 corresponden a servicios generales y 23.608 a servicios especializados. En el total de servicios sanitarios, existen 709 consultorios y dispensarios especialmente destinados a la lucha contra las enfermedades venéreas.

Por mucho que sea nuestro déficit, es evidente que contamos con una buena cantidad que, si las dotamos ampliamente y les imprimimos un ritmo de trabajo uniforme en cuanto a los procedimientos, podemos emprender con éxito una acción inmediata, sin perjuicio de las ampliaciones proyectadas en el Plan Quinquenal, como es, por ejemplo, el Instituto de Higiene Social con carácter de *venereocomio*.

La frecuencia de lesiones mucosas en aparente estado de salud, obliga a difundir en nuestro pueblo algunos conceptos de profilaxis que pueden explicarnos muchas de esas lúes acéfalas tan comunes en nuestro país y que, a menudo, es cargada a cuenta de brotes hereditarios tardíos no existentes. Por simples que sean algunos de estos conceptos se impone enunciarlos en esta calificada reunión de médicos para que ellos trasciendan a la opinión pública.

El peligro del mate en común

Por ejemplo, es una costumbre peligrosísima la de convidar con mate al primer llegado —tan común en nuestros ambientes modestos— y que, si bien es nuestra

expresión de amistad y cortesía, desde el punto de vista de la higiene, debe ser seriamente censurada. Otro peligro reside en aceptar los servicios de una nodriza sin conocer sus antecedentes médicos o viceversa, amamantar un infante sin que un médico intervenga previamente para reconocer al niño y a los padres.

La transmisión de la sífilis de un enfermo a un sano puede ser prevenida de tres maneras:

1. Evitando los riesgos del contagio.
2. Si se ha tenido un contacto sospechoso, neutralizando la infección en las primeras horas.
3. Convirtiendo al enfermo en no infeccioso.

La más antigua y en cierta manera, la medida más eficaz de profilaxis venérea es el control de los contactos extramaritales. Las medidas de orden educativo, y en especial la continencia moral, así como el desarrollo de altos ideales en materia de conducta sexual, es suficiente para prevenir un alto porcentaje de contagios.

El concepto moral en los infectados

El mayor reconocimiento de las fuentes de infección y de su mecanismo psicosexual permite abordar la profilaxis entre la juventud en la cual no hay aun el discernimiento necesario para distinguir lo bueno de lo malo. Es eficaz también inculcar a los infectados el concepto moral de *no difundir el contagio*, y si ello no entrara en la población no hay más remedio que aplicar las leyes penales en la materia. Sobre un grupo de 300 hombres infectados, a los cuales se les hizo una encuesta, se encontró que muy pocos tenían la conciencia exacta del peligro que entrañaba para sus semejantes y aun para su propia familia. Debemos transformar nuestros dispensarios en centros de conciencia sanitaria y de educación sanitaria a fin de que a los enfermos no solo se les den inyecciones de bismuto de mercurio, sino también inyecciones de buena fe, conciencia y optimismo.

El peligro está siempre en acecho

La higiene enseña que *ninguno de los procedimientos que el pueblo utiliza como medidas de seguridad para preservarse del contagio, representan un 100 por 100 de eficacia*: en los medios militares, que es donde estos controles han podido ser mejor aplicados, no se obtiene un resultado constante. El problema no reside en valorar en un tanto por ciento los resultados de cada método de profilaxis. Lo mejor es enseñar que *con todos esos procedimientos, el peligro no queda de lado* y difundir el concepto de la restricción moral.

No excluimos de esta crítica los métodos llamados de profilaxis química, cuyo peligro estriba en la seguridad con que los fundamentan sus propiciadores, pues

es bien sabido que los mejores preparados son ineficaces si se aplican después de la sexta hora del contacto.

Para la sanidad, en cambio es de gran importancia la rápida *esterilización de los contagiosos*, y en este sentido la civilización debe a los preparados arsenicales el milagro de reducir un caso de *Higiene*, en un simple caso de Medicina Preventiva. La lúes deja así de ser un *problema sanitario y social*, para transformarse en un problema *médico e individual*. Si en algún período de la enfermedad corresponde dictar normas tipificadas es en el tratamiento del período de infección, es decir en el primario. Hasta la reciente era de la penicilina, el 93% de los casos dejaban de ser contagiosos con la sola aplicación de unas dosis de arsenicales y de bismuto.

Actualmente, con el arsenal terapéutico moderno, solo nos queda por realizar la policía de focos y aplicar el principio de que *la lucha contra la enfermedad no debe degenerar en la lucha contra el enfermo, sino contra el enfermante*. Todos los sistemas de control que tiendan a coartar la libertad individual más allá del punto que conviene al interés público, convierten a la sanidad en un elemento de odio en lugar de ser un amable consejero del bien público.

Vivimos un momento revolucionario en cuanto a los procedimientos de profilaxis social y aun no podemos prever las consecuencias de la aparición de la penicilina como arma de extraordinario poder.

Terapéutica esterilizadora en forma compulsiva

Hasta hace poco la *cuarentena del Salvarsán* que consistía en esterilizar al portador de una lesión primaria en el período infectante, era la última palabra en la materia. Son muy recientes las experiencias del *Mount Sinai Hospital* de Nueva York, sobre 300 casos internados durante 6 días para inyectarles gota a gota un compuesto arsenical con lo cual obtenían de entrada una esterilización magna que se mantenía meses y aun varios años después. La posibilidad de que la penicilina y las sulfamidas permiten esterilizar con menos tiempo y riesgo, debe movernos a difundir en toda la República los medios médicos y farmacéuticos necesarios para que la terapéutica esterilizadora se haga a cuenta del Estado y en forma compulsiva. Será siempre más económico evitar los 40.000 casos nuevos que se producen anualmente en nuestro país, que esperar a que las normas de la Medicina Preventiva anulen los efectos destructivos del mal en los distintos órganos de la economía humana. Enuncio este programa sanitario como uno de los primeros que pondremos en práctica y cuya trascendencia social queda dicho con la sola presentación demográfica de la lúes.

Propósitos del plan sanitario antivenéreo

Todo progreso en el control de las enfermedades venéreas y en especial de la lúes debe fundarse sobre la base de una buena preparación de los médicos que van a

actuar como técnicos sanitarios. Se ha dicho, y con razón, que el porvenir del específico depende de la sabiduría del primer médico que lo ha examinado. Por eso la Secretaría de Salud Pública de la Nación propiciará los cursos de Venereología, obligación que por otra parte impone el Decreto 9863/46.

Os pido disculpas por haberme extendido en ideas que serán familiares a muchos de ustedes, pero como anuncié al principio, deseaba dejar perfectamente aclarada mi posición y el espíritu o el alma del Plan Quinquenal, como dice el general Perón. En este caso he querido referirme a las ideas fundamentales en materia de profilaxis social y de exprofeso eludo la consideración de ciertos aspectos del problema que solo deben ser por ahora de incumbencia de los especialistas.

El delegado de la Secretaría de Salud Pública os informará sobre los detalles técnicos del Plan Quinquenal de venereología, pero os adelanto que la Secretaría a mi cargo adoptará complacida las observaciones y contribuciones de los señores congresales, puesto que como seres humanos podemos equivocarnos, pero como hombres de Gobierno tenemos la obligación de reconocer los errores y agradecer las críticas constructivas.

Pero puedo adelantar que nuestro propósito, nuestro Plan Quinquenal de Salud Pública tiene la pretensión de reducir las enfermedades venéreas a índices tales de insignificancia que dentro de cinco años podamos anunciar al país, que los males venéreos no son en nuestra patria sino un vago recuerdo, un amargo y triste recuerdo. De un índice de 65 enfermos venéreos por cada 10.000 habitantes pensamos llegar a un índice de 10 por 10.000.

Que Dios y la patria nos ayuden en esta legítima ambición de médicos y de argentinos, para demostrar a los escépticos y descreídos que las venéreas pueden y deben desaparecer con una buena organización de la higiene social.

La salud del pueblo depende de diversos factores indirectos del pueblo¹

El personal sanitario por la naturaleza especial de sus tareas, por los riesgos comunes que afronta, por su actitud permanente de ayuda al prójimo, por su simpatía hacia el desvalido y el enfermo, por el sacrificio sin horas que impone todo esfuerzo altruista constituye una organización que debería poseer —pero no posee— gran espíritu de cuerpo y hondo sentido de la camaradería y del compañerismo. Hemos tratado en los seis meses transcurridos, de infundir este espíritu, actuando impersonalmente, para colocar el prestigio de la institución por encima de la persona que la dirige, pues lo individual es lo único transitorio y efímero, en el gran movimiento del mundo y en la marcha ascendente de la nación. Tratamos de conciliar a los colegas, con un elevado sentido de la tolerancia y prescindiendo de las actitudes personales; hemos tratado de respetarlos y hacerlos respetar, ante la sola consideración de su capacidad y dedicación al trabajo, olvidando errores cometidos, en la convicción de que la patria está por encima de las circunstancias humanas y de que existe un ideal común que debe unirnos a todos, en estos momentos, en que el Gobierno realiza el esfuerzo más orgánico que se haya concebido en América para bien y grandeza de la nación argentina.

Con otra universidad, los médicos hubieran sido la avanzada de la política económico social del excelentísimo señor presidente de la nación, porque ellos —mejor que nadie— conocen el dolor y el sufrimiento de los humildes. Alternan su visita al palacio del rico, con su visita a la vivienda del pobre y son testigos cotidianos de los oscuros dramas de la miseria. Si muchos colegas no comprendieron en su hora, ni vieron, ni escucharon, ni quisieron ver y escuchar, es porque ciertas cosas andaban mal en el país, pero felizmente la crisis ha sido superada.

Preocupación del general Perón por el gremio médico

Aun dejando de lado las proyecciones de la doctrina del general Perón, en el campo de la medicina social, debemos reconocer que gracias a él se llegó al estatuto de las Profesiones del Arte de Curar y se dispensó al gremio una deferencia que jamás le fue concedida por ningún otro Gobierno, jerarquizándonos, con la creación de la Secretaría de Salud Pública de la Nación que, en el orden institucional, representa una conquista revolucionaria.

Como si eso no fuera bastante, tenemos que agradecer al excelentísimo señor presidente de la nación, el Decreto 7631/46 del 21 de agosto, por el que se asigna el

¹Discurso en la comida de camaradería de la Sanidad Nacional, el 27 de diciembre de 1946.

sueldo mínimo de 375 pesos a todos los médicos nacionales, cuyos haberes se abonan estos días con antigüedad al 1° de julio, más el aguinaldo; el Decreto 22038 del 13 de diciembre de 1946, por el cual desaparece el absurdo sistema de los médicos subsidiados y pasan a ganar estos 375 pesos, creándose además la carrera del médico sanitario, con lo que se abre un nuevo horizonte para los jóvenes de las nuevas promociones. Han resultado, con uno y otro decreto, beneficiados y equiparados, un total de 5.200 profesionales; el Decreto 11055 del 17 de septiembre de 1946, por el que se implanta, en Salud Pública, el escalafón sanitario, gracias al cual no tendremos más directores de hospitales del interior jornalizados, y ganando sueldos de peón; no tendremos más obreros especializados con 25 años de servicio y con jornales de 3 pesos diarios, ni técnicos con 160 pesos mensuales.

El esfuerzo común por la preservación de la salud

Nadie puede considerarse en un papel secundario en esta lucha por la preservación de la salud y atención de los enfermos. En la inmensa tarea, hasta el colaborador más modesto tiene su gran papel, una función que exige un sacrificio, tanto más abnegado cuanto más oscuro. Puede que nadie conozca ni reconozca el sacrificio de uno de ustedes, que nadie sepa cómo cada uno y todos ustedes han contribuido al gran movimiento en contra de la desvitalización del país; quizás sus nombres no trasciendan jamás, pero sus esfuerzos quedarán perdurables en la obra cumplida de preservar la salud de la comunidad y prolongar la vida útil del hombre.

El problema individual y el colectivo

En Medicina Social, entendida como materia de gobierno, no interesa tanto el problema individual de la enfermedad, como el problema colectivo de la salud. Por eso hablo de los problemas de la salud y no de los problemas de la enfermedad, pues la enfermedad es un proceso episódico y evitable en gran parte, si los estadistas y los hombres que dirigen la salud pública piensan más en los sanos que en los enfermos, en la convicción de que es más barato prevenir que curar.

La enfermedad es el conjunto de reacciones anormales del hombre frente a estímulos anormales por su intensidad o duración, y resulta de la inadaptación del ser humano a las modificaciones de su medio externo. Por eso mismo consideramos la enfermedad como un hecho transitorio o excepcional en la evolución biológica, en tanto que la salud y el desgaste natural es el hecho permanente, el que interesa a la mayoría y, por consiguiente, el que preocupa a los estadistas. La salud es la base de la felicidad popular, y se define como el bienestar físico, mental, moral y social del individuo, pues este es una resultancia del medio ambiente social, como el enfermo lo es del medio ambiente físico. El medio social físico, de cuya armonía depende la salud del pueblo, cuando se modifica, cuando se altera o cuando se desequilibra, produce todas las enfermedades posibles y es el principal factor en el proceso de la

desintegración orgánica de los individuos y de las naciones. Por eso, cuando desde la Secretaría de Trabajo y Previsión se combatieron todos aquellos componentes económicos y sociales, que gravitaban negativamente en la vida de la población; cuando se luchó contra los bajos salarios y la desocupación para levantar el estándar de vida de la clase trabajadora, se desarrolló una acción concurrente con las autoridades sanitarias.

La medicina, ciencia económico-político-social

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

La civilización y la cultura son fenómenos muy complejos porque ambos concretan los dos aspectos de la convivencia humana; uno el material, la civilización, y el otro, el espiritual, la cultura. Pero una nación no podrá ser considerada ni culta ni civilizada, si la unidad común que determina la cultura y la civilización, es decir el hombre, no logra realizarse plenamente, en lo material y en lo espiritual. Una nación podrá producir grandes pintores, poetas, filósofos y hombres de ciencia que revolucionen la técnica; podrá ser el primer país industrial del mundo, o el más grande granero de la tierra o el primer productor de carnes o de petróleo, pero no podrá considerarse nación civilizada y culta mientras sus niños mueran por millares y la mayoría de su población se debata en medio del hambre y de la pobreza que es la madre de la desnutrición, del niño desnudo y de la vivienda antihigiénica.

Sueros y vacunas ante la pobreza y la miseria

Si bien la medicina ha conseguido que la vida, en este siglo de la biología sea menos peligrosa que en la antigüedad, todavía tenemos ejemplos, como el que ofrece nuestro país, en que cerca de la mitad de la población vive en condiciones sanitarias deficientes sin recibir, directamente, los beneficios del progreso médico y de la ciencia en general. Hemos considerado siempre que no puede haber pueblo sano mientras su nivel de vida se mantenga bajo y que era un lamentable procedimiento, una caricatura de la medicina el inyectar a ese pueblo sueros y vacunas, darle medicamentos contra las enfermedades, por un lado, si por el otro era explotado y mantenido en la pobreza y el abandono sanitario. Por eso la libertad económica es la etapa previa al nuevo esfuerzo del Gobierno, que consiste en completar las

conquistas de las clases trabajadoras con los beneficios fecundos de la salud. La sanidad pública no puede desarrollarse si no existen dos condiciones: 1) un estándar de vida alto de los trabajadores, y 2) una elevada educación sanitaria del pueblo. De lo contrario, todos los sacrificios de los médicos serán vanos o estériles y todo lo que se gaste en salud pública será gasto improductivo.

Plagas que ya no son problema médico

En el estado actual de la medicina, no hay ninguna razón para que exista viruela, ni difteria, ni peste bubónica, ni epidemia tifoidea, ni fiebre amarilla, ni disentería, porque esas plagas no son más un problema médico, sino un problema de Gobierno, y si este no es capaz de evitarlas deben caer dichas plagas como un verdadero estigma para la nación, como una ominosa prueba de que el estándar de vida y la cultura sanitaria del pueblo no están lo suficientemente alto todavía. El responsable es el Gobierno porque ello indicaría que el Estado no ha organizado sus recursos para defender lo único permanente de la nación, su caudal humano que es el potencial biológico y el futuro de todas las patrias del mundo.

Existe un hecho paradójico que quiero destacar y es que la ciencia médica está en condiciones de ofrecer al pueblo mucho más de lo que el pueblo recibe en la práctica. Eso es lo que ha querido decir el excelentísimo señor presidente de la nación, cuando en el mensaje al Parlamento ha expresado que de nada nos sirve tener grandes profesionales o grandes especialistas, si los beneficios de todo ese progreso técnico de los médicos no pueden llegar a las masas, debido a que no existe una estructura sanitaria bien instrumentada como para llevar los avances de la ciencia al pueblo trabajador.

Factores que condicionan la salud

Dos son los factores indirectos que condicionan la salud de un pueblo: 1) el primero y más importante, el social y el económico que determina el estándar de alimentación, de vivienda y de vestido; 2) la ignorancia que impide toda difusión y toda cultura sanitaria. La organización de los servicios médicos será tanto más eficiente cuanto menos tenga que luchar contra la pobreza y la ignorancia o sea contra los factores indirectos que mantienen el clima para las enfermedades. La lucha directa contra los males es obra de la organización sanitaria; la lucha contra los factores indirectos es obra de la organización económico-social del país. Mientras la mayoría de los habitantes continúen sin un nivel de vida suficiente, no será posible orientarlos hacia la vida saludable, porque la pobreza destruirá por sí sola todas las conquistas de la higiene. Las condiciones sanitarias dependen también del grado de la cultura ya que la ignorancia —insisto— es otra de las grandes causas de enfermedad. La salud no puede ser impuesta, no podemos obligar a nadie a que cuide su organismo. Por eso, es indispensable hacer comprender al pueblo que él es responsable de su propia

salud y que el trabajo de los médicos es absolutamente estéril si no se cuenta con la colaboración de los beneficiarios.

Educación sanitaria

Es necesario educar a todos los habitantes del país para que tengan un correcto concepto de lo que es la salud, y para que acepten su responsabilidad individual frente a la sociedad, como medio de vencer costumbres y prejuicios que, sancionados por la tradición, suelen comprometer de modo muy grave la vida colectiva. Es una tarea difícil que requiere comprensión psicológica y tacto, pero es indispensable emprenderla en bien de la sanidad nacional, y en ese sentido me comprometo ante los médicos a gravitar con todo el ascendiente que pueda tener para llegar a esa finalidad.

La salud del pueblo depende de factores económico-sociales y de la educación sanitaria —he dicho—, pero depende también de la eficiencia de los servicios médicos. Nuestros grandes enemigos son la pobreza y la ignorancia, y nuestras armas los servicios médicos. Es necesario dotar al país del mínimo indispensable de establecimientos de asistencia, de prevención y de investigación científica, para que la acción de la Secretaría de Salud Pública sea realmente efectiva, para que la ciencia médica no esté solo al servicio de los pudientes y pueda aplicarse extensivamente en todo el territorio de la nación. Necesitamos un sistema de servicios que beneficie a todos, sanos y enfermos, ricos y pobres. No hay ninguna razón para que no podamos organizarlo nosotros, como lo tienen los demás países civilizados del mundo. Si hemos resuelto problemas más graves, con más razón podemos resolver este que, en el fondo, es solo un problema de dinero, de obras públicas y de organización. Si la medicina se ha hecho cada vez más técnica, más difícil y más costosa, y se necesita y exige el esfuerzo combinado del Gobierno y del pueblo, del médico general, de los especialistas y de los auxiliares de la medicina, si exige para su desempeño la construcción de clínicas, hospitales o institutos, no se debe negar ese apoyo, ni regatear dinero para que los profesionales médicos puedan cumplir su misión, que no es otra que contribuir a formar un gran pueblo para un gran destino.

El problema financiero es secundario

El problema financiero que plantea la construcción de una gran red de asistencia médica en todo el país es un problema secundario. Si un país es capaz de reunir todo el dinero que hace falta para defenderse del ataque de un enemigo exterior, si en nuestro caso contamos con todos los recursos de un territorio tan rico y siempre estamos dispuestos y decididos a gastar sangre y dinero frente a cualquier agresión armada, si esas fuerzas bélicas están siempre alertas para ser movilizadas, ¿por qué no hemos de tener también la misma energía y previsión, para atacar y defendernos de las enfermedades y de sus ejércitos innumerables de invisibles y mortíferos soldados? Si se piensa en las inmensas cantidades de dinero que se han invertido para

destruir ciudades y hombres en todas las guerras económicas o ideológicas, se comprende cuán ridículas y pequeñas son las sumas que reclamamos los médicos para decidir a favor del hombre esa guerra permanente y traidora, que nos está minando desde adentro y destruye día por día nuestros seres más queridos, nuestros hijos, y con ellos el potencial biológico de la patria.

A vosotros —hombres del ejército de Salud Pública— les ha sido confiada una gran misión y una enorme responsabilidad pero debo declarar que en los siete meses que llevo al frente de la Secretaría, he encontrado por todas partes hombres abnegados, entusiastas colaboradores y funcionarios honestos, dedicados íntegramente al trabajo. Os agradezco vuestro apoyo generoso y hago votos para que sigan como hasta ahora, cada uno en su puesto y todos cumpliendo con su deber y os pido releguemos al olvido las injusticias de otros tiempos, fruto de la negligencia y de la desorganización.

Recuerdo a funcionarios y obreros de la Secretaría de Salud Pública

Sin embargo, no puedo dejar de mencionar a modo de ejemplo, la actuación de algunos funcionarios que debe llenar de orgullo a toda la repartición. En primer término al doctor Luis Emilio Silva, organizador de la Medicina Preventiva Escolar, que ha sido recientemente protagonista de un episodio que ha alcanzado resonancia pública, destacándolo a la consideración y al aplauso generales por su ejemplar comportamiento.

Honro en él, con esta mención a toda la plana de funcionarios de la Secretaría, todos ellos entusiastamente aplicados a la tarea de realizar el Plan Quinquenal correspondiente a la Secretaría de Salud Pública.

Debo mencionar, en forma especial, a los obreros sanitarios del puerto, que durante dos días y dos noches trabajaron ininterrumpidamente, sin dormir, en el foco de la peste bubónica, y con ellos al doctor Ángel Gianini, que los dirigió y acompañó en esa campaña sanitaria, contrayendo una enfermedad infecciosa. Tampoco puedo olvidar al abnegado y estoico practicante Aristides Ghio, que pasó días y noches junto a los enfermos de peste sin alejarse un minuto de ellos, para seguir la experiencia terapéutica, que, reservadamente se estaba haciendo a los enfermos.

Está también el tripulante Luis Laganá, que se ha hecho acreedor a nuestro homenaje. Laganá recogió en el barco sanitario “Rawson” a un niño polizón de 17 años, que venía desde Rumania y le regaló su mejor traje y hasta sus zapatos. Ese joven y meritorio empleado, con 160 pesos de sueldo, 10 años de antigüedad y título obtenido en nuestra escuela de sanidad, padre de familia, vino ayer a excusar su inasistencia a esta fiesta por no tener un traje digno, pues el único que tenía en buenas condiciones, se lo había entregado generosamente al niño extranjero “para que se vistiera como un argentino”.

Con hombres así, el excelentísimo señor presidente puede estar seguro de que la Secretaría de Salud Pública cumplirá con la misión que le ha sido asignada en el plan general de gobierno.

Para terminar, quiero dedicarles mi afecto y mi cariño a aquellos que sufren en

los hospitales, sanatorios y colonias y recordarles el profundo sentido del cristianismo que nos manda aceptar el sufrimiento como una purificación, y quiero acogerme a las palabras del Sagrado Maestro como a un mandato, para deciros, como él: “yo estaba enfermo y me visitasteis; lo que hagáis por uno de estos, mis hermanos, lo haréis por mí”.

He aquí el íntimo y último sentido de esta obra en que todos distribuyéndonos una misma tarea, nos hemos puesto para ejecutarla y llevarla a feliz término. Esta es también señores, una obra de fe y una obra cristiana.

Introducción al plan analítico de la Secretaría de Salud Pública¹

Este libro es la primera edición del plan analítico correspondiente a la Secretaría de Salud Pública y forma parte del plan de gobierno del excelentísimo señor presidente de la nación. Se trata de un desarrollo, más o menos pormenorizado, de las ideas que sobre la materia ha expuesto el general Perón en diversos discursos y circunstancias, y que tuvieron ya su primera expresión concreta en dos proyectos de ley, remitidos por el Poder Ejecutivo al Honorable Congreso de la Nación, contando en estos momentos —al entrar este libro en prensa— con la sanción favorable del Honorable Senado. Dichos proyectos fueron publicados en el volumen donde se ha recopilado todo lo que el excelentísimo señor presidente de la nación llama el *Plan sintético de gobierno*, publicación dirigida por la Secretaría Técnica de la Presidencia y que ha tenido amplia difusión con el nombre de Plan Quinquenal. Este libro es, pues, la ampliación de aquel, es decir, se trata del Plan Quinquenal en la rama de Salud Pública. Los dos proyectos de ley a que nos hemos referido precedentemente son: 1) el proyecto de “Bases del Código Sanitario y de Facultades del Organismo Sanitario de la Nación”; 2) proyecto sobre “Construcciones y Servicios Sanitarios”. Ambos proyectos de ley contienen en germen las ideas básicas que fundamentan *el presente plan analítico de gobierno*; por eso consideramos que dichas leyes configuran por sí mismas un verdadero plan sintético, susceptible, a su vez, de los más amplios desarrollos. En este libro se trata de agotar, en lo posible, todas las derivaciones teóricas y prácticas de esas dos leyes, que podríamos llamar las dos leyes básicas de la Sanidad Nacional.

Este trabajo traduce un gran esfuerzo de la Secretaría de Salud Pública de la Nación. La tarea fue difícil, sobre todo porque se trata de la instrumentación científica de un organismo creado con un nuevo sentido para afrontar con modernos puntos de vista los problemas de la salud y de la enfermedad. La Secretaría de Salud Pública formula el presente plan sanitario nacional con el propósito de disponer de un programa orgánico, metódico y ajustado a las necesidades mínimas del país, programa que nunca existió y que tendrá el mérito —a pesar de las deficiencias que podrían señalarse— de ser el primer plan oficial que se elabora en el país, tanto en esta como en otras materias involucradas en el plan de gobierno del general Perón. En nuestro país nunca existió un plan integral sobre salud pública, ni siquiera antecedentes para prepararlo, pues el organismo encargado de la sanidad nacional, hasta la revolución del 4 de junio, era una modesta organización burocrática, un simple departamento del Ministerio del Interior, sin jerarquía y sin posibilidades de acción.

¹Palabras que sirven de introducción a la primera edición del Plan Analítico de Salud Pública (4 tomos, 3.000 páginas). Diciembre de 1946.

Las memorias anuales de dicho departamento producen tristeza, porque sistemáticamente —en el curso de los años— se limitan a consignar y a lamentarse por todo lo que debió hacerse y que, sin embargo, no se hacía.

El mérito de este trabajo reside, precisamente, en que es un plan, bueno o malo, pero coherente que señala las urgencias del país y aquellas cosas que deben ejecutarse para llegar a soluciones satisfactorias. Todo estaba por hacerse, repetimos, y lo que hoy entregamos a la publicidad —por sugestión del excelentísimo señor presidente de la nación— es un primer boceto y una tentativa inicial por ahora bastante completa. Lo entregamos al conocimiento del público —en especial de los médicos y de las cátedras universitarias— para su estudio y discusión, a la espera de la reciprocidad que supone la crítica constructiva, apolítica y exclusivamente técnica. Esperamos la colaboración espontánea, puesto que —no se nos escapa— muchos detalles del plan son perfectibles —y los perfeccionaremos sobre la marcha—, ya que el esquema sobre el cual ha sido estructurado, es decir, las dos leyes básicas, tiene la flexibilidad suficiente como para permitir innovaciones, ampliaciones y mejoras de muchos capítulos y también la inclusión de otros servicios imprevistos.

En una segunda edición se subsanarían algunas deficiencias y se incorporará la parte ejecutiva del plan, es decir, el orden de prelación de las obras, que en esta edición apenas hemos esbozado, y la división del Plan Quinquenal en planes anuales y trimestrales.

De ese modo estaremos dentro del orden trazado por el excelentísimo señor presidente, en lo que se refiere al método de elaboración de los planes parciales de cada Ministerio o Secretaría de Estado: 1) el plan sintético, condensado en las dos leyes básicas de la sanidad nacional; 2) el plan analítico, que es el que hoy presentamos, y 3) el plan de ejecución, que se entregará conjuntamente con la segunda edición de este libro. Para esa segunda edición esperamos la colaboración doctrinaria y práctica de la clase médica. Abrigamos la convicción de que si los universitarios no hacen suyos los principios contenidos en este trabajo —por lo menos de un modo general, aunque puedan discrepar en detalles de forma o de ejecución—, y si no toman como propios los elevados propósitos que lo inspiran, tendremos, dentro de cinco o diez años, una gravísima crisis médica, originada por la desorganización de la profesión y de los servicios médicos, y que hoy solo se traduce por algunos pequeños síntomas, a lo sumo una especie de malestar profesional, sin visión del fondo nacional y humano del problema, que supera las simples cuestiones gremiales. Si los médicos no se organizan al ritmo del país, quedarán a la zaga de otros gremios, más modestos, pero más unidos y progresistas, y que, por intuición, experiencia o necesidad han marchado a tono con el movimiento económico social, iniciado por el general Juan D. Perón. Si, en cambio, el gremio interviene y toma conocimiento sincero de los anhelos que nos animan, prestará un gran servicio al país y a la propia profesión; retomarán, quizás, las posiciones directivas que han perdido estos últimos años, por obra de la incomprensión de las desviaciones de la mentalidad profesional, por la mala formación universitaria y el cerrado individualismo destructor del espíritu de cuerpo, ese espíritu de solidaridad que durante siglos engrandeció la profesión del médico, la más noble de

todas por la naturaleza casi providencial de su tarea frente al dolor, la miseria y las angustias del hombre.

Para concretar mejor esta idea nos remitimos a la versión taquigráfica de las palabras que pronunció el entonces coronel Perón, en una asamblea de médicos, en la Secretaría de Trabajo y Previsión, realizada el 21 de junio de 1944:

El problema médico en nuestro país, no es un problema parcial. Lo ocurrido aquí es que se ha tratado de resolver esos aspectos parciales, sin enfocar racionalmente el problema de conjunto. Es este un mal latino y, particularmente, americano. Me recuerda un símil que siempre establezco en estas cuestiones. Es el caso del señor que cuida su jardín invadido por las hormigas. Todas las mañanas se levanta, y con una paleta en la mano, va tomando una a una las hormigas y las echa al fuego. Repite esa operación todas las mañanas, sin pensar que su tarea está más en el hormiguero que en las hormigas.

Tal es el criterio con el cual se han abordado todos los problemas sanitarios en nuestro país, pese a todo cuanto se ha escrito, pensado, dicho, legislado y promulgado al respecto.

El mundo evoluciona hacia nuevas formas. Los médicos, como elemento primordial de la sociedad humana, no pueden escapar a la evolución; y no me explico cómo es posible que las arcaicas formas en que se viene ejercitando una profesión indispensable para el Estado, cual es la medicina, conserven su primitivo ritmo. Porque, naturalmente, el espíritu de socialización terminará por no autorizar servicios que no sean, dentro de esa socialización, un perfecto engranaje que represente para la población una garantía, tanto en el aspecto cualitativo como en el cuantitativo.

Es lógico que el problema médico se haga día a día más difícil en todas partes. Ya en los países más adelantados en este aspecto ha desaparecido, casi en su totalidad, el médico "francotirador".

Hoy los médicos pasan a ser funcionarios del Estado, y la explicación que en estas grandes naciones se da a tal propósito es muy simple.

El médico tiene ante sí dos problemas: la ciencia y su propia vida. Generalmente, se considera en esos países, que quien tenga que dedicarse a su propia vida, lo hará en perjuicio de su ciencia, y que quien tenga que dedicarse a su ciencia, lo hará en perjuicio de su propia vida. En consecuencia, no podemos aspirar a que todos los médicos sacrifiquen su vida en aras de su ciencia, pues no es teóricamente aceptable que puedan hacerlo todos. Por eso, para mí lo más moderno en este orden de ideas es que el Estado llegue a tener al "médico funcionario", solucionándole el aspecto de la subsistencia para que pueda dedicar su vida a la ciencia.

Es indudable que pueden existir algunos reparos. Hay quienes afirman que el médico, sujeto a un estipendio, pierde el interés de su perfeccionamiento y se dedica a ser un empleado de la profesión, en lugar de ser un profesional. Yo sé que esto puede combatirse con éxito, con una moral profesional que el mismo gremio esté encargado de mantener, mediante la creación de tribunales de honor o tribunales profesionales, que descalifiquen a la persona que descienda a tal grado de decrepitud moral.

Siendo el problema complejo, creo que debemos encararlo por etapas. Pero me parece que el objeto final a alcanzar será una ley orgánica que permita

ir acondicionando a la mayoría de los médicos del país; porque el Estado debe tener en cuenta, por sobre todas las cosas, un hecho del cual deriva toda la deficiencia de nuestra asistencia social: mientras en Buenos Aires y los demás grandes centros poblados, los médicos experimentan escasez de enfermos, en el 70% del territorio nacional, la mitad de las personas mueren sin atención médica. Esto es para el Estado un problema fundamental; y pensamos que todo ha de resolverse alrededor de ese aspecto general. Los demás aspectos serán siempre colaterales. Nosotros vemos la solución del problema, y no creo que sea difícil alcanzarla.

El señor presidente ha venido repitiendo, desde entonces, estos conceptos generales y, en el mismo año 1944, insiste sobre el tema, en una asamblea de practicantes, con las siguientes palabras:

Entiendo que, si la previsión social ha de dirigirse al cuidado del país en su aspecto integral, el primer elemento a considerar es el hombre. El Estado está en la obligación de atender, en primer término, a sus propias necesidades y, dentro de ellas, a las de su población, que constituye el elemento vital. En ese sentido, no ha escapado a nuestra percepción que mientras en los grandes centros urbanos sobran médicos, en un 70% de la extensión de nuestro territorio mueren las personas sin asistencia médica. De ahí que el problema fundamental, desde el punto de vista de la previsión social, en la asistencia médica, sea la redistribución de los profesionales en el país.

Otros aspectos colaterales presentan este mismo problema, y, entre ellos, el del proletariado profesional que un Estado como el nuestro, de catorce millones de habitantes y casi tres millones de kilómetros cuadrados, no admite racionalmente en forma alguna. En tal sentido, pensamos que la profesión médica debe comenzar en nuestro país a transformarse paulatinamente en una profesión racionalizada por el Estado, de modo que el profesional vaya evolucionando hacia el médico funcionario por excelencia.

Todas estas viejas preocupaciones del actual presidente de la nación por la sanidad nacional y por el problema médico, lo llevaron a la creación de la Secretaría de Salud Pública con categoría de ministerio. Los primeros decretos emanados de dicha secretaría tienden a la reorganización de las profesiones médicas, en cumplimiento de una promesa y de una política que ya esbozó tan gráficamente el coronel Perón en el año 1944. El Plan Quinquenal, la creación y reconstrucción de la sanidad nacional, se integra con ideas del excelentísimo señor presidente, que han tomado con los años una forma precisa y bien definida, a través de las interpretaciones de sus colaboradores técnicos.

Para aquellos temas que pueden ser mejorados, se recibirán las sugerencias que deseen remitirse a la Secretaría de Salud Pública (Secretaría del Plan Quinquenal), donde serán estudiadas por el personal de la misma, a los efectos de su utilización posterior. Aspiramos a que de ese modo el Plan Quinquenal de Salud Pública sea una obra de todos los médicos, odontólogos, farmacéuticos y demás profesionales de las ramas auxiliares de la medicina, y no de un grupo de técnicos —y menos de una sola persona—, pues la ejecución de dicho plan requerirá también el esfuerzo, el sacrificio y el trabajo entusiasta de los médicos —que siempre han sido altruistas y

generosos— en la lucha contra el enemigo común, que es la enfermedad y que ahora lo serán más, cuando se trata —nada menos— que de preservar esa gran riqueza de la patria que es la salud de su pueblo. Si ello no ocurriera, habríamos olvidado la tradición secular que desde Hipócrates nos manda cumplir —como hombres y como médicos— con ese deber superior de altruismo y de humanidad, y como argentinos, no olvidar también que el país —el interior, sobre todo— necesita de nosotros, puesto que el territorio nacional no termina en la Avenida General Paz, sino en los confines, remotos, pobres, olvidados y despoblados por la miseria y las plagas, donde, sin embargo, se gestaron las epopeyas y se trabajó por la grandeza de la nación.

Aspectos estadísticos y sociales del problema de la alergia¹

Con la inauguración del Instituto Nacional de Enfermedades Alérgicas, la Secretaría de Salud Pública de la Nación inicia el desarrollo del Plan Quinquenal, pues dicho instituto está previsto en el plan de gobierno, naturalmente con recursos mayores que los que hoy disponemos, ya que este nuevo servicio se crea con fondos ordinarios del presupuesto. Pero mientras tanto formaremos los técnicos y se prestará un importante servicio a la población de todo el país, que reclama la democratización de los tratamientos antialérgicos, los cuales —dada la insuficiencia de servicios— están solo al alcance de los pudientes.

La etapa que iniciamos, aunque la primera en el terreno de las realizaciones, es, cronológicamente, la tercera de un plan orgánico de la secretaría a mi cargo. La primera fue la creación de la sección Enfermedades Alérgicas por la Resolución 282, dictada a menos de dos meses de haberse hecho cargo del Gobierno las actuales autoridades de la nación. La segunda medida, con fecha 18 de noviembre de 1946, incluyó dentro de las especialidades médicas a la clínica de las enfermedades alérgicas.

Importante problema de la patología humana

La habilitación de este instituto, totalmente equipado y en condiciones de atender, con medios propios, los padecimientos alérgicos y sus complicaciones, evidencia la preocupación constante de la Secretaría de Salud Pública de la Nación por este problema tan nuevo y tan importante de la patología humana. Basta recordar que los procesos alérgicos comprenden a enfermedades como el asma, la fiebre de heno, el eczema, la urticaria y la jaqueca, para hacerse cargo de que esta preocupación está ampliamente justificada por el enorme número de personas afectadas.

En EEUU, las estadísticas más moderadas consignan que un 10% de la población está enferma de procesos alérgicos con síntomas bien definidos. En Alemania, estadísticas igualmente moderadas mencionaban en 1928 la elevada cifra de 600.000 enfermos de fiebre de heno, solo en las ciudades.

No obstante la falta de datos estadísticos en nuestro país, podemos calcular que el porcentaje de alérgicos con sintomatología mayor es, aproximadamente, el 5% de la población, lo que da unos 700.000 enfermos en toda la República.

¹En la inauguración del Instituto de Enfermedades Alérgicas, realizada el 20 de enero de 1947.

Aspecto social del padecimiento

No es solo el número de los enfermos alérgicos el que configura un grave daño para la salud pública. Estamos también frente al aspecto social de tales padecimientos. Los enfermos atacados por asma o por dermatitis alérgicas, son incapaces de realizar trabajos físicos mientras dura su mal. Cuando se trata de obreros se cae en el problema de la incapacidad para el trabajo. En EEUU, las dermatitis alérgicas profesionales constituyen el 65% de las enfermedades profesionales no traumáticas.

Frente a un número tan grande de pacientes, que por las características climáticas y alergénicas de cada zona, se distribuyen en forma no siempre proporcional a la densidad de la población, la Secretaría de Salud Pública de la Nación debe afrontar una serie de problemas técnicos a algunos de los cuales me referiré brevemente.

El número de profesionales con conocimientos adecuados en los problemas médicos y sociales de la alergia es exiguo y totalmente insuficiente, en relación con el de los enfermos, que aumenta constantemente. El estudio completo de las condiciones climáticas, así como de la flora alergógena, de todas y cada una de las zonas del país, solo se ha realizado parcialmente. Con referencia a los aspectos legales de la alergia profesional u ocupacional, diremos que no existe en nuestro país una legislación adecuada que contemple con justo criterio la situación del obrero. Con razón se ha dicho que las enfermedades alérgicas son “enfermedades para ricos”, y aún más si se tiene en cuenta el costo elevado de los medicamentos y de su asistencia médica.

El Instituto Nacional de Enfermedades Alérgicas

Para afrontar estos problemas, la Secretaría de Salud Pública de la Nación decidió crear el Instituto Nacional de Enfermedades Alérgicas, encargado de organizar y coordinar todos los elementos humanos, materiales terapéuticos y de investigación para el tratamiento y profilaxis de las enfermedades alérgicas.

Su futura labor para los próximos años ha sido planificada de acuerdo al ritmo que el Plan Quinquenal de gobierno imprimirá a todas las actividades de la nación.

Los objetivos a conseguir son esquemáticamente los siguientes:

1. Preparar personal médico y auxiliar (enfermeras, visitadoras, agentes sanitarios) seleccionado y competente en la técnica especial de estas enfermedades.
2. A medida que se disponga de personal idóneo y demás medios, crear en la capital y el interior del país, dispensarios antialérgicos en número adecuado a la importancia del problema en cada zona.
3. Dirigir a los pacientes, cuyo tratamiento no pueda ser ambulatorio, a centros de internación existentes o a crearse, que serían: a) hospitales, a los que en las salas generales se dotará de anexos especiales; b) sanatorios-colonias, a los cuales serán enviados los pacientes que requieran condiciones climáticas y ambientales especiales. Estos sanatorios-colonias serán construidos en

zonas adecuadas previos los estudios correspondientes. Provisoriamente se aprovecharán, en la medida de las posibilidades, las colonias de vacaciones existentes; e) asilos, destinados a aquellos enfermos crónicos incurables (asmáticos especialmente o ancianos incapacitados), teniendo en cuenta su ubicación y las mismas condiciones indicadas para los sanatorios-colonias.

4. Realizar con los medios más eficaces a nuestro alcance una labor de difusión acerca de la conveniencia de diagnosticar y tratar precozmente las enfermedades alérgicas.
5. Efectuar una profilaxis activa y vigilante, de la cual pueden esperarse resultados particularmente favorables con el examen alérgico pre ocupacional.
6. Proveer medicamentos, antígenos y vacunas estandarizadas a todos los centros que se establezcan, los que serán producidos y distribuidos por los laboratorios centrales del Instituto Nacional de Enfermedades Alérgicas.
7. Como complemento indispensable debe realizarse una constante labor de investigación para mejorar nuestros conocimientos actuales sobre la naturaleza de los fenómenos alérgicos, así como de los excitantes, y perfeccionar la terapéutica.

Para el cumplimiento de este programa, era impostergable la creación del instituto a fin de llevar la lucha contra las enfermedades alérgicas al alto nivel que corresponde a un país como el nuestro, que no debe desmerecer al lado de las naciones más adelantadas en materia de medicina y de higiene.

Convencido de que estos propósitos implican un extraordinario beneficio para la salud de los habitantes de nuestro país, declaro oficialmente inaugurado al Instituto Nacional de Enfermedades Alérgicas.

Curso básico para la formación de enfermeras bien capacitadas¹



María Eva Duarte, Ramón Carrillo y el secretario de la Confederación General del Trabajo, Aurelio Hernández, en la inauguración de un curso de enfermeras. 1 de febrero de 1947.

Fuente: Archivo General de la Nación.

Abrimos con este acto un capítulo del Plan Quinquenal de Salud Pública, cuya ejecución quedará confiada a la mujer, pues solo la mujer, por trasmutación de su instinto maternal, es capaz de asumir abnegadamente, como una misión, la tarea de enfermera.

Los merecimientos de la señora de Perón

La dignísima esposa del señor presidente de la nación, doña María Eva Duarte de Perón, no podía dejar de acompañarnos en la inauguración de este curso destinado

¹En la inauguración del curso de instructoras de enfermeras, efectuada el 1 de febrero de 1947.

a perfeccionar la preparación de un grupo selecto de enfermeras ya experimentadas y probadas en la larga lucha que libra la medicina contra el dolor, la enfermedad y la muerte.

La señora de Perón fue proclamada hace unos meses la Primera Samaritana y en un magnífico acto público la “Escuela de Enfermeras” le hizo entrega de su uniforme, consagración que ella correspondió gestionando hasta obtener los fondos necesarios para construir el “Hogar de la Enfermera Argentina”.

La dignísima esposa del señor presidente de la nación nos pertenece, pues, y honra este sector de los servicios auxiliares de Salud Pública, donde la mujer tiene reservado un papel tan fundamental.

Destaco este hecho porque doña María Eva Duarte de Perón ha llegado a ser, por sus propios méritos, el arquetipo de la mujer argentina, su expresión más genuina y su abanderada. Es ella la que encabeza en nuestro país la cruzada por los derechos políticos de la mujer y aun le roba tiempo a su reposo para tomar un puesto de lucha a nuestro lado, en la gran campaña por la salud del pueblo.

Curso básico de la Escuela Modelo

Este curso acelerado será la base de la futura “Escuela Modelo de Enfermeras de Salud Pública” destinada a cooperar con las escuelas privadas de enfermeras que ya existen y que deben ser agrandadas y ayudadas, facilitándoles equipos de instructoras, lo mismo que a los hospitales de todo el país, para perfeccionar a las enfermeras empíricas que hoy sirven en ellos, supliendo difícilmente la falta de formación técnica con su buena voluntad y empeño.

El acto de hoy marca la iniciación de un plan que debe cumplirse, como el plan general del Gobierno, en cinco años, para dotar al país de las enfermeras capacitadas que necesita y que no tiene. Nuestro atraso en este sentido nos singulariza lamentablemente en el concierto de las naciones. El Gobierno del general Perón se ha propuesto remediar este déficit, en cantidad y calidad, de los elementos profesionales de la medicina.

En 1910, EEUU tenía 32.000 *nurses* y, en 1920, 150.000, es decir, en esta última fecha una *nurse* por cada 700 habitantes, y actualmente su número llega a cerca de 450.000 entre enfermeras y visitadoras.

Nosotros, para guardar proporción con el gran país del Norte, deberíamos tener 45.000 enfermeras, pero solo disponemos de 8.000, la mayor parte sin título y sin la seria y metódica preparación científica de la enfermera americana o europea. El país necesita contar con tres o cuatro enfermeras por cada médico, incluidas visitadoras de higiene, visitadoras sociales, investigadoras sociales y las demás visitadoras especializadas, las de higiene mental, las de higiene escolar, las enfermeras industriales, las de maternidad e infancia, las de fisiología, etc.

Canadá, con 10 millones de habitantes en 1937, disponía de 60.000 enfermeras y visitadoras, lo que demuestra cómo dicho país —y otros que sería engorroso mencionar—, están enormemente más avanzados que el nuestro en esta materia.

La formación de enfermeras

En los países más adelantados se tiende a multiplicar las escuelas de enfermeras y a formar no solo la enfermera asistencial en sus diversas ramas, sino la enfermera social, la enfermera de salud pública, y todas las especializaciones propias de cada rama de la medicina, de la higiene o de profilaxis. Pero todo eso, por ahora, sería excesivo para nuestro país, donde ni siquiera hemos dignificado culturalmente a la enfermera asistencial, que se desempeña con más buena voluntad que conocimientos. Tenemos aún gran cantidad de visitadoras de higiene, visitadoras sociales o biotipólogas desempeñándose en tareas de oficina o en otras funciones completamente ajenas a su especialización.

Mientras los países más atrasados tienen algunos centenares de escuelas de enfermeras y EEUU tiene miles, nosotros solo contamos, en todo el país, con 31 escuelas de samaritanas, 19 de enfermeras y 2 de enfermeros, todas ellas debido a la iniciativa privada, y que adolecen de grandes defectos, incluso la falta de enseñanza práctica por no estar anexas a hospitales. No obstante, estas escuelas deben ser estimuladas y apoyadas, cuidando solamente de que se desarrollen conforme a un plan orgánico y uniforme, que las adapte a las necesidades del país.

La acción del médico y de la enfermera

En el año 1917, en un informe oficial del Estado Mayor americano se informaba que “sin un buen servicio de enfermería las guerras serían grandes desastres humanos”. Podemos afirmar nosotros que también en la paz, la asistencia de los enfermos es un desastre si no se cuenta con un buen servicio de enfermeras y de visitadoras, porque el cuidado inmediato, primario —diríamos— a cargo de la enfermera y la vigilancia secundaria a cargo de la visitadora, es tan trascendental como las directivas o indicaciones técnicas del médico. Por otra parte, este solo puede actuar eficazmente, y con toda su inteligencia, si está rodeado de colaboradores capaces de aligerarlo en la tarea material de ejecución de las instrucciones. La acción del médico frente al enfermo es de síntesis, de orden y de coordinación; la del enfermero o enfermera es analítica y de ejecución. La eficiencia de un hospital depende, pues, principalmente de su cuerpo de enfermeras.

Al inaugurar el curso de enfermeras graduadas bajo los auspicios del señor presidente de la nación y con la presencia de su digna esposa, hago votos para que las futuras instructoras de Salud Pública sean las mejores colaboradoras de la obra de gobierno, las esforzadas avanzadas de la gran campaña que llevará adelante la Secretaría de Salud Pública, en defensa de la salud de la población, en especial de las clases necesitadas, a las cuales el general Perón les consagra todos sus afanes. No será solo una campaña contra las enfermedades, sino también y principalmente por la preservación de la salud, contra el hambre, contra la ignorancia y contra la imprevisión.

Para todos ha sido un alto honor la presencia de la señora de Perón en esta sala, y este día memorable para los que estamos aquí congregados, será también un

estímulo para las futuras instructoras de enfermeras, que tomarán ejemplo en su patriotismo y en su incansable celo para incorporar a la mujer argentina a la gran empresa de construir una patria sana y fuerte.

Entrega de 2.400 nombramientos de médicos con el sueldo mínimo¹



El presidente Juan Domingo Perón y Ramón Carrillo en un acto de entrega de nombramientos a médicos en el Hospital Nacional de Salud Pública. 4 de marzo de 1947.

Fuente: Archivo General de la Nación.

Por segunda vez, el excelentísimo señor presidente de la nación, concurre a un hospital dependiente de la Secretaría de Salud Pública.

La primera visita fue al Hospicio de las Mercedes, donde estuvo durante toda una mañana, y como consecuencia de esa visita, aquel Hospicio, que era una vergüenza para el país, está transformándose en un establecimiento que será, dentro de pocos meses, un modelo en su género.

¹El 4 de marzo de 1947, con motivo de la entrega de nombramientos a 2.400 médicos en el Hospital Nacional Central.

Esta visita del señor presidente y de su digna esposa al Hospital Nacional Central, no será menos fecunda que aquella, aunque en esta oportunidad su propósito no sea el de visitarlo, sino simplemente hacer entrega de sus nombramientos a dos mil cuatrocientos médicos que se incorporan como funcionarios de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, con el sueldo mínimo de \$375.

Con este numeroso grupo, llegan a cinco mil cuatrocientos los colegas beneficiados con el sueldo mínimo, por lo cual podemos afirmar que el general Perón ha cumplido con creces el compromiso que contrajo en el año 1944, ante una numerosa asamblea de profesionales, que lo escucharon entre descreídos y vagamente esperanzados.

Honra con su presencia este acto simbólico la señora de Perón, quien con su exquisita sensibilidad femenina, comprende profundamente los problemas sociales y en especial, aquellos que se relacionan con el dolor de los humildes y de los enfermos, y os puedo asegurar, que no pasa un día sin que ella, personalmente, *con emocionante cariño*, no llegue a la Secretaría de Salud Pública para interesarse por la salud de niños o de obreros enfermos, misión con la cual honra, cristianamente, su título de primera samaritana argentina.

Hago votos para que esta visita del excelentísimo señor presidente de la nación — creador de una auténtica política social argentina—, con la cual ningún médico puede dejar de coincidir, sea para todos un compromiso de colaboración entusiasta y de sincero acercamiento espiritual del gremio médico con las ideas del general Perón.

¡Cómo podemos los médicos dejar de ser peronistas, si el presidente de la nación ha proclamado a la faz del mundo, el derecho del pueblo a la preservación de su salud!

¡Cómo podemos dejar de coincidir con él, si al definir el *bienestar del pueblo*, lo define con los tres elementos clásicos de la higiene, es decir, la alimentación, el vestido y la vivienda higiénica!

¡Cómo podemos dejar de coincidir con él, si al definir la *seguridad social*, enuncia los principios doctrinarios con que siempre los grandes médicos y sociólogos han fundamentado el seguro social de la salud!

Los fundamentos de la medicina constitucional y de la biotipología¹

Mis primeras palabras serán de recuerdo al doctor Arturo R. Rossi, a cuya iniciativa se debe que nuestro país cuente con un organismo docente como aun no disponen otros países, considerados rectores en la organización médica y social. Nunca será suficientemente lamentada su prematura desaparición, pues, estaba el doctor Rossi en condiciones de perfeccionar su obra y adaptarla a la exigencia técnica de los tiempos que vivimos que son de constante cambio, reformismo y mutaciones.

Sean también estas palabras de homenaje a sus más inmediatos colaboradores con los cuales el doctor Rossi fundó la Escuela Argentina de Biotipología, que nos exhibe ante propios y extraños como muy adelantados en esta materia. Si grato es hacer público este homenaje a los hombres que abordaron los estudios sobre medicina constitucional en nuestro país, más placentero lo es hacerlo en una escuela hija de la revolución del 4 de junio, pues fue una de sus primeras creaciones. Su malogrado director y las autoridades que dieron forma a la idea, eran todos hombres que acompañaban al general Perón en su deseo de estructurar una patria grande, fuerte y libre.

La medicina constitucional fue, en el pasado, un capítulo de la patología constitucional que consideraba la enfermedad como hecho fatal e inevitable, con un componente individual y congénito, inalcanzable e incontrolable por la terapéutica, la cual nunca podía accionar sobre ese componente congénito, que era el cimiento de todos los males. Esa medicina constitucional, de síndromes preformados, es la que aprendimos en nuestra Facultad de Medicina y nuestra actitud psicológica frente a la constitución patoplástica, a la predisposición, en términos más sencillos, fue la resignación o un suave encoger de hombros.

Base de la doctrina de la biotipología médica

La medicina preventiva como ciencia de la posguerra de 1918, destacó la posibilidad de que los cuadros constitucionales pudieran ser modificados, siempre que se los atacara en una edad en la cual la acción médica es eficaz y a veces decisiva. Este es el planteo y la base doctrinaria de la biotipología médica y en ese sentido el Instituto tiene una tarea amplia que cumplir y rumbos precisos, que forzosamente nos llevarán a resultados fecundos.

¹Conferencia pronunciada en la inauguración de los cursos el 1 de abril de 1947 en la Escuela de Biotipología.

Las estadísticas demuestran que el componente constitucional, es decir, el terreno, influye decisivamente en la salud y en la enfermedad. Por ejemplo, en los exámenes de salud practicados en la Caja Ferroviaria, tomando tres mil aspirantes a un seguro de vida, sanos subjetiva y objetivamente, se encuentra un 14 por mil de obesos de tipo constitucional; un 10 por mil de glucosúricos, y un 3,3 por mil de diabéticos. Por deducción, sobre los tres millones de empleados y obreros argentinos, actualmente afiliados a las cajas, tendremos 42 mil obesos, 10 mil diabéticos y 30 mil glucosúricos, que bajo la influencia de un factor concurrente cualquiera se deslizarán inexorablemente en el campo de la invalidez prematura.

En el Servicio de Medicina Preventiva del Profesor Jorge en el hospital Durand, tomando una población joven entre 18 y 35 años, se descubrió un 10% de desnutridos; un 8% afectos de disendocrinias y un 4% de descalcificaciones, cuadros ligados a un estado constitucional.

Son también interesantes las cifras obtenidas en el reclutamiento del Ejército Argentino de la clase incorporada en el año 1942, en el cual encuentran que del total de examinados, el 15,3% tienen debilidad constitucional; el 2,8 % falta de talla, peso o perímetro torácico; un 5,2 % enfermedades constitucionales de los órganos locomotores, etc. Siendo la conscripción de aquel año de 150 mil hombres quiere decir que, por la primera causa se han rechazado a 22.500 argentinos de 20 años de edad; por la segunda a 4.500; y por la tercera 7.500. Solo esas tres causas de tipo constitucional han obligado al rechazo de 34.500 argentinos que cargan con una deficiencia orgánica que puede y debe ser subsanada.

En EEUU, país más adelantado que el nuestro en materia sanitaria, se realizó en el año 1936 un censo juvenil, donde se establecieron los índices de deficiencias congénitas, constitucionales o de terreno. Si aplicamos, con fines ilustrativos, esos índices a nuestro país, suponiendo que nosotros estuviéramos en iguales condiciones que ellos —cosa discutible— resulta que entre 4.500.000 argentinos de 0 a 20 años, tenemos 600 mil desnutridos; 60 mil obesos; 45 mil débiles mentales, y 67 mil con graves trastornos del carácter. En edades entre 14 y 17 años que comprende un millón de argentinos, tenemos 196 mil desnutridos; 18 mil obesos; 32 mil con francos trastornos carenciales; 55 mil con obstrucciones nasales y 48 mil con amígdalas hipertróficas o infectadas.

Evito repetir otras cifras para no recargar esta sencilla clase inaugural. Las cifras enunciadas bastan para advertir, aun a los más despreocupados sobre el tema, que estamos frente a uno de los más graves y revolucionarios capítulos de la medicina, el cual al superar el problema individual avanza sobre la medicina social, que es la que nos interesa principalmente como hombres de Estado.

La profilaxis de la medicina constitucional

Desgraciadamente, solo ahora comienza a hacerse camino en nuestro país el concepto de la profilaxis en medicina constitucional. Mientras la acción pública se dirige casi exclusivamente a luchar contra las enfermedades, era evidente que el

problema de la salud colectiva, y la “salud de los sanos” (permítasenos la paradoja) se oscurecía de tal manera que el árbol no permitía ver el bosque. El concepto de profilaxis aplicado a las enfermedades epidémicas, es accesible y fácil, aparte de que en el dominio de lo práctico permitía combatir con un común denominador todas las enfermedades infectocontagiosas que representaban, a principio de este siglo el 60% de las causas de muerte. Por eso la lucha contra el terreno, contra el biotipo somático o psíquico fue olvidada. Pero a pesar de eso en patología infecciosa, se señaló la importancia del terreno constitucional a punto de que el mismo *Koch* dijera que “el bacilo era lo menos, y el terreno era lo más”; y que a su turno el maestro Sargent afirmara, que “el grano de trigo cayendo sobre una roca, no fructifica”. En Patología de la Tuberculosis enseñaban los viejos médicos la importancia del hábito veneciano, destacando así el valor del terreno en la germinación de la tuberculosis. Pero cuando el progreso de las ciencias médicas y de la civilización reducen las enfermedades endoepidémicas a cifras que apenas llegan al 5% del total de las causas de muerte (si excluimos la tuberculosis en la cual el factor individual y social tienen un papel preponderante) se impone esta verdad que es poco discutible: “que las enfermedades son ficciones, y lo real son los enfermos”. Con esta idea por delante —y en el estado actual de nuestros conocimientos— es posible afirmar que el médico tiene elementos para oponerse a lo que en otro tiempo se conceptuaba como una fatalidad, tales las tendencias mórbidas constitucionales. Basta hojear los libros de higiene de mediados del siglo pasado, como la obra de *Levy* en Francia, para descubrir afirmaciones actualmente falsas, como la de que ciertas enfermedades obedecen a causas constitucionales que están fuera de las manos del médico el poder yugularlas, y que deben ser respetadas como una segunda naturaleza. Con esto se ponía un obstáculo conceptual al avance de la acción médica; todo por tomar los cuadros biotipológicos como algo irreversible e irremediable. No hacían sino repetir a través de los siglos las afirmaciones que Hipócrates enunciara en los albores de la medicina.

La misma higiene se sustrajo a estos estudios porque tenía frente a ella problemas más arduos y más urgentes. La patología infecciosa dominaba con sus cuadros pestilenciales y terroríficos la mente de la humanidad y ello ocurría hasta mucho tiempo después de muerto Pasteur. La era de la lucha bacteriológica llega hasta principios de la guerra de 1914 en que el desarrollo de las vacunas y los sueros desdibujó la presencia terrorífica de las infecciones, las cuales con el advenimiento reciente de los antibióticos han quedado reducidas casi a un recuerdo del pasado. El higienista fue superado por el hombre de laboratorio, destacándose una pléyade de higienistas-epidemiólogos que marcan una era en nuestra facultad con el ilustre maestro Manuel V. Carbonell a la cabeza.

La reconstrucción sanitaria por la medicina social

La guerra de 1914 y la posguerra de 1918 nos deja como beneficio —entre tantos dolores— el planteo y el programa de reconstrucción sanitaria por medio de la medicina social y se olvida un poco al hombre de laboratorio para pasar el higienista

a ser un hombre de Estado. Son entonces las leyes el material que maneja la higiene. Se vuelven elementos primordiales de lucha por la preservación de la salud, la mejora de la vivienda; la mejora de los salarios; el acortamiento de las jornadas de trabajo; la higiene de los establecimientos industriales; las leyes de jubilación; los subsidios de tipo social como los de maternidad, parto, ancianidad; las obras de Servicio Social, extendidas a la industria, al hospital, a la maternidad, a todos los ambientes de la vida cívica de los asalariados.

Esta era de la higiene culmina con el Gobierno del general Perón, que desde la Secretaría de Trabajo y Previsión ha tocado y resuelto casi todos los problemas señalados por los higienistas como causas indirectas de enfermedad y que son los antes mencionados; y los ha tocado a fondo mediante una legislación social prácticamente exhaustiva y un programa de reactivación económica realmente gigantesca.

La medicina preventiva

Llegamos de esta manera a la higiene de nuestros días encarnada en la Medicina Preventiva y que la inicia en forma concreta también el general Perón. La Medicina Preventiva orienta su acción hacia el individuo investigando las enfermedades portables en salud y, sobre todo, las de tendencia crónica y degenerativas.

No puede quedar de lado en esta evolución la medicina constitucional o biotipológica que, como hemos visto, por las cifras debe afrontar uno de los grandes problemas que afectan la salud pública, y que, felizmente está en manos del Estado modificarlo con la colaboración inteligente de los médicos.

¿Hasta qué punto puede la medicina preventiva gravitar sobre estos cuadros que constituyen el sustratum sobre el cual ha de afianzarse toda la patología? Es lo que importa señalar a los fines de fijar la futura acción médica de este Instituto.

Los estudios de biometría nos permiten ver claro en la materia. La demografía nos señala las líneas de tendencias de todas las edades y nos permite apreciar detalles estadísticos que orientan entre los factores intrínsecos reguladores del estado de salud de la población.

Los progresos de la medicina y la longevidad

La demografía nos indica la caída franca de la mortalidad general. Lo mismo ocurre con la mortalidad infantil, con la mortalidad tuberculosa, con la mortalidad por enfermedades infecciosas, etc. Traducido ello en tablas de supervivencia advertimos que, a principio de este siglo, el hombre al nacer tenía 42 años de vida probable, y que ese límite se extiende a 65 en nuestros días, es decir que los que nacen en esta época han ganado 23 años de longevidad debido a los progresos de la medicina y de la higiene.

Traducidos estos adelantos en tablas biométricas por grupos de edades, llegamos a esta otra verdad: que entre 0 y 1 año, el descenso de la mortalidad infantil

que era en 1900 de 200 por mil, baja en la ciudad de Buenos Aires en 1947 a 45; y si vamos subiendo de 5 en 5 años hasta edades de 40, nos encontramos que las generaciones superiores a 40 años no se han beneficiado, demográficamente, en ese lapso de 50 años.

Parecerá raro lo que voy a decir: en el año 1500, el médico de entonces, al recibirse, tenía un promedio de 32 años de vida probable; y en nuestros días, a pesar de los cuatro siglos de civilización, la vida probable para el médico es la misma. No se ha variado. ¿Quiere esto decir que las normas de la higiene no tienen influencia en esas edades? Felizmente, sí la tiene, cuando se actúa individualmente, por medio de la medicina preventiva.

La gran experiencia realizada por la Compañía de Seguros de Vida Metropolitana, de Nueva York, sobre 18 millones de tenedores de pólizas permiten afirmar que la geriatría es hoy un capítulo trascendental de la higiene, siempre que sea abordado con el criterio de la medicina preventiva, vale decir individual.

Se deduce una tercera verdad de los estudios de biometría aplicada a la patología. Es la siguiente: hay enfermedades de tipo reversibles y hay enfermedades de tipo irreversibles como son las degenerativas. Las diabetes, las nefrosis, las miocarditis, la arterioesclerosis, el reumatismo crónico, la hipertensión arterial, etc., son difícilmente modificables cuando se las toma con sus síntomas sólidamente afianzados. Pero atacadas en su faz inicial y, sobre todo, en sus causas, cuando estas son individualizables pueden evitarse las consecuencias. El gran descubrimiento de la medicina del seguro de vida ha sido justamente el demostrar, que toda esa patología fatalista es prevenible tanto como las enfermedades infecciosas, si son precozmente localizados los enfermos y sometidos al tratamiento que corresponda.

La medicina constitucional o biotipológica asienta sus grandes cuadros clínicos en varios conceptos viejos, pero que tienen nueva vigencia: por un lado, los hábitos, o sea la conformación constitucional; por otro lado, los temperamentos, o sea la constitución dinámica humoral; por otro, el *carácter*, o sea la constitución psíquica; y por las diátesis, o sea las tendencias mórbidas. Os pido disculpas por usar la nomenclatura médica casi secular, con preferencia a los neologismos de nuestro tiempo, porque considero que no expresan más de lo que dijeron los fundadores remotos de la medicina. Esto no quiere decir que en los últimos cincuenta años no se hayan hecho más progresos en la medicina, que en todos los siglos anteriores de la existencia humana.

Extensión de la profilaxis biotipológicas

Estos cuatro aspectos médicos de la constitución pueden hasta cierto punto ser controlados científicamente, si se los enfrenta en la edad de formación del sujeto, y en especial en la pubertad. La profilaxis biotipológica puede extenderse a todos los aspectos posibles. Los hábitos constitucionales pueden no ser totalmente modificados, pero es evidente que un hábito asténico, veneciano, obeso, etc., puede mediante un tratamiento higiénico ponerse en condiciones de vida y de trabajo

excelentes, evitando que actúen sobre él —como en círculo vicioso— el ambiente y las costumbres.

Las *constituciones psicopáticas*, o sean los temperamentos psicológicos, también son susceptibles de una profilaxis. Los temperamentos tiroideos, hipocondríacos, neurasténicos, histéricos, eróticos, e incluso las constituciones emotivas, esquizoides, paranoicas, perversas o ciclotímicas, son pasibles de un adecuado ordenamiento higiénico y puede evitarse su traslación más allá de la frontera gris de la salud mental.

Todos los *temperamentos endocrinos* también son sensibles a la acción de la higiene con solo manejar la hormonoterapia, los regímenes alimenticios, el oficio, la actividad. Los temperamentos, determinados por deficiencias del funcionamiento de la tiroides y de los ovarios, han sido modificados brillantemente por una acción médico-científica y metódica.

Los *temperamentos patológicos*, o sean las diátesis, pueden ser modificados, siempre que se actúe tempranamente con la terapéutica o con la higiene.

Insisto constantemente en estos conceptos para advertir y consubstanciar al médico con ellos, y espero que estas ideas formen parte definitiva en los postulados de la sanidad nacional.

Postulados para la sanidad nacional

De lo dicho llegamos a esta gran verdad: 1) que la constitución orgánica y funcional de los individuos no es algo invariable; 2) que la biotipología como ciencia de la personalidad no puede ser una simple descripción de cuadros clínicos preformados; 3) que la biotipología debe considerarse a los fines prácticos, una rama de la higiene; 4) que casi toda la patología del primer año de la vida humana tiene como fundamento el estado constitucional del recién nacido; 5) que la eugenesia como ciencia de la procreación, se debe convertir en la verdadera higiene sexual de nuestros tiempos; 6) que si bien la constitución es una segunda naturaleza, ella puede y debe entrar en las normas de la higiene.

En el curso de este año se estudiará un total cambio de orientación del Instituto, sobre las siguientes bases:

- a. El Instituto de Biotipología será un centro de doble carácter: de investigación y de docencia.
- b. Reforma de los programas de enseñanza, con objeto de acentuar los conocimientos prácticos del personal técnico que aquí se forma.
- c. Los egresados deberán tener menos conocimientos teóricos y más conocimientos de aplicación inmediata a las necesidades de la salud pública.
- d. La organización futura del Instituto debe ser el núcleo inicial de la futura Escuela de Servicios Auxiliares de Salud Pública, donde se preparará el personal idóneo de instructores, visitadoras, investigadoras sociales, enfermeras del hogar, etc., y que se percibe como una necesidad impostergable.

La profesión de biotipólogo

La orientación actual ha llevado a la formación de unos 500 egresados que no tienen destino útil ni práctico dentro de las necesidades del país, debido quizás al exceso de cientificismo académico. La profesión de biotipólogo no puede ser una profesión por ahora, pero sí es en cambio una excelente base para formar ulteriormente con los egresados, grandes y muy competentes auxiliares de la acción sanitaria, en su aspecto médico, social, bioestadístico o de la investigación científica.

Pero para ello se requerirá completar en un curso intensivo de seis meses en la Escuela Superior Técnica de Salud Pública, la preparación original de los biotipólogos, ya egresados, a fin de capacitarlos para la acción sanitaria concreta, de acuerdo con las necesidades de la Secretaría de Salud Pública.

Pero para evitar esta aparente falta de utilidad inmediata de los biotipólogos, en el futuro será necesario que el mismo Instituto, en el último año de estudios, organice la formación especializada de los oficiales sanitarios para las diversas disciplinas médico-sociales, que reclama la nueva orientación de la lucha contra las enfermedades y el cumplimiento de ese derecho proclamado por el general Perón con el nombre de derecho a la preservación de la salud.

Con respecto al programa de investigaciones científicas, creo haber adelantado claramente cuál puede ser la función del Instituto vinculándolo a los problemas concretos de la medicina y la higiene constitucional, y la relación de esta con los procedimientos prácticos de la medicina preventiva.

La más trascendente de las ciencias

Aspiro también a que el Instituto, desde el punto de vista de la investigación, sea un centro de estudios sobre el hombre, puesto que la ciencia del hombre, en su aspecto somático y psíquico, es la más trascendente de todas las ciencias —sin embargo, la más olvidada—, porque el análisis de cada laboratorio especializado nos aleja cada vez más de la síntesis, y *el hombre no es más que una síntesis de su pasado, y que lleva en el presente todos los gérmenes del futuro.*

Por eso en las instituciones, como en la filiación biológica, todos los hombres estamos ligados a los que nos preceden o nos engendraron y a los que nos siguen como sucesores o como descendientes en la línea genealógica.

Las transformaciones sociales del mundo nos obligan a profundizar el conocimiento del hombre, para llevarlo más allá de la simple y primaria consideración de tipo antropológico. La antropología es insuficiente y no puede brindarnos un conocimiento integral, es decir del hombre en su totalidad. Para ese tipo de estudios los médicos son quizás los más preparados, y con ayuda de otros técnicos de visión más filosófica, podrían afrontar la síntesis que supone la tarea de coordinación de conocimientos sobre el hombre como cuerpo humano, dotado de funciones fisiológicas y como conciencia operante a través de sus más altas especulaciones intelectuales, afectivas, morales o místicas y de su acción en el arte, en la ciencia o en la vida social.

Corresponderá plantear el estudio de los potenciales de vida y de salud recogiendo la gran experiencia de la medicina, los problemas de la longevidad y el rejuvenecimiento, la vida aparente y la vida real, el tiempo interior fisiológico y el tiempo interior psicológico, de que nos habla Alexis Carrel; correspondería también a este Instituto el examen de las funciones de adaptación del individuo a su medio interno y al medio externo, cuyas leyes han buscado con pasión tantos biólogos, a lo largo de la escala zoológica, olvidando de ocuparse con preferencia de las adaptaciones del ser humano, infinitamente más complejas y maravillosas.

Sobre la base de investigaciones acerca de la salud del hombre, de los factores de su comportamiento y conducta social, sobre sus inclinaciones o predisposiciones constitucionales, sobre su educación y los componentes mesológicos, estaríamos en condiciones de afrontar los grandes problemas colectivos y proporcionar alguna respuesta —o una solución— a tantos interrogantes que nos plantea el destino de los hombres y de los pueblos.

“Instituto Argentino del Hombre”

Y si hubiéramos de cambiar el nombre a este instituto lo llamaríamos —si la jerarquía de sus investigaciones así nos autorizara— el “Instituto Argentino del Hombre”, para cumplir el sueño de Nicola Pende, creador de la biotipología y que ha renacido en nuestra patria gracias al espíritu selecto del doctor Rossi, digno discípulo del insigne maestro italiano.

Con una línea de estudios sobre el hombre —con el objeto de reunir e investigar los progresos de la higiene, de la medicina social, de la medicina constitucional, de la eugenesia y de la estadística; y sumar todo ello a las conquistas de los fisiólogos, de los “behavioristas”, de los fisicoquímicos, de los psicólogos, de los endocrinólogos, de los educadores, de los investigadores o trabajadores sociales, de los inmunólogos, de los filósofos, de los sacerdotes, de los sociólogos y de los economistas—, quizás podríamos integrar una ciencia activa y productiva, que sería algo más que la biotipología: sería la verdadera ciencia del hombre, ahora dispersa por todos los campos del conocimiento humano, como piezas perdidas de un rompecabezas, ciencia que nadie posee en conjunto, ni siquiera en sus líneas generales.

Estos estudios, si se realizan con seriedad y de acuerdo a las leyes terminantes de la investigación científica, serían de utilidad incalculable para el hombre de Estado, que tendría allí una fuente de información selecta, de inapreciable valor, pues solo sobre esas fuentes humanas y directas se puede programar el desarrollo de una cultura y una civilización adecuada al hombre y, en nuestro país, compatible con la física y la dinámica del hombre argentino.

Doctrina peronista del bienestar social y de la salud del pueblo¹

Desde antes de la guerra el mundo vive una revolución económica, política y social, de la que tiene que surgir la transformación de los pueblos, sea sobre la base del espíritu de sacrificio, o sobre las tendencias del egoísmo, según lleguen a predominar las fuerzas del bien para beneficio de todos, o las que explotan al hombre en exclusivo provecho de los fuertes.

Plantear el problema en estos términos es urgir a los seres de buena voluntad para que se alisten en las filas de la solidaridad humana, dispuestos a adelantarse en el camino del perfeccionamiento. Si lo hacen habrán cumplido con un deber humano. Solo por esa vía, por la solidaridad humana, se puede realizar algo grande y hermoso, con el acento propio del desinterés y del espíritu de colaboración; solo por esa vía se conquistará el bienestar social, como el destino ha querido que ocurra en la República Argentina, donde estos trascendentales problemas han sido planteados y resueltos en sus diversos aspectos, ya que aquí entendemos que la vida humana es el mayor bien espiritual y económico de la nación.

Perón, creador de la doctrina

Una figura excepcional en la historia de nuestra República, el general Perón, ha sido el creador de la doctrina y de la fuerza ejecutora de estas transformaciones, animado por el mismo fuego sagrado de los fundadores de la nacionalidad.

Su obra ha deslumbrado al país y asombrado a América por el acierto de sus planes y los resultados obtenidos mediante la inteligente orientación de las fuerzas sociales y de la fe que sus compatriotas pusieron en su esfuerzo.

No corresponde estudiar en estos párrafos ninguna otra de las distintas fases de la múltiple personalidad del general Perón, que no sea aquella relacionada con el bienestar social o “bienestar general”, como dice el preámbulo de la Constitución Argentina. Por eso dejaré de lado otros aspectos de la obra de este gran argentino que enseña al país que la vida es acción.

En la Declaración de los Derechos del Trabajador, enunciada por él, se encuentran, entre otros, tres aspectos del bienestar general de los individuos que como “atributos naturales inalienables e imprescindibles de la personalidad humana” no es posible desconocer:

¹Trabajo escrito para Yapeyú: Revista Continental N° 55, de junio de 1947.

- a. El derecho a la preservación de la salud.
- b. El derecho al bienestar.
- c. El derecho a la seguridad social.

Estos tres postulados de los diez derechos del general Perón tienen una importancia fundamental, pues son el más alto exponente del espíritu de solidaridad humana. Es indudable que todo plan de preservación de la salud, de defensa sanitaria, de ayuda higiénica o de seguridad social es por sí mismo y por sus alcances, generoso y desinteresado, ya que el estadista lo realiza sin esperanza de recoger frutos, ni tener por su obra otra satisfacción que la de haber hecho el bien por el bien mismo.

La acción sanitaria mira al futuro

Por esto los políticos profesionales han desempeñado la acción sanitaria y se han desentendido de la preservación higiénica, cuyos beneficios solo han de verse reflejados en el bienestar de las futuras generaciones. La preservación de la salud supone una tarea oscura y abnegada que no se traduce de inmediato en votos ni permite ganar elecciones. No podía interesar, pues, a los políticos. Nuestro pueblo consignó en su propia Constitución los elementos precisos para facilitar esta acción generosa, comenzando por abrir de par en par las puertas de su territorio para que en él puedan vivir, libremente, todos los hombres del mundo que quieran habitar el suelo argentino, y propiciando como fin supremo del Estado el bienestar general, para nosotros, para nuestros hijos y para sus descendientes.

Con disposiciones de esta naturaleza nuestro país se anticipó en muchas décadas a los sucesos del mundo, como si hubiese previsto el final de la época que ahora presenciamos, y el nacimiento de la nueva, que nos encuentra en plena acción civilizadora, como protagonistas del movimiento histórico que encabeza el conductor más sensible y humano de los tiempos presentes: el general Perón, quien ha entregado al pueblo lo que la rutina de los siglos le negaba, codificándolo en las tablas de la ley criolla que él escribió con el título de los Derechos del Trabajador.

Dos grandes fuerzas luchan en el mundo

No es posible desconocer que tanto en la Argentina como en el resto del mundo luchan dos grandes fuerzas: las de la desintegración por el egoísmo y las de la recomposición por la solidaridad. Si triunfasen las primeras, el resultado sería el caos. En cambio, del predominio de las segundas puede surgir una nueva sociedad afianzada sobre los principios orgánicos que se encuentran en cada una de las corrientes de opinión que se han disputado el mayor ascendiente en los distintos pueblos, es decir:

- a. Sobre la base capitalista.
- b. Sobre la base comunista.

- c. Sobre la base nazi fascista.
- d. Sobre una base democrática, nombre con el que se podría encubrir cualquiera de las formas de opinión ya citadas.
- e. Sobre una base peronista, de auténtica democracia popular, que no es fascista, ni comunista, ni capitalista, sino simplemente republicana, democrática y humana, tal cual la ha proclamado esta nueva doctrina que es ya una concepción política, jurídica, económica y social fundada en el fecundo equilibrio de los distintos grupos sociales de la nación.

Hasta el presente, se ha considerado al hombre en cuantos aspectos es posible hacerlo, excepto en el fundamental que le consagra el peronismo: el de ser humano no explotable, ni por el Estado, ni por el capital, ni por el trabajo organizado para la dictadura del proletariado, es decir, del comunismo.

La Revolución francesa sancionó los derechos políticos, las libertades de pensar, de opinar, de reunirse, etc., es decir, ratificó la concepción del *hombre como ente político*.

La Revolución industrial lo llevó a conquistar sus derechos económicos, y la facultad de ganar dinero y de invertirlo con plena libertad, supeditando todo al *hombre como ente económico*.

La Revolución rusa, y la nacional-socialista suprimieron todas las libertades para reemplazarlas por el poder de la colectividad dentro de una sola clase social o en el Estado mismo, es decir, considerando al *hombre como ente social*.

El hombre como ente humano

El peronismo, respetando al hombre como ente político, como ente económico y como ente social, ha impuesto la concepción racional del *hombre como ente humano*, es decir, como ser que vive, siente, goza, sufre, lucha, se alimenta, se reproduce, necesitando para todo esto del inalienable derecho de trabajar con dignidad, como lo preconiza el decálogo establecido por el peronismo cuyo cumplimiento significa la solución de los problemas que pudiera plantearle la vida.

No es posible suponer la existencia de una doctrina más racionalmente humana y respetable como lo es la instituida por esta concepción peronista, que concilia al hombre con la realidad de los mil y mil problemas, grandes y pequeños, sublimes y modestos, extraordinarios o insignificantes presentados por el diario acontecer, solucionándolos con la suprema dignidad que da el trabajo, al cual el hombre tiene acceso, por derecho propio que ningún poder le puede desconocer.

Esta doctrina en el aspecto de la salud pública alcanza proyecciones trascendentales para el porvenir del país, porque de nada le valdrían a este sus portentosos adelantos materiales de los cuales con justo regocijo nos enorgullecemos, si por el optimismo que produce la riqueza descuidáramos las preocupaciones que deben producirnos los problemas de seguridad social, del bienestar colectivo y de la preservación de la salud.

El peronismo resolvió el problema

El peronismo desde un principio abordó el problema en forma integral, y le dio solución creando en primer término la Secretaría de Salud Pública de la Nación con jerarquía de ministerio, como entidad eficiente, prestigiosa, ejecutiva y provista sin limitaciones de todo el personal y elementos indispensables para desarrollar una acción concordante con las necesidades que le corresponde atender y remediar, por medio de soluciones que solo son posibles cuando se aprovechan y distribuyen racionalmente y con la amplitud que corresponde los recursos técnicos, económicos y administrativos de que dispone la nación.

El principal aspecto de este programa es la atención de las necesidades de aquel sector de la población que por dificultades económicas no se halla en condiciones de obtener la atención médica profesional que le es indispensable, ni adquirir los remedios indicados para su curación.

Infortunadamente, este sector de nuestro pueblo lo constituye la mayoría de los habitantes del país, como con decepcionada franqueza, pero con su característica disposición para afrontar las situaciones graves y remediarlas lo reconoció el jefe del Estado, en diversas oportunidades.

Nada significarían en la realidad las numerosas obras públicas, carreteras, trabajos de fomento industrial, canales de irrigación, intensificación de cultivos y de estímulos a la producción, ni los titánicos esfuerzos para extraer del seno casi inviolable de la tierra su riqueza de hidrocarburos, de combustibles sólidos y de valiosos metales allí acumulados a través de las edades geológicas, si descuidáramos, alucinados por el optimismo que producen tan grandes tesoros, la atención de la salud, el saneamiento de nuestras ciudades y el mejoramiento sanitario de las diversas zonas del país, encauzando las enseñanzas del saber universal para el bienestar de nuestros conciudadanos.

Se quiere que el pueblo cumpla su destino

Para no incurrir en ese error hemos asumido la tarea de preparar a nuestro pueblo, poniéndolo en condiciones de cumplir el destino que le impone su tradición, la fecundidad del suelo patrio y los progresos de nuestras instituciones políticas, unidos al hecho de constituir la Argentina una de las reservas de la humanidad, por su cultura y sus fecundas y generosas concepciones de la vida, lo mismo que por su tradicional respeto a los hombres y a los pueblos.

Es propósito del Gobierno responde ampliamente a su origen popular, dedicando sus preocupaciones a la protección de las masas, y planificando la acción médica preventiva y la asistencia social de manera que el problema colectivo de la salud pueda definirse con el viejo aforismo de que más vale prevenir que curar, lo cual es además sabia política económica, porque el capital humano, en la doctrina peronista, es lo que más interesa al Estado.

Los males creados por la imprevisión

Este, lógicamente, al abrir nuevos hospitales debe estar en condiciones de arbitrar los medios para que haya menor necesidad de ellos atacando los males en su comienzo, porque es innegable que la atención hospitalaria no es ningún beneficio especial en favor del individuo enfermo, sino un servicio público y una razonable reparación por los males que la imprevisión sanitaria o la simple vida en sociedad le hayan producido. Auténticos principios de equidad indican que no es posible negar las garantías de seguridad para la salud a los ciudadanos que contribuyen al engrandecimiento de la riqueza social, elemento decisivo de ayuda común, no solo para remediar la situación angustiosa del enfermo, sino principalmente para evitar que sea tal, defendiendo en cada persona a la sociedad entera, con todo el poder de la nación y en esfuerzo metódico y orgánico, que no por legal, conveniente o justo, deja de ser también bello exponente de solidaridad social, y hasta si se quiere, de alto espíritu de humanidad empenachado de idealismos que son para el país gérmenes de grandeza en una nueva vida preñada de esperanzas.

Conducir a la nación por las rutas de la preservación de la salud, y de la seguridad y del bienestar social, con el espíritu de cooperación altruista demostrado por el peronismo, equivale a trabajar con fervor místico por su grandeza, pues del vigor de su raza depende su condición de núcleo admirable de la civilización universal, en demanda de cuyos dones acuden los hombres de buena voluntad de todo el mundo y han de continuar viniendo las naves de todas las banderas, según lo dijo en bella frase el gran poeta peruano José Santos Chocano: “como si fingieran ser imploradoras manos, ahuecadas en el ruego, para recoger el trigo en que se multiplican los cinco panes del milagro evangélico”.

El pueblo no come lo suficiente

Esa obra resulta la más recomendable en los tiempos presentes, porque aunque sea doloroso repetirlo, no es ningún secreto que en esta tierra de la abundancia y de la prosperidad, un tercio de nuestro pueblo no come lo suficiente para vivir en salud, y sufre, si no del hambre aguda que asoló tantos pueblos, sí del hambre crónica, de la subalimentación, que debilita a las masas como si fuera una enfermedad endémica, lo que, por otra parte, si en estos momentos es un hecho normal en la Europa desolada, no debe serlo en nuestro país.

Las causas de tal situación, bien conocidas por cierto, son las que el Gobierno trata de reparar, educando a la población, dándole las nociones indispensables para que sepa alimentarse, facilitándole la acción higiénica, mejorándole la vivienda, y sobre todo combatiendo la pobreza, la carestía, los salarios de hambre y la explotación del hombre, todo lo cual es el objetivo, el norte hacia el que se dirigen nuestros esfuerzos, cuya ejecución los transforma en uno solo, el del bienestar del pueblo, de la misma manera que el poeta y apóstol de América, José Martí, hablando en sentido figurado decía con su palabra de luz que “todos los árboles de la tierra se concentran

en uno solo, predestinado a dar en lo eterno la más suave y esplendorosa aroma: el árbol del amor de tan robustas y copiosas ramas, que a su sombra se cobijan sonrientes y en paz todos los hombres”.

El lenguaje nuevo creado por Perón

El período de reconstrucción social que estamos afrontando es período de reconquista espiritual, bajo los ecos del verbo inflamado del animador infatigable de este movimiento: el general Perón. Su pensamiento y su acción han creado en el país un lenguaje nuevo en el que no existen ni la hipérbole, ni el engaño, ni la demagogia, sino la verdad pura, la que llama todo por sus nombres y da la medida exacta de las cosas.

Se terminaron las épocas de los problemas insolubles; las letanías de los infortunios; el culto de la desesperanza y el sacerdocio del pesimismo. Pasaron de moda las fórmulas complicadas para las cosas simples. Se concluyó el sistema de las palabras cruzadas que permitían leer ecuanimidad donde decía engaño, y los argentinos todos, pero primeramente los desposeídos y los infortunados, han comprendido que por boca del general Perón hablan no solo las reivindicaciones del presente, sino las generaciones pasadas, y los que aún no han nacido, en su ansia legítima de defender el ideal de justicia social creado por Dios para que no se sigan agitando en tempestades sin fin, ni los hombres ni los pueblos.

El Instituto Nacional de Gastroenterología¹

Aprovecho la apertura de este turno vespertino asistencial, para declarar oficialmente inaugurado el Instituto Nacional de Gastroenterología, creado por resolución de fecha 22 de enero del corriente año.

Se cumple así una etapa más en el desarrollo del Plan Quinquenal de la secretaría a mi cargo, pues dicho Instituto está previsto como centro especializado dependiente de la Dirección de Hospitales.

Continuamos de este modo con el método que empleamos con motivo de la creación del Instituto Nacional de las Enfermedades Alérgicas, que consiste en crear centros especializados o ampliar los existentes, como en este caso, con los fondos ordinarios del presupuesto, y mientras llegan los recursos extraordinarios que permitirán llevar a cabo todo lo proyectado en el plan general de gobierno, se van formando técnicos y se presta valioso servicio a la población de todo el país, que necesita de estos centros especializados para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades más habituales.

El interés de las enfermedades del aparato digestivo se desprende de su frecuencia. Las primeras referencias sobre la gastroenterología y sobre su terapéutica se remontan al famoso papiro de Tebas, estudiado por Jorge Ebers y que fue escrito probablemente 1.550 años antes de Jesucristo; en él se encuentran sumarias referencias semiológicas y algunas indicaciones sobre tratamientos antiparasitarios, aunque fuera de duda el punto inicial de estudios médicos dignos de ser considerados como tales lo encontramos en el siglo VI antes de Cristo, con la cultura de Alejandría. Allí practicó Herófilo, a quien debemos, entre otras, las primeras descripciones sobre duodeno y páncreas.

Muchos años han transcurrido desde entonces y los adelantos son evidentes; sin embargo, es largo el trayecto que falta por recorrer aún para poder desentrañar y resolver todos los problemas de la compleja patología gastrointestinal.

Pero las nuevas concepciones fisicoquímicas y los descubrimientos quimioterápicos nos hacen sentirnos optimistas, y desde ya sabemos que, por muy lejos que esté la meta, no es ello una utopía.

Con la colaboración que informa esta iniciativa, al mismo tiempo que nos ponemos en condiciones de prestar servicios asistenciales a las clases menos pudientes, concurrimos a la realización de la obra de gobierno en que está empeñado el Poder Ejecutivo de la Nación. Sirva, pues, este acto para rendir debido tributo en ambos sentidos.

¹En la inauguración del Instituto Nacional de Gastroenterología, el 6 de mayo de 1947.

El turno vespertino que hoy comienza a funcionar lo hará todos los días de 16 a 20 horas, con todos los servicios completos: endoscopia, radiología, laboratorio, etc., de forma tal, que los enfermos de larga asistencia ambulatoria, que no puedan concurrir por la mañana por sus obligaciones, podrán hacerlo con este nuevo horario sin ningún inconveniente.

El paso dado esta tarde, no es nada más que un lazo de unión entre el antiguo Dispensario para Enfermedades del Aparato Digestivo, que durante más de diez años ha prestado tantos servicios al país, dirigido con toda eficacia por el profesor Bonorino Udaondo, a quien en reconocimiento de sus cualidades he confirmado en su cargo, y el gran monoblock que construiremos lo antes posible y que contará con todos los servicios accesorios necesarios, que convertirán al Instituto en un gran centro de investigación y tratamiento de las afecciones del aparato digestivo. Centro de investigación y tratamiento, este, que será la base de la organización que coordinará todas las filiales a crearse bajo su dependencia en los centros urbanos más importantes del país y que a su vez recibirán directivas sobre la manera de conducir el estudio y tratamiento de las afecciones de esta especialidad.

Declaro inaugurado el Instituto Nacional de Gastroenterología, con su turno vespertino, el que queda a cargo del subdirector, doctor Manuel Casal, a quien me complace poner en posesión del cargo.

La brucelosis como problema argentino¹

No existe tarea más grata dentro de las funciones de un hombre de Gobierno, que la relacionada con la defensa de la salud del pueblo, por las satisfacciones morales que uno recibe, en especial en actos como el que inauguramos, donde se viene a discutir y planear científicamente la solución de un gran problema sanitario nacional, que afecta al mismo tiempo la vida humana y el desarrollo de nuestra ganadería, ya que estamos frente a una zoonosis, como es la brucelosis, con gravitación evidente sobre la economía nacional.

Problema económico-medico-social

La brucelosis es, en efecto, un problema médico-social y económico por su gravitación indirecta sobre la riqueza ganadera; en este último aspecto contamos con la valiosa colaboración del Ministerio de Agricultura. Los médicos solos nada podemos hacer, como tampoco pueden hacer nada por sí solos los veterinarios o los ganaderos abandonados a su propia suerte.

Si bien estamos empeñados en la tarea de cambiar las bases de la sanidad nacional, señalando sus objetivos con la mayor precisión posible, y si bien alentamos el firme propósito de abordar y resolver en especial aquellos problemas que más inciden en la demografía nacional, no pudimos dejar de lado la *brucelosis* que es ya un serio problema argentino. Por eso hemos citado esta conferencia. Con respecto a otras endemias que diezman nuestra población tenemos una posición tomada. Sabemos respecto a ellas cómo y por qué procedimientos pueden extirparse y contamos con la experiencia de otros países más adelantados que ya han triunfado en ese terreno; sabemos cómo se extermina el paludismo, la tuberculosis, la lepra, las venéreas, etc. Lo que pasa en nuestro país es sencillamente que no hemos dispuesto de medios y que no nos hemos decidido hasta ahora a trabajar con la atención, energía y capacidad necesarias para terminar con esos males perfectamente estudiados. Se trata pues, en esos casos, de poner en ejecución normas y sistemas conocidos y probados. En otros términos, todo el problema reside en hacer las cosas como corresponde y nada más. Pero con la brucelosis ocurre una cosa distinta, puesto que *no sabemos todavía cómo se puede hacer para eliminarla*; es decir no existen normas precisas, ni

¹Discurso pronunciado el 21 de julio de 1947 al inaugurar la Primera Conferencia Nacional de la Brucelosis.

métodos probados ni eficaces. Es conveniente crear un plan de lucha fundado en nuestros conocimientos actuales sobre la biología de la enfermedad y las modalidades de nuestra ganadería. Precisamente, para estructurar este plan hemos invitado a los hombres más entendidos en la materia, a fin de que ellos aconsejen las medidas que pueden ser más oportunas y decisivas.

La brucelosis enfermedad del trabajo

La brucelosis es también una enfermedad del trabajo, pues afecta o puede afectar a los que manipulan la carne y sus subproductos, sin contar a los habitantes de aquellas zonas del país que están atacadas en forma endémica; por eso, ese doble aspecto, profesional y endémico, debe ser contemplado por los señores congresales, y os cedo la palabra a vosotros que conocéis las intimidades de la cuestión y sus múltiples variantes. Desde ya os agradezco en nombre del Gobierno de la nación vuestro esfuerzo y vuestra desinteresada colaboración científica.

No se les oculta a las autoridades sanitarias que estamos frente a una enfermedad nacional por excelencia, una enfermedad de la cual *Charles Nicolle*, hace veinte años, pronosticara que sería “la enfermedad del porvenir”. Desgraciadamente, la profecía se ha cumplido y hoy podemos asegurar que la brucelosis es una *enfermedad del presente*, frente a la cual la ciencia médica no ha descubierto todavía la forma de evitarla, problema que en la actualidad ya resulta dramático por la gran difusión que la brucelosis ha adquirido en el ganado. Este ya no es un problema local; es, como se pronunciara la XII Conferencia Sanitaria Panamericana, un problema de América.

Antecedentes argentinos de la brucelosis

El primer caso científicamente estudiado de brucelosis en la Argentina se remonta al año 1922. Cabe suponer, que en forma disimulada, esta enfermedad hizo estragos muchos decenios antes, siendo confundida con la tuberculosis, el reumatismo (en especial en su forma de lumbagos) y con las septicemias en general, error lógico ante la falta de conocimientos sobre la enfermedad, que en ese entonces no estaba tan bien analizada como ahora.

Confirma esta suposición el hecho de que ya en el año 1892 el profesor *Bernier*, de La Plata, pedía el nombramiento de una comisión para estudiar el aborto injustificado del ganado fino que ocasionaba daños considerables a los cabañeros. En el mismo año, *Even* atribuía el aborto de las yeguas a la llamada “sífilis equina” que, según *Quiroga*, no existió nunca en nuestro país.

Investigaciones minuciosas efectuadas en 1931 evidenciaron que aun en provincias alejadas del tráfico de animales, como la de San Luis, estaban infectados un 20,53% de los caprinos y un 6,38% de los ovinos. La enfermedad accidental de un laboratorista probó el alto poder infectante de la brucelosis aún colocada en condiciones distintas a las formas comunes de contagio, que como es sabido, se produce

por la ingestión de productos no esterilizados, o el manipuleo o faenamiento de animales enfermos en los mataderos.

Quiero señalar, a la gratitud de todos, el nombre del doctor Salvador Mazza, quien en su “Misión de Estudios de Patología Regional Argentina”, efectuó las primeras investigaciones documentadas en el norte argentino. Y valga también este recuerdo para los investigadores del Instituto Bacteriológico que en 1931 en una serie de trabajos señalaron la desgraciada posición de nuestro país entre las comunidades brucelósicas.

Fue la Comisión Nacional para el estudio de la fiebre ondulante en nuestro país, constituida en septiembre de 1931, la que investigó y localizó los focos humanos, dando la voz de alarma a la sanidad nacional.

Las diversas formas de infección

Ya hemos señalado que el primer caso de la literatura médica argentina es el de Fornasio, en 1922, procedente de Cabrera, Córdoba. Y el primer caso comprobado bacteriológicamente, fue el de Miravent, en una enferma de la provincia de Buenos Aires, procedente de una zona donde casi no existían cabras, en 1930.

Sería engorrosa tarea relatar todas las observaciones que se fueron sumando a partir del primer foco importante de origen caprino, individualizado en 1931 por los investigadores del Instituto Bacteriológico del entonces Departamento Nacional de Higiene. Ya en 1931, se habían identificado otros focos —además del de Córdoba y Mendoza— en San Luis, Santiago del Estero, Santa Fe, Tucumán, Catamarca, Río Negro y Neuquén. Sobre 136 casos confirmados en 1931, se estableció que de cada 100 enfermos de brucelosis se mueren 4,05. Se comprobaron también cuatro formas de infección: caprina, bovina, porcina y ovina. Se evidenció, ya en aquel entonces, que en las provincias de Córdoba y Mendoza la enfermedad humana procedía de las cabras, mientras que en las provincias de Buenos Aires y Santa Fe se originaba en las vacas, en las cuales el aborto epizoótico era muy frecuente.

Las investigaciones efectuadas entre el personal de frigoríficos y mataderos señalaron la importancia de estos centros industriales como focos de infección, y por primera vez se planteó, en nuestro país, el problema de la brucelosis enfermedad profesional. Se encontró en las estadísticas que existía hasta un 25% de infectados entre los que se ocupaban de la faena de ganado. Se planteó así un problema de orden social de higiene y medicina del trabajo y de medicina legal desde el momento que las condiciones de trabajo podían ser un factor determinante y difusor de la enfermedad.

Felizmente una parte de los enfermos sobrellevan su infección durante poco tiempo, curándose en 25 o 30 días; pero la gran mayoría tiene tendencia a la evolución crónica, entre 4 y 6 meses de duración, pasando algunos el año, aunque con síntomas atenuados. En todos los casos, la enfermedad, por su comienzo insidioso, poco espectacular, permite que el paciente la aguante de pie, hasta que alguna complicación pone al médico sobre la pista del diagnóstico.

Investigaciones sustanciadas en esta Capital y en Mendoza, sobre el total del personal que manipula reses o subproductos de origen vacuno, ovino y porcino, dieron un 10,8% de resultados positivos. Esta cifra nos pone frente a una cuestión grave dado nuestro carácter de país ganadero y elaborador de carnes, en virtud del cual carácter contamos con un intenso transporte de animales desde las más distintas zonas del país hasta los puntos de concentración. De ese modo la infección es transportada continuamente desde los centros rurales a los urbanos, situación esta que es menos seria en los países en los cuales se faena únicamente para el consumo local.

Casos autóctonos de brucelosis

Desde el punto de vista epidemiológico se ha señalado el hecho de que en plena Capital Federal se observan casos autóctonos, es decir sin contacto con material sospechoso o procedente de zonas infectadas. También se encontró que había dificultades diagnósticas aun en cuadros agudos en que se confundieron casos de brucelosis con eritemas maculosos, con manifestaciones secundarias de sífilis, y con la tuberculosis pulmonar.

El problema de las relaciones de la brucelosis con el reumatismo, sea en su forma de endocarditis, de artritis, u otras, es uno de los puntos más apasionantes. El hecho de que los animales domésticos y de experimentación, localicen la infección brucelósica en el tejido linfático, y de que el germen haya sido encontrado en investigaciones norteamericanas en amígdalas infectadas y extirpadas, permite pensar con optimismo que también en este terreno, se cumplirá el *teorema de Hazen*; de “que la lucha contra una infección extiende sus beneficios a un campo sanitario más amplio que la infección misma”. Las medidas de sanidad contra la brucelosis puede darnos la solución de una cantidad de formas reumáticas consideradas hasta ahora de causa ignota. Me permitiría insinuar —con tal motivo— la idea de que sería conveniente que la *Reacción de Huddleson* se efectúe sin excepción en todos los reumáticos. Se investigó también, a iniciativa del Departamento de Sanidad del Estado de Nueva York, la posibilidad de que muchas apendicitis obedezcan a esta causa, invitándose a los médicos a enviar sangre de los operados a los laboratorios oficiales.

Peligros del libre desarrollo de la enfermedad

La estadística y la experiencia prueban que cuando se deja a la brucelosis abandonada a su libre desarrollo adquiere una importancia de orden público impresionante. En Malta llegó a producirse en 1931 una morbilidad de 7,6 por mil de población y si bien la mortalidad era de 0,3 por mil, es evidente que tenía el sello de una enfermedad social desde que incapacitaba para el trabajo a grandes contingentes obreros. A pesar de que la sanidad pública de Malta luchó precozmente contra el peligro del tráfico de caprinos, no hubo desde 1907 a 1930 ninguna reducción de la morbilidad y sí un aumento en la mortalidad. Esta observación prueba que el poder antigénico de los

gérmenes brucelósicos es muy débil, lo que le crea a la sanidad un problema biológico y de profilaxis casi sin solución, pues la defensa espontánea de la colectividad por vía de la autoinmunización —como en otras infecciones— aquí no existe.

La policía de focos de la brucelosis permite descubrir continuamente las fuentes y lugares de la enfermedad. Por ejemplo, en un país tan severo como Dinamarca en todo cuando se refiere a su sanidad rural, la policía de focos demostró que el 20% de los carniceros había sufrido la infección; que en la misma situación se encontraba el 39% en los dueños de granjas, el 62% de los cuidadores de ganado, el 63% de los bacteriólogos y el 94% de los veterinarios. Estas comprobaciones nos sugieren la conveniencia de desplazar el centro de gravedad de la acción sanitaria desde los medios urbanos a los rurales, tomando como punto de partida de la investigación —para llegar al foco— el examen de los animales en el Mercado de Hacienda, anexo a nuestros mataderos. Descubierta el animal enfermo hay que dirigirse, implacablemente, al rodeo de donde proceda para actuar sobre la fuente primaria y sobre el foco mismo.

Diversas formas de la brucelosis

La brucelosis tiene tres formas: formas ocultas, formas simples y formas resistentes o complicadas. Existe una superposición perfecta entre estas formas clínicas de la patología humana con las formas clínicas equivalentes de la patología animal.

Se sabe que los animales suelen soportar la enfermedad sin manifestar ningún síntoma, y el aborto es la primera y única manifestación que pone en camino del diagnóstico. Los exámenes de laboratorio demuestran que en zonas contaminadas existen casos humanos en forma latente u oculta conviviendo con sanos en condiciones tales que fatalmente tienen que infectarse. En los sujetos jóvenes y sanos la brucelosis adopta las formas ambulatorias; faltan los sudores y los dolores articulares, lo que permite que tanto el afectado como el médico ignoren la naturaleza del mal. No en vano, pues, como ya recordamos, para Nicolle “la brucelosis era la enfermedad del porvenir”. Por su carácter insidioso, por afectar a grandes masas de población que la ignoran, por la multiplicidad y variedad de los focos infecciosos, por los cuantiosos intereses económicos que destruye, por su carácter crónico y su aparente benignidad, por su baja mortalidad, terminará siendo una preocupación nacional en los próximos años, salvo que se extremen en todos los puntos del país los centros de catastro médico y serológico y se decida por medio de medidas enérgicas exterminar a los animales infectados.

La facilidad con que la brucelosis se asocia a otras enfermedades como la tuberculosis, la colibacilosis, la neumococosis y las septicemias, dificulta la fijación de las cifras de mortalidad, las que aun no han sido establecidas con exactitud en nuestro país. La implantación del nuevo *certificado confidencial* de defunción que proyectamos imponer este año, permitirá en el futuro señalar de una manera exacta y precisa en el interior del país, los casos en que la brucelosis es la causa de muerte complicante de otra infección de fondo, ya que en los certificados actuales solo se consigna la causa directa o inmediata del fallecimiento, pero no la coadyuvante.

El diagnóstico clínico y su confirmación biológica

Antes de iniciar la campaña de difusión y educación sanitaria popular sobre la brucelosis, debe creársele al médico la preocupación y la conciencia de la frecuencia y formas clínicas de esta enfermedad, en la cual debe pensarse siempre frente a un cuadro infeccioso agudo. Alguna vez fueron operados de mastoiditis enfermos que después se comprobó que sufrían de brucelosis. El diagnóstico clínico presuntivo de brucelosis obliga a solicitar la confirmación biológica por medio del laboratorio. Todo médico, cualquiera sea el lugar en que se encuentre, debe estar habilitado para efectuar con sus propios medios una reacción de Huddleson, y a este efecto será indispensable difundir el antígeno gratuitamente, en especial en los hospitales y núcleos médicos asistenciales.

Frente a un cuadro infeccioso con agrandamiento del hígado y del bazo, lengua edematosa, con impresiones dentarias, pulso frecuente, sudores copiosos, curva febril recurrente, el médico debe establecer el diagnóstico presuntivo de brucelosis.

A nuestro juicio es urgente levantar el *catastro serológico* de las poblaciones aun aparentemente indemnes. Convendría al mismo tiempo hacer el catastro en la especie animal. No olvidemos que, epidemiológicamente, la brucelosis es ante todo y sobre todo una zoonosis, y que el hombre se infecta accidentalmente. No se pueden separar en esta lucha contra la brucelosis las medidas sanitarias humanas de las que puedan tomarse en el orden veterinario destinadas a proteger nuestra riqueza ganadera. No deberá movilizarse ganado de zonas infectadas, y dentro de esas zonas se deben identificar los animales enfermos para su aislamiento y tratamiento y, sobre todo, para evitar que sigan enfermando al resto del ganado. Para el hombre la mejor profilaxis es la de no consumir productos animales, y en especial leche y queso, que no han sido previamente hervidos o pasteurizados.

Contaminación y difusión de la enfermedad

Lignieres, en 1932, señaló que a pesar del parentesco que existe entre el *Brucella melitensis* y el *Brucella abortus*, el primero debe ser considerado como más peligroso para el hombre; contra él deben concentrarse los esfuerzos sanitarios. La contaminación del ganado ovino y porcino por las cabras enfermas, constituye una forma grave de difusión y de infección humana. Contrariamente a lo que se cree entre la población no es solo la leche de cabra la transmisora de la enfermedad. Está reconocido que la leche de vaca es el medio predominante de la infección de las colectividades. Ejemplo: en la ciudad de Mánchester, Inglaterra, el 8,8% de la leche de consumo tenía *Brucella abortus*.

Por eso hay que difundir en todas formas entre el pueblo el hábito de hervir la leche antes de tomarla y hervirla cinco minutos o a tres hervores. Es una medida de higiene que siempre tendrá un valor práctico. Pero no podemos confiar en que esta precaución sea cumplida por el pueblo en la medida necesaria por lo cual sería conveniente imponer por ley la instalación de usinas de pasteurización en toda la República.

Gran cantidad de experiencias realizadas en ciudades de EEUU demuestran que el procedimiento de pasteurización lenta a 63 grados centígrados, durante treinta minutos, es 100 por 100 eficaz contra esta enfermedad; no así los procedimientos de pasteurización rápida, que en el 10,7% permiten la supervivencia de gérmenes.

Aspecto económico-social del problema

No se nos escapa la complejidad del problema económico-social de la brucelosis desde el momento que su solución comporta incidir sobre la economía rural, lo que no está en manos de la ciencia médica. Como médicos, y con criterio sanitario pensamos que mientras la tierra de nuestros tambos no sea propiedad de los tamberos, no habrá ninguna posibilidad de imponer la higiene de la leche en su fuente de origen. Este problema es previo a todo otro de orden sanitario. La economía rural es la que gobierna hoy por hoy la sanidad rural, y por eso es en último término un problema de gobierno que escapa al imperio de las leyes sanitarias de orden común.

Agradeceré a los señores delegados si como conclusión concreta de esta conferencia elaboran un plan de acción detallado para alcanzar los siguientes propósitos: 1°) para evitar que la población beba leche cruda o coma quesos frescos elaborados con leches no pasteurizadas; 2°) fijar la distancia mínima a que deben construirse los corrales en relación con las viviendas; 3°) denuncia obligatoria a la sanidad de los casos de abortos espontáneos que se produzcan en los ganados; 4°) medidas de higiene en el ordeño; 5°) sistemas de cremación de los animales que mueren espontáneamente, así como de los fetos y placentas de los abortos producidos; 6°) régimen y técnicas estándar para que los laboratorios del Estado procedan a la identificación de gérmenes de toda endemia o epizootia, a los fines de saber si la *Brucella melitensis* es la que está en juego, desde que siendo el germen más virulento, la profilaxis debe ser mucho más enérgica y expeditiva; 7°) vacunas inmunizantes más aconsejables para el ganado; 8°) sistemas de compensación económica para la destrucción parcial o total, definitiva e inmediata del ganado enfermo, sea caprino o bovino.

Recuerdo a este propósito que sobre más de 3.300.000 vacas examinadas en EEUU en 1939, el 11,2% reaccionaron positivamente y la mitad de las estancias estaban infectadas. El mismo porcentaje de animales infectados señala *Huddleson* para Inglaterra y *Hobbe* afirma que en Alemania, estaban infectados en ese año el 60% de los animales. En cuanto a la infección porcina se ha encontrado en EEUU variaciones que van desde un 20% para el estado de Iowa, al 0,2% para el de Nueva York. Efectuar este mismo control estadístico en nuestro país sería una tarea ímproba, cuando no imposible, puesto que no estamos suficientemente preparados para ello, pues nuestras organizaciones sanitarias son aun pequeñas e incipientes en proporción a las necesidades y a la magnitud de nuestros problemas. A ello se agrega la falta de un sistema de vacunación con 100 por 100 de garantía para nuestros rebaños, lo que plantea el problema más difícil de resolver en esa materia.

La necesidad de las medidas drásticas

Hasta ahora no hay medida más eficaz para la profilaxis de la brucelosis humana que la erradicación de los bovinos infectados de las zonas tamberas. La experiencia del estado de Maryland (y que señala Huddleson en su trabajo) demuestra que solo con medidas drásticas como la señalada es posible evitar la contaminación de las poblaciones sanas.

El 27 de noviembre de 1931 falleció en Londres, sir David Bruce, a quien la epidemiología le debe nuestros actuales conocimientos básicos sobre la brucelosis; murió Bruce, justamente en el año en que, en la Argentina, se señalaba por primera vez, la enorme importancia y extensión de la enfermedad que en forma tan apasionada estudió el doctor Bruce, durante toda su vida; por eso —ningún homenaje más justo a su memoria— que el hecho ya consagrado de que la brucelosis lleve el nombre de quien la identificó, trabajando años y años con abnegación y sacrificio, exponiendo su propia vida, con la esperanza de encontrar una solución a este problema que afectaba a su patria, a Australia, país tan parecido al nuestro en cuanto a su estructura económico-social, geográfica y climatológica.

Al evocar el nombre de sir David Bruce lo hago como homenaje a la ciencia médica británica y porque además deseo que esta Primera Conferencia Nacional de la Brucelosis se inaugure bajo la advocación de su ejemplo, de su desinterés y de su modestia para que el recuerdo de aquel sencillo médico australiano, hijo de un “buscador de oro” de Melbourne, se perpetúe para siempre, como un símbolo de lo que puede el espíritu humano cuando lo anima un ideal generoso y cuando el médico —olvidando sus propias pequeñas luchas— se pone realmente, con inteligencia, energía y vocación al servicio de la patria y de la humanidad.

Día de la higiene social¹



Ramón Carrillo en la celebración del día de la Higiene Social. 8 de septiembre de 1947.

Fuente: Archivo General de la Nación.

Por primera vez se celebra, hoy, en nuestro país, en forma oficial, lo que hemos llamado el “Día de la Higiene Social”, eufemismo que señala aquellas enfermedades adquiridas en el curso de funciones nobles y trascendentes del ser humano, trascendentes porque se vinculan a la perduración de la especie y a la integridad de la raza.

En este día, simultáneamente en todo el territorio nacional se están efectuando actos y conferencias de divulgación, que seguirán por una semana, con el propósito de tocar al espíritu y sentimiento de los varones de este país, abrir sus ojos, y hacerlos meditar, aunque sea por un instante, en la obligación que tienen como argentinos,

¹Discurso pronunciado con motivo de la celebración del “Día de la Higiene Social”, en el acto celebrado en el teatro El Nacional, el día 8 de septiembre de 1947.

ciudadanos y futuros hombres de hogar, de velar por su patrimonio biológico para evitarse a sí mismos, a su descendencia y al capital humano de la patria, la ingrata y permanente destrucción o degeneración de los gérmenes fecundos de la especie.

Enfermedades mal llamadas “secretas”

Anualmente se producen en nuestro país cuarenta mil casos nuevos de enfermos venéreos —y no obstante la penicilina que cura rápidamente— no pueden suprimirse las posibilidades de contagio, y —una vez contraído el mal— nadie está exento de complicaciones inmediatas o tardías; por ello sigue siendo la prevención mucho más eficaz que la curación y para “prevenirse hay que saber”. Eso es lo que queremos: que todos conozcan los recursos eficacísimos de la ciencia para no caer en los calvarios físicos y morales que involucran estas enfermedades, bien llamadas sociales y mal llamadas “secretas”, pues ningún hombre consciente debe ignorarlas en sus orígenes y consecuencias.

El año pasado en este mismo lugar dije que estas enfermedades deben desaparecer, que no hay razón para que sigan minando la salud de nuestra juventud, pues una sanidad bien organizada debe terminar inexorablemente con ellas y hoy reafirmo que no ahorraremos esfuerzos y sacrificios, hasta el día que podamos anunciar que los cuarenta mil casos anuales se han reducido a cuatrocientos —y ese día no lejano— señalará el triunfo de la higiene y la medicina argentina, la cual podrá figurar recién desde entonces con orgullo al lado de la de otros países civilizados que han reducido casi a cero el número de sus enfermos venéreos.

Cruzada de educación de las masas

La Dirección de Higiene Social, de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, ha efectuado en estos últimos meses, una eficaz campaña de educación de las masas y de la aplicación del Decreto 9863/46, donde planteamos a fondo la cuestión con el propósito de resolverla y no para que quede como tantas otras cosas bien pensadas, en la inoperante categoría de la expresión de anhelos.

Este “Día de la Higiene Social” —que puede ser por antonomasia el de la Educación Sanitaria— se celebra también en todos los países de América, inspirados por los mismos propósitos e ideas, demostrándose así en los hechos que, en la defensa común de males, existe una auténtica solidaridad americana ya que la seguridad sanitaria es una de las bases fundamentales de la seguridad continental.

La solidaridad sanitaria internacional

Prueba de esta solidaridad sanitaria, consagrada por pactos internacionales, es que están aquí —a nuestro lado— representantes médicos de varios países americanos,

que han querido acompañarnos en esta celebración y frente a mis colegas de países hermanos no puedo menos que declarar que las convenciones sanitarias interamericanas son superadas, en su aspecto técnico y jurídico, por el afecto y la fraternidad efectiva que demuestran con su presencia cordial, y con su autoridad científica al servicio del gran ideal de la paz, de la felicidad y del bienestar de los pueblos del continente americano.

Al abrir este acto, saludo a las delegaciones en nombre del excelentísimo señor presidente de la nación —que ha tomado como suyo el problema de la profilaxis social desde hace mucho tiempo— y agradezco vuestra presencia en nombre de los médicos de la Secretaría de Salud Pública y en el mío propio, os declaro que estáis en vuestra casa, porque la Argentina es para todos vosotros, vuestra casa.

La fabricación nacional de penicilina¹

Primera conferencia de prensa: el Decreto 10933/47 sobre instalación de una planta industrial de penicilina



Ramón Carrillo con el rector de la Universidad de Buenos Aires, Jorge Alberto Taiana, en la clausura del Congreso de Antibióticos y Quimioterápicos. 29 de noviembre de 1952.

Fuente: Archivo General de la Nación.

El Poder Ejecutivo ha creído conveniente suministrar por medio de la prensa, toda clase de explicaciones al público con referencia al Decreto 10933/47 sobre instalación en el país de una gran planta industrial de penicilina, no obstante la explicitud de los considerandos del Decreto.

Se trata de llevar a la práctica una de las más importantes previsiones del Plan Quinquenal relacionadas con la salud pública y la defensa nacional, como es la producción de la penicilina en escala industrial, empresa que exige maquinarias, expertos y técnicas de elaboración, con que no cuenta el país ni podría contar sino en un futuro más o menos lejano².

El Decreto asegura, por lo pronto, la instalación y funcionamiento en el país, para antes de abril de 1949, de una gran planta industrial capaz de producir toda la penicilina cristalizada que necesitamos y que actualmente nos vemos obligados a importar del extranjero.

¹La autorización otorgada a una firma estadounidense —cuya filial se halla instalada en la Argentina desde hace muchos años para construir una planta industrial destinada a la fabricación de penicilina suscitó diversos comentarios, en gran mayoría de ellos favorables a esa iniciativa del Gobierno. Pero entre los que no lo fueron, se destacan dos: uno de ellos, formulado por un diputado nacional en el recinto de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación; el otro, fue publicado en un periódico de la Capital Federal. En cada caso —y en conjunto a ambos— tales críticas fueron contestadas por medio de la conferencia de prensa y de la nota que se insertan en este capítulo.

²Ver en el tomo II de este libro “La fábrica de penicilina como una realidad definitiva” (versión taquigráfica de las palabras pronunciadas en ocasión de inaugurarse la fábrica de penicilina), el 19 de mayo de 1949, cuando esta fue puesta en funcionamiento.

La empresa, en la imposibilidad de poder ser realizada con recursos nacionales, ha sido confiada a una de las más grandes fábricas mundiales, E. R. Squibb & Sons.

Referencias a las ventajas de la resolución

1. Instalación y producción inmediata y en gran escala de toda la penicilina cristalizada necesaria para el consumo del país, en cualquier contingencia, independizándonos, así, lo antes posible, del extranjero, de donde, por lo demás, procede actualmente toda la penicilina que hay en nuestro mercado, comprendida la amorfa. La fábrica a instalar aquí, con equipos más modernos que los de la fábrica norteamericana del mismo nombre, aunque exija inicialmente el empleo de algunos técnicos extranjeros, será una fábrica argentina que resolverá el problema enfocado por el Plan Quinquenal —*producción local de penicilina en gran escala*— y cuyo personal técnico y obrero será en un 80% integrado por argentinos, los cuales podrán ir a EEUU a perfeccionarse por cuenta de Squibb & Sons, amén de la cooperación que en otro sentido se obliga dicha empresa a prestar a la Secretaría de Salud Pública.
2. El inciso g, del artículo 8 del Decreto, le impone a Squibb & Sons la obligación de expender toda la penicilina que produzca a un precio que, por lo menos, y *pudiendo ser más bajo*, sea igual al que regía en diciembre de 1946 para el comercio mayorista. Al especificarse el precio que regía en diciembre de 1946, se ha entendido fijar un precio máximo, no un precio rígido, pues, la Secretaría de Salud Pública se reserva, como en todos los casos, la facultad de estudiar los costos de producción para mantener el producto al alcance del pueblo y a un mismo nivel con los precios más favorables al consumidor que rijan en otros mercados.
3. El régimen de los permisos previos a que queda sometida la importación de penicilina no significa, según es obvio, la prohibición de introducirla; lo que se quiere es simplemente, como puede leerse en los considerandos, contrarrestar preventivamente cualquier maniobra de *dumping*.

Censuras sin fundamento

Una crítica especiosa podrá hablar en este caso de monopolio concedido a una empresa extranjera.

Pero nadie puede sostener seriamente que el país esté en condiciones de producir actualmente la penicilina que necesita, en volumen y clase de la que se compromete a elaborar Squibb & Sons y al precio que solamente produciendo en gran escala es posible obtener; ni tampoco nadie puede negar que Squibb & Sons es una de las fábricas de antibióticos de mayor responsabilidad que hay en el mundo, así en el aspecto económico como técnico.

No es, por lo demás, el nuestro, el único país de Sudamérica donde Squibb & Sons instala una planta industrial de penicilina que servirá incluso para elaborar otros antibióticos como la estreptomycin, de la que tenemos tanta y tan urgente necesidad.

Tampoco era cuestión de esperar vegetativamente que alguna vez estuviéramos en condiciones por nuestros propios medios de llegar a producir la penicilina como se produce en Norteamérica, luego de largos, pacientes y costosos ensayos, que allí contaban con la ventaja de medios y recursos técnicos y financieros que nosotros no tenemos.

La radicación de una industria crítica

El Decreto 10933/47 no concede, en realidad, más que un régimen de fomento para lograr la radicación en la Argentina de una industria de tan vital importancia, sanitaria y crítica. Veamos en qué consiste ese régimen de fomento.

Por el artículo 1° se declara de “interés nacional” la industria de la elaboración de la penicilina, de conformidad con lo establecido por otros decretos anteriores (14630/44 y 18848/45).

Por el artículo 2° se declara libre de derechos de aduana y al tipo de cambio fijado actualmente para la importación de penicilina la introducción, por la empresa que va a instalar la fábrica, del equipo, instrumental y elementos que utilice en la elaboración del producto. Tal exención impositiva, con ser frecuente y común en nuestra legislación, y a veces por desgracia sin motivos atendibles, significa solamente una no percepción fiscal de más o menos doscientos mil pesos a cambio de la instalación de una industria nueva que exigirá un desembolso a Squibb & Sons de once millones de pesos.

Acaso convenga recordar aquí que conforme al reglamento de fomento industrial establecido por los decretos antes mencionados, el Gobierno podía hasta haber subvencionado a la empresa que instalaba una nueva y conveniente industria, subvención que en este caso habría sobrepasado con mucho, indudablemente, a la cantidad que el fisco dejará de percibir por derechos de aduana.

También la franquicia a que se refiere el artículo 4° del Decreto responde al mismo régimen de fomento industrial y ha sido repetidamente aplicada a otras industrias declaradas de “interés nacional”, por razones tan obvias como las que en el caso explican que se haya prescindido del procedimiento de la licitación, procedimiento que no se aplica tampoco para conceder la explotación de servicios públicos —como ser de transporte, comunicaciones, etc.— y, en general, cuando a falta de bases ciertas para predeterminar precios, lo único que es posible hacer es llamar a un concurso de antecedentes o de propuestas de condiciones, quedando siempre librada en tales casos a la discreción del Gobierno la elección definitiva del proponente.

Régimen preferencial limitado

El Decreto 10933/47, como es lógico, ha sido estudiado cuidadosamente tanto por la Secretaría de Salud Pública como por la de Industria y Comercio.

Dicho Decreto no establece un monopolio, sino un régimen preferencial de breve duración: tres años.

Las franquicias acordadas son las mismas que se conceden ordinariamente para fomento industrial.

El precio de expendio de la penicilina estará sujeto al control del Gobierno, no pudiendo exceder, pero sí bajar del que regía en diciembre de 1946, que es cuando Squibb & Sons formalizó su propuesta.

Cabe destacar a este respecto, como dato curioso, que inmediatamente de sancionado el Decreto que nos ocupa, el precio de la penicilina bajó sensiblemente en el país, no así en Norteamérica e Inglaterra, que son los únicos países productores de penicilina en gran escala y de donde traemos nosotros nuestra cuota de consumo.

Esta brusca caída del precio de la penicilina, que no guarda relación con las oscilaciones que acusa el producto en las fuentes de producción, viene precisamente a justificar el régimen de los permisos previos que establece el Decreto en defensa de la nueva industria.

Conviene agregar con relación a esta cuestión del precio de la penicilina, que será muy difícil conseguir que la penicilina argentina llegue alguna vez a producirse a costos tan económicos como en EEUU o Inglaterra.

El antecedente australiano

Australia, que ha querido también producir su penicilina, tuvo que valerse de técnicos ingleses y se ha conformado con emanciparse de las importaciones, aun teniendo que pagar más caro el producto local que el importado. Tanto vale la independencia en este renglón de la producción.

Ya dijimos que ninguna fábrica nacional habría podido tomar a su cargo la empresa de instalar aquí una gran planta industrial, como no la tienen ni Brasil ni Chile, a pesar de haber sido más previsores que nosotros, pues uno y otro país se preocuparon, desde el primer momento, en formar técnicos, enviando nutridos equipos a estudiar el proceso de fabricación en EEUU.

En fin, en la imposibilidad de licitar, se ha aceptado la única propuesta presentada al Gobierno, la de Squibb & Sons, que son los mayores productores de penicilina que hay en Norteamérica.

México también ha elegido a Squibb & Sons para montar su planta industrial, incomparablemente menos importante que la que tendrá dentro de poco nuestro país. Las franquicias concedidas allí a Squibb & Sons exceden en mucho a las acordadas por nosotros.

En cuanto al capital de la empresa Squibb & Sons Argentina, entiendo que será predominantemente capital aportado por argentinos.

Texto del Decreto 10933

Buenos Aires, 25 de Abril de 1947.

Visto el expediente N° 5066/947 (Secretaría de Salud Pública), los informes elevados por las Secretarías de Salud Pública y de Industria y Comercio; y

Considerando:

que descubierta la penicilina en 1929, por Sir Alexander Fleming y perfeccionada su técnica de preparación y de aplicación de acuerdo a los estudios de Chain, Florey, Gardner, Heatley, Jennings, Orr-Ewing y Sanders, ha llegado a constituir en la actualidad uno de los más eficaces y activos agentes bactericidas, empleado en todo el mundo como un poderoso elemento terapéutico en la lucha contra las enfermedades infectocontagiosas, especialmente las originadas por las bacterias “gram” positivas;

que la penicilina que se utiliza actualmente en nuestro país es en su totalidad importada;

que por ello resulta obvio destacar la importancia que reviste el hecho de que en la Argentina pueda elaborarse ese antibiótico y que, en consecuencia, el país deje de depender del extranjero para proveerse de dicho producto, que tanto interesa a la salud pública y a la defensa nacional y que luego de su notoria como eficazísima aplicación en la reciente conflagración mundial es considerado material de guerra;

que por el momento, por no contarse con técnicos perfectamente capacitados ni con los elementos para instalar la planta industrial necesaria, no se está en nuestro país en condiciones de producir penicilina en un lapso más o menos breve;

que es así que no obstante haber sido prevista en el Plan Quinquenal, en la parte correspondiente a la Secretaría de Salud Pública, la instalación de una planta de penicilina en los terrenos del Instituto Bacteriológico Malbrán, la misma no podría producir sino después de transcurridos algunos años, toda vez que es preciso tener en cuenta no solamente el tiempo que demandaría la construcción de la planta y la adquisición de los aparatos y maquinarias, sino también el necesario para que técnicos argentinos se especialicen en el extranjero en la elaboración del referido producto y para que se contrate asimismo en el exterior personal capacitado;

que en tales condiciones resulta de suma conveniencia la proposición que formula E. R. Squibb & Sons Argentina, S. A. de instalar una planta industrial en el país para la elaboración de penicilina, sobre todo por su estrecha colaboración con E. R. Squibb & Sons, New York, una de las más importantes empresas dedicadas a la fabricación de productos medicinales;

que la planta industrial que instalaría la mencionada empresa en el país, financiera y técnicamente, estaría capacitada para producir la penicilina necesaria para satisfacer todas las necesidades internas, estimadas en 27 mil millones de unidades internacionales por mes;

que la inversión necesaria para la instalación de la planta y el desarrollo de las actividades inherentes a la producción y distribución de la penicilina requerida por el país podría alcanzar aproximadamente la suma de 11 millones de pesos;

que, por otra parte, las condiciones y franquicias que E. R. Squibb & Sons Argentina S. A., solicita se acuerden para proceder a la instalación de la planta industrial de referencia, no pueden considerarse de carácter extraordinario, no solamente si se tiene en cuenta de la inversión que dicha empresa deberá efectuar en una industria nueva, sino además porque el otorgamiento de gran parte de dichas franquicias se encuentra contemplado por los Decretos 14630/44 y 18848/45 —de Fomento Industrial— para las industrias declaradas de “interés nacional”, y en cuanto a los remedios en sí por la Ley 12331;

que por lo demás, atento que se trata de la importación de materiales críticos para la instalación de una planta industrial que reviste el carácter de única en el país, corresponde tener en cuenta para su tratamiento arancelario, lo dispuesto en la Ley 12830, artículos 1° y 2°, inciso g;

que resulta lógico que, de conformidad con lo establecido por el artículo 7° del Decreto 14630/44, y a los fines de la protección y defensa de la industria que E. R. Squibb & Sons Argentina, S. A. va a iniciar en el país, se limite la importación de penicilina a partir del momento en que dicha empresa tenga habilitada su planta industrial, por la fijación de cuotas que se efectúen de tal manera que, sumado lo que produzca la citada empresa a lo que se importe, se alcance a satisfacer las necesidades de la nación en ese aspecto;

que asimismo y con el objeto de evitar un posible *dumping* tendiente a hacer fracasar a la nueva industria, debe someterse desde la fecha la importación de penicilina al régimen de los permisos previos, regulando la introducción de dicho producto de acuerdo con las necesidades del país;

que al otorgarse las franquicias mencionadas precedentemente, corresponde también establecer las condiciones a las que la referida empresa deberá ajustarse en la instalación y funcionamiento de la planta industrial, particularmente en lo que respecta al empleo, capacitación y perfeccionamiento de técnicos y demás personal argentino, así como la proporción de estos que deberá tener; al precio que expenderá la penicilina, con una bonificación sobre el mismo cuando dicho antibiótico sea adquirido por las reparticiones oficiales, etc.;

que de acuerdo y por las razones del informe técnico de la Secretaría de Salud Pública, debe determinarse que la penicilina que produzca E. R. Squibb & Sons Argentina S. A., sea cristalizada y no amorfa;

por todo ello y atento a los informes de las Secretarías de Salud Pública y de Industria y Comercio,

El Presidente de la Nación Argentina

Decreta:

Artículo 1° - Declárase de “interés nacional” la industria de la elaboración de la penicilina, de conformidad con lo establecido por el artículo 2°, inciso b del Decreto 14630/44 y por el artículo 1°, inciso c del Decreto 18848/45.

Art. 2° - A los efectos de la instalación y funcionamiento en el país por E. R. Squibb & Sons Argentina S. A., de una gran planta industrial de producción de penicilina, se declara libre de derechos de aduana (artículos 1° y 2°, inciso g, Ley 12830), Y al tipo de cambio actualmente fijado para la importación de ese producto, la introducción por la empresa mencionada del equipo, instrumental y elementos que utilice en los procesos de elaboración, fraccionamiento, control e investigaciones de la penicilina y sus preparados. De

iguales franquicias gozarán las materias primas y envases necesarios, siempre que no los pueda obtener en el mercado local en la cantidad y calidad necesarias y al mismo precio CIF del mercado extranjero.

Art. 3° - Las franquicias que se acuerdan por el artículo anterior, se harán efectivas una vez satisfechas, en cada caso, las exigencias generales vigentes y por ante los organismos oficiales que correspondan (Ministerio de Hacienda, Secretaría de Industria y Comercio, Secretaría de Salud Pública).

Art. 4° La exención establecida en el artículo 2° empezará a regir desde la fecha del presente decreto y tendrá validez hasta cinco años después de instalada la planta industrial de penicilina de E. R. Squibb & Sons Argentina S. A. Sin embargo, luego de que la planta de penicilina se encuentre en funcionamiento de conformidad con lo establecido en el artículo 9°, inciso a, la exención establecida por el artículo 2° para el equipo, instrumental y elementos, solo será concedida dentro del término fijado siempre que su introducción al país resulte necesaria para incrementar la producción de penicilina, mejorar los procedimientos de elaboración o fraccionamiento o la calidad del producto en sus diversas formas, afianzar y perfeccionar los métodos de contralor, o para reemplazar cualquiera de los equipos, instrumentos y elementos que dejaran de prestar la utilidad requerida.

Art. 5°- A los fines de protección y defensa de la industria declarada de "interés nacional" por el artículo 1°, que iniciará E. R. Squibb & Sons Argentina S. A., en el país, se limitará la introducción de penicilina a partir del momento en que dicha empresa tenga habilitada su planta industrial y esté en condiciones de producir el referido antibiótico, a cuyo efecto se autoriza a la Secretaría de Industria y Comercio a establecer en su oportunidad, con arreglo a lo estatuido por el artículo 7° del Decreto 14630/44, las cuotas de importación para la entrada de penicilina. Dichas cuotas se fijarán de modo que cubran la diferencia que pueda existir entre la producción local de penicilina en todas sus formas, computada en unidades internacionales, y las necesidades del país, que serán determinadas técnica y cuantitativamente por la Secretaría de Salud Pública.

Art. 6° - Sin perjuicio de lo establecido en el artículo anterior sométese, desde la fecha del presente decreto, la importación de la penicilina al régimen de los permisos previos.

Art. 7° - Cuando por causas justificadas, v. gr.: falta de materias primas, envases, dificultades en el transporte, etc., y, en general, por casos fortuitos o de fuerza mayor, E. R. Squibb & Sons Argentina S. A., se viera constreñida a paralizar o disminuir apreciablemente la producción de penicilina, queda obligada a importar dicho producto en las cantidades necesarias para cubrir el déficit de producción resultante, a cuyo efecto la Secretaría de Industria y Comercio otorgará los cupos de importación que fueran necesarios.

Art. 8°- En el caso de que los materiales que necesite E. R. Squibb & Sons Argentina S. A., para la construcción y/o funcionamiento de la planta industrial llegaran a escasear en el país, la Secretaría de Industria y Comercio arbitrará las medidas que considere más apropiadas para que los mismos le sean provistos en la cantidad requerida y en el orden preferencial que corresponda.

Art. 9°- Las franquicias que se acuerdan a E. R. Squibb & Sons Argentina S.A., por los precedentes artículos, se mantendrán mientras dicha empresa observe las siguientes condiciones:

- a) que dentro de un lapso de dieciocho meses a contar de los noventa días de la fecha de este decreto, que se determinan como necesarios para la aprobación de los planos, tenga en funcionamiento una planta industrial suficiente para producir toda la penicilina necesaria para el país, a menos que causas de fuerza mayor o de casos fortuitos perfectamente justificados se lo impidan, y por el tiempo que subsistan dichos impedimentos;
- b) que la penicilina que elabore sea cristalizada;
- c) que el 80%, por lo menos, de su personal técnico y otro tanto de su personal obrero sea argentino, luego de transcurrido un año desde que la planta industrial comience a funcionar;
- d) que envíe personal técnico argentino de sus laboratorios a los EEUU a perfeccionarse en la investigación, contralor y producción de la penicilina;
- e) que facilite entre sus organismos técnicos y los de la Secretaría de Salud Pública, el intercambio científico con respecto a las técnicas y métodos de prueba de la penicilina en todas sus formas, a cuyo efecto pondrá a disposición de la Secretaría de Estado ya citada, si la misma lo estima conveniente, la información y los técnicos capacitados, necesarios para el perfeccionamiento de dichas técnicas, como asimismo aceptará que los organismos de esta envíen sus propios técnicos a sus laboratorios con idéntica finalidad científica. Esto último sin perjuicio de las funciones de fiscalización y de inspección que las leyes y reglamentaciones vigentes le confieren a la mencionada Secretaría de Estado;
- f) que expendá toda la penicilina que produzca, a un precio que por lo menos y pudiendo ser más bajo, sea igual que el que regía para la penicilina cristalizada en diciembre de 1946, para el comercio mayorista, mientras se mantenga el tipo de cambio vigente en ese entonces; y
- g) que venda toda la penicilina que adquieran las reparticiones oficiales (nacionales, provinciales o municipales), a un precio más reducido que el que rija para los mayoristas, con un descuento sobre este que oportunamente se fijará con intervención de la Secretaría de Salud Pública y que oscilará entre el 20% y el 30% sin perjuicio de establecerse un porcentaje mayor si la mencionada Secretaría de Estado y E. R. Squibb & Sons Argentina S. A., lo considerasen factible.

Art. 10. - Las disposiciones del presente Decreto regirán por el término de cinco años que, excepto lo establecido por el artículo 4° para el supuesto contemplado por el mismo, se computará a partir de la fecha en que se encuentre habilitada y en funcionamiento la planta industrial de penicilina de E. R. Squibb & Sons Argentina S. A., conforme a lo determinado por el artículo 9°, inciso a.

Art. 11. - Establécese un plazo de tres años a contar de la fecha en que la planta E. R. Squibb & Sons Argentina S. A., se encuentre en funcionamiento, para determinar si dicha firma cumple satisfactoriamente las condiciones requeridas para la producción de penicilina. Si transcurrido ese tiempo otra empresa demostrare poder producir penicilina en mejores condiciones que las puestas en evidencia hasta ese momento por la firma Squibb, podrá

otorgársele a aquella similares franquicias que las acordadas a esta por el presente Decreto.

Art. 12. - El presente Decreto será refrendado por el señor ministro secretario de Estado en el Departamento de Hacienda y los señores secretarios de Industria y Comercio y de Salud Pública.

Art. 13. - Comuníquese, publíquese, dése al Registro Nacional y archívese.

Perón

Ramón A. Cereijo - Ramón Carrillo

Rolando Lagomarsino

Replica a un periódico de la capital

Buenos Aires, 2 de agosto de 1947

Señor director,

De mi consideración:

El comentario de su periódico sobre penicilina tiene el mérito —a pesar de su tono insidioso— de ser muy concreto y he considerado interesante, por eso mismo, contestar a las distintas preguntas que formula.

1°) Usted pregunta si el Gobierno ha concedido a Squibb & Sons un monopolio. No es un monopolio, señor; es un régimen preferencial por tres años, de fomento industrial, como tantos otros que nuestro país ha tenido que acordar para radicar aquí empresas de utilidad general. Monopolio son los ferrocarriles, las concesiones eléctricas, el puerto de Rosario, etc., en virtud de los cuales los servicios públicos más importantes del país eran entregados al capital extranjero. En el caso de la penicilina, el capital tampoco es extranjero, es y será en su enorme mayoría argentino. Lo extranjero será el plantel de técnicos que vendrá a enseñarnos a elaborar la penicilina y estreptomicina, así como los métodos de fabricación empleados para obtenerla y purificarla, en formas más aprovechables para la terapéutica moderna³.

2°) No se llamó a licitación porque la licitación no es el procedimiento apropiado para estos casos. La licitación es buen procedimiento cuando el Gobierno tiene que comprar, pero no para instalar una planta de 12 millones de pesos⁴, muy compleja, si se quiere, pero donde el Estado no invierte un solo centavo. Nosotros hemos preferido a Squibb porque Squibb fue la única firma que le ofreció al Gobierno su experiencia y su responsabilidad, casi única en el mundo, para acometer aquí la empresa de instalar una planta industrial de producción en grande de penicilina.

³La experiencia posterior demostró que no hacían falta extranjeros; los técnicos fueron todos nacionales, pues se envió un excelente grupo de profesionales argentinos a estudiar y prepararse en la fábrica central de penicilina en EEUU.

⁴La experiencia demostró que eran necesarios 36 millones de pesos y no 12 como calculamos nosotros en 1947.

3°) El Decreto dice claramente que el 80% del personal será argentino. Lo que usted quiere sugerir —seguramente por alguna información insidiosa— es que el 80% se refiere al peonaje y no a los técnicos. Tenga a bien poner en conocimiento de sus asesores el artículo 9, inciso d del Decreto, que dice: “el 80%, por lo menos, *de su personal técnico y otro tanto de su personal obrero* será argentino”. Con esto no cabe otro comentario.

4°) Los precios serán controlados, serán justos y guardarán el nivel de los precios del mercado mundial. El Decreto toma como base precios que regían en diciembre de 1946, pero no se dice que fueran los de Squibb. Se refiere objetivamente al precio de la penicilina que regía entonces en plaza. Al tomar como punto de partida el precio de diciembre, se refiere a un precio tope; no será obligatoriamente ese, sino más bajo. Se ha fijado solamente un precio máximo; la fijación definitiva del precio queda librada a los estudios y resoluciones que oportunamente dicte la Secretaría de Salud Pública de la Nación en uso de sus facultades, como lo hace con todos los medicamentos y cuyo precio de venta se fija de acuerdo a los costos de producción. Nadie ignora, ni puede aparentar ignorancia, respecto a la posibilidad de crear en el país una planta industrial de penicilina “con recursos totalmente argentinos”. Basta observar al respecto que solamente Gran Bretaña y EEUU producen penicilina en escala industrial, lo que significa que países tan adelantados como Francia, Rusia, Italia, Suecia, etc., dependen de la producción de esos países anglosajones. Australia quiso fabricar su penicilina, pero tuvo que llevar técnicos y técnicas de Inglaterra y todo eso le costó más caro que lo que a nosotros nos costará la planta Squibb Argentina. Igual cosa, pero con EEUU, le ha ocurrido a México, y eso que la planta mexicana no es tan importante como la que establecerán en la Argentina, Squibb & Sons y sus técnicos. Chile y Brasil intentaron a costa del Estado la experiencia de fabricar penicilina con directivas puramente nacionales, y prácticamente fracasaron porque actualmente tienen que importar penicilina inglesa o americana, dado que la calidad y cantidad de la nacional está muy lejos de ser satisfactoria.

5°) Usted pregunta cuándo se hará efectiva la “prohibición” de importar penicilina de otras marcas. No hay tal prohibición en el Decreto. El régimen de los permisos previos no significa, según es obvio, la prohibición de introducirla; lo que se quiere es simplemente —como puede leerse en los considerandos— contrarrestar preventivamente cualquier maniobra de *dumping*.

6°) Se habla en su suelto del Laboratorio Massone y de su planta piloto. Yo nunca la visité, porque está clausurada. El señor Massone fue el industrial que en el país intentó la experiencia de producir industrialmente la penicilina, aventura que le costó varios centenares de miles de pesos. Pues bien, el señor Massone —con quien conversé sobre el asunto de la penicilina sabiendo que tenía experiencia directa sobre la materia— fue, sin quererlo, el que nos decidió a mantener nuestro criterio de propugnar la instalación de una fábrica totalmente a cargo de empresas con larga experiencia y con suficiente responsabilidad científica, técnica y financiera, que solamente existía en el extranjero. En los EEUU hay dos grandes productores y uno de ellos es Squibb. La otra firma no vende directamente, sino a intermediarios que la distribuyen con diversas marcas en nuestro país. El señor Massone —opinión para mi calificada—, me confesó lo costoso que le había resultado su tentativa y me dijo sin ambages que, a su juicio, la industria farmacéutica argentina no estaba en condiciones de afrontar la empresa de producir penicilina en cantidad y calidad como para abastecer al país y dejar a buen resguardo los intereses de la población y de la defensa nacional.

En este asunto he procedido con el mayor patriotismo y no he tenido en cuenta otra conveniencia que la de la nación. En la mochila del soldado deben ir cinco productos críticos, que por eso son de interés militar: 1º) penicilina; 2º) DDT; 3º) sulfamida; 4º) morfina, y 5º) pentothal. Ninguno de ellos se produce en nuestro país, salvo los opiáceos, en cantidad por demás insuficiente y precaria. Donde decimos soldados podríamos decir, obrero en un campamento minero o en un campamento de obras públicas, por ejemplo en Jume Esquina. Con el DDT se evitan totalmente las pulgas, las chinches, las vinchucas y sobre todo los piojos, y, por ende, el tifus y otras enfermedades; con el pulverizador portátil se impregna la carpa y evita el paludismo y puede prescindir del mosquitero; si tiene una herida grave, para calmar el dolor se hace de inmediato morfina, y si debe efectuarse una pequeña operación en el terreno se anestesia con pentothal; el transporte del herido se hace sin sufrimientos horribles, gracias a la morfina y al pentothal. Y antes de enviarlo, un compañero o el enfermero o el mismo herido se inyecta penicilina que lo pone al abrigo de toda infección y le asegura de antemano la vida. ¿Qué ocurriría si los países productores de penicilina entraran en guerra y nos quedáramos sin ese medicamento, que allí es considerado también material de guerra? Si estamos en paz, tendríamos un recrudescimiento impresionante de las venéreas y la gente se moriría como moscas por neumonía y tantas otras infecciones que son curadas radicalmente por la penicilina y la estreptomycin. Si estuviéramos en guerra, mejor no pensar lo que pasaría. Como yo sé lo que eso significa y tengo la responsabilidad de todo ello, es que afronto cualquier crítica, pero cumpliré mi plan de que el país sea independiente y pueda abastecerse a sí mismo de los cinco materiales críticos que he señalado.

Saludo a usted muy atentamente

Ramón Carrillo

Segunda conferencia de prensa sobre penicilina⁵

En el debate sobre las leyes de salud pública, se han formulado afirmaciones capciosas con motivo del Decreto 10933/47, por el cual se acuerda un trato preferencial a la fabricación de penicilina en el país.

El Poder Ejecutivo ha hecho uso de las facultades que le confieren las Leyes 12830, 12331 y los Decretos-leyes sobre fomento de la industria 14630/44, 18848/45 y de toda la legislación vigente para fomentar, proteger y encauzar las industrias — como la de la penicilina— que son de interés nacional, que producen un material crítico y que son, además, fundamentales en la defensa nacional.

⁵Celebrada el 15 de septiembre de 1947.

La opinión del sabio inglés, Dr. Florey

En el Plan de Salud Pública se prevé la construcción por el Estado de una planta de penicilina de seis millones de pesos, plan que fue consultado cuando vino al país el sabio inglés, Dr. Florey, el redescubridor de la penicilina, quién expresó que la mayor dificultad para esa empresa a cargo del Estado estaría en conseguir los técnicos en EEUU.

El Estado debía hacerse cargo de esa producción, invertir seis (6) millones, que a la larga sería una aventura por la inexperiencia que existe en el país sobre el asunto; se necesitarían varios años para montar la planta y esperar todo de la buena voluntad de los técnicos estadounidenses que quisieran venir a cuenta del Gobierno, sin contar que las pocas fábricas de EEUU que monopolizan, o poco menos, la producción mundial, no tendrían ningún interés en que el Gobierno argentino se convirtiera en competidor, con lo cual no tendríamos facilidades técnicas de ninguna naturaleza.

Lo más seguro es que si el Gobierno construía la planta, no produciríamos penicilina ni en la cantidad ni en la calidad suficientes y tendríamos que abandonar la empresa, como ya ha ocurrido en Chile, Brasil y Uruguay en que el Estado ha fracasado en sus intentos debiendo depender esos países de la penicilina importada.

Se asegura al país la producción necesaria

El objeto de la Secretaría de Salud Pública de la Nación fue asegurar al país su abastecimiento propio de penicilina para no quedarnos sin ella en caso de una guerra. En este estado del problema se presentó la casa Squibb & Sons solicitando la autorización del Gobierno para instalar una planta de antibióticos, por valor de doce millones de pesos y una producción anual de 324 mil millones de unidades.

Dada la seriedad científica y la solvencia moral y material de la empresa, se tomó en serio su propuesta, que venía a solucionar un problema nacional y que ya el Gobierno —como dijimos—, trataba de resolver por cuenta del Estado, con una planta de seis millones que figura en la ley de Plan Quinquenal de Salud Pública, y figura allí porque dicho plan fue enviado al Congreso mucho antes de que se presentara Squibb & Sons, ofreciendo instalar la planta por su cuenta y riesgo. Se le dio curso porque entendemos que todo aquello que puede ser realizado por la industria privada debe quedar en ella y no en manos del Estado, salvo casos excepcionales. Salud Pública tuvo que pensar en fabricar ella la penicilina por varias razones: 1°) porque ninguna empresa argentina invertiría doce (12) millones en un negocio sumamente problemático; 2°) porque aun disponiendo de los doce (12) millones quedaba pendiente el problema de los técnicos; 3°) había que esperar algunos años antes de llevar a la práctica la idea; 4°) sin una experiencia industrial en la materia, de la que carecen nuestros industriales, la producción no podría competir con la penicilina importada; 5°) aun disponiendo de los secretos de la técnica de fabricación en gran escala de penicilina (otra cosa es fabricarla en pequeña escala en el laboratorio) quedarían pendientes los nuevos antibióticos que posiblemente aventajarán en eficacia, y en poco tiempo, a la penicilina.

Las ventajas de la planta de antibióticos

Una planta de antibióticos no fabrica solo penicilina, sino también estreptomocina y está en condiciones de producir otros derivados aun en ensayo y que prometen superar a la penicilina, siendo el más conocido ya la estreptomocina. Sabemos las penurias que pasa el pueblo, y en especial los tuberculosos, por falta de este último medicamento que hoy nos remiten por cuentagotas desde EEUU. La fábrica comenzará a producir lo suficiente para todo el país y para todas las necesidades en el mes de diciembre. ¿Asumiría el diputado que ha hecho diversas objeciones al proyecto la responsabilidad de oponerse al pueblo que reclama esos productos, solo por el propósito de obstaculizar una solución del Gobierno?

En diputados se han planteado cuatro cuestiones concretas: 1º) que se ha creado un monopolio; 2º) que se ha fijado un precio alto, pues se remite al precio del mes de diciembre de 1946; 3º) que no se ha hecho licitación; 4º) que todo se ha tramitado en las sombras. A todo ello se contesta:

1. No hay monopolio. Se trata de un sistema normal de fomento a las industrias de interés nacional o de protección a las industrias que producen materiales críticos, autorizado por leyes y decretos anteriores, algunos muy antiguos. La protección consiste solo en dos cosas: a) exención de derechos de aduana para importar las máquinas que de hecho están exentas por la Ley 12331, pues la penicilina es un medicamento antivéneico, por lo cual aun actualmente tampoco paga derechos; b) implantación del sistema de permisos previos para importar penicilina, pues fabricándose en el país, por una fábrica argentina que invierte doce millones, no conviene someterla al riesgo de una competencia desde el exterior, que podría sabotearla. Esta protección dura tres años nada más; a los tres años, cualquier otra fábrica que se ofrezca a producir en mejores condiciones —por ejemplo, a menor precio— puede instalarse en las mismas condiciones de Squibb & Sons. A los cinco años caduca todo el sistema preferencial y se vuelve al régimen de la libre competencia. En EEUU existe en el hecho un monopolio, porque solo existen pocas fábricas, Squibb & Sons entre ellas, siendo las otras la Pfizer, Commercial Solvents y Merck, y algunas otras muy pequeñas. Tres de ellas no son fábricas con intereses en la Argentina y tampoco elaboran productos médico-farmacéuticos y todas las marcas de penicilina que circulan en la Argentina son subsidiarias de cualquiera de esas fábricas o de las inglesas. Allí no hay régimen preferencial alguno y las dificultades técnicas del problema han impuesto de hecho esta concentración industrial en pocas manos. En EEUU hay cuatro fábricas, en Inglaterra tres, ¿puede decirse que no hay un monopolio de hecho entre siete fábricas en *todo* el mundo?
2. Que se ha fijado un precio alto al establecer el de diciembre de 1946. En ese entonces la penicilina valía \$3.95 y \$3.70 las cien mil unidades que ahora valen \$2.08. En virtud de esa diferencia de precio, la Casa Squibb —según se ha dicho en diputados— se beneficiaría con cinco millones de pesos por año.

Lo que aparentan ignorar los impugnantes es que el precio de diciembre de 1946, de \$3.70 y \$3.95, no es un precio fijo ni mucho menos. El Decreto dice que ese será el precio máximo o tope, en el entendimiento de que queda librado, luego que comience la producción, de acuerdo a la legislación vigente, a que la Secretaría de Salud Pública de la Nación fije el precio de acuerdo a los costos, pudiendo muy bien resultar el actual de \$2.08 o probablemente otro más bajo aun. Los precios de la penicilina se han venido verticalmente abajo porque la técnica permite producir cada vez más barato. En 1944 las cien mil unidades valían \$66.15; en 1915, \$20; en 1946 (mayo) \$5.50; en 1946 (diciembre) \$3.95; y actualmente \$2.08. Por eso cuando se congelaron los precios de los medicamentos a agosto de 1946, se excluyó a la penicilina, porque en aquel entonces era más cara que ahora, fijándose el precio del momento del decreto de congelación, es decir el menor. El efecto de haber iniciado una protección de la fabricación de penicilina hasta ahora ha sido beneficioso para el público, pues a los cinco días del Decreto 10933/47 los precios de venta se vinieron abajo. Una empresa cualquiera —así disponga de millones— sin poseer los secretos de la técnica industrial —que es un capital inapreciable—, no puede, con solo ese capital, arriesgarse a producir un medicamento de tan compleja elaboración y de perfeccionamiento tan constante, como se advierte por la oscilación de los precios, los cuales dependen, pura y exclusivamente, de los adelantos científicos en los grandes institutos de investigación de estas empresas, que son científicas primero e industriales después. Por algo uno de los diputados impugnantes dijo que se trataba de un “medicamento maravilloso”. Lo que no conoce el diputado es que ese medicamento está experimentalmente superado por otros, tales como la estreptomina, ya popular, pero que se produce en cantidades insuficientes y por la actinomicina a y b, la flavicina, el ácido gigántico, la flavacidina, etc., que podrían, incluso, obligar en poco tiempo a sustituir la planta de penicilina por otras instalaciones, con lo cual Squibb podría perder los doce (12) millones que ahora invierte, si su planta no fuera convertible para producir otros antibióticos. Solo empresas científico-industriales como la de Squibb pueden afrontar esas situaciones, ya que son ellos mismos los que tienen el hilo de las investigaciones. Por eso no habrá capitalista alguno en la Argentina —ni en ninguna parte— que se arriesgue a instalar una planta cuyo rendimiento depende exclusivamente de investigaciones científicas que él no controla y de técnicos que no posee y cuya formación se reserva la empresa especializada desde años atrás. Para llegar a la industrialización de la penicilina y transportar los resultados del laboratorio a las máquinas, se invirtieron en investigaciones previas centenares de millones de dólares. Ahora nosotros recibimos el fruto de esa experiencia, a cambio de dejar de percibir doscientos mil pesos por derechos de aduana e incorporamos a la vida científica e industrial de la nación una institución respetada y honorable como Squibb, que crea una fuente de trabajo, forma hombres de ciencia y nos preserva de la

posibilidad de que el pueblo, en un determinado momento, se quede sin el “medicamento maravilloso”⁶, y todo ello sin que el costo del medicamento al público exceda el precio de diciembre de 1946 —que ya era bastante bajo en relación con el de mayo de ese mismo año, o con el de 1945—, “pudiendo ser menor” en la forma ya explicada. Lo más probable es que la penicilina, teniendo la fábrica en el país, cueste lo mismo que un tubo de aspirina. De eso se encargará la Secretaría de Salud Pública de la Nación.

3. Se ha dicho que se ha prescindido de licitación. Ello es un error de apreciación. Para acordar una exención de derechos de aduana y establecer un régimen de permisos previos no se hace ni tiene por qué hacerse licitación. La licitación es un procedimiento que se emplea cuando el Estado debe invertir dinero, pero no para conceder un régimen corriente de protección o fomento industrial. La ley de fomento no establece que deba hacerse licitación y dice, en cambio, que, en casos especiales de interés nacional, como el de la penicilina, puede el Estado hasta subsidiar la industria. En otros casos, cuando el Estado va a participar con capital en una industria o en una explotación de servicios públicos, entonces se hace un concurso de propuestas, siendo el mismo Estado el que decide con quién se va a asociar.
4. No es cierto que se haya procedido en la sombra para acordar este régimen de fomento. Cuando la empresa dio su asentimiento al convenio después de cuatro meses de tramitaciones, el secretario de Salud Pública hizo una reunión de periodistas y les hizo entrega de la copia del decreto, explicando el significado del mismo. También agregó, “que ponía a disposición de todo el mundo el expediente correspondiente y todos los detalles de la tramitación”, palabras que reprodujeron algunos diarios. Además, se dio un comunicado de prensa y muchos diarios se hicieron eco de la iniciativa y cuando alguno hizo una crítica maliciosa, el secretario de Salud Pública de la Nación salió al encuentro explicando los puntos dudosos y obtuvo la rectificación correspondiente.

El propósito inicial de la firma Squibb fue instalar una fábrica de medicamentos en general, que es negocio más seguro y no necesita protección alguna.

No es exacto que falte penicilina por las restricciones del permiso previo. Hasta ahora se importa libremente y sin restricción alguna.

En cambio, es probable que la escasez que actualmente se observa obedezca a una reducción de la producción en EEUU, debida al cambio de técnica de fabricación que implica elaborar penicilina cristalizada en lugar de amorfa. Si antes en un tanque se obtenía 100 de penicilina amorfa, hoy solo se obtiene, por ejemplo, de ese mismo tanque 60, de cristalizada, que es la única que se está fabricando, por no ser precedera; aunque la capacidad de las fábricas hubiere aumentado y como

⁶El tiempo nos ha dado la razón. Al carecer el país de divisas, en especial dólares, se paralizó la importación de penicilina. El pueblo pudo carecer de ella. Sin embargo, la fábrica argentina cubrió las necesidades con penicilina del país y sin aumento de precio.

el mercado norteamericano debe ser satisfecho en primer término se advierte una reducción en las exportaciones.

La fabricación en gran escala de antibióticos, como la penicilina, no es un negocio fácil ni al alcance de cualquier capitalista. Se trata de una industria “sui generis” que en el mundo tiene contados empresarios, lo que justifica cualquier apoyo, incluso el de subsidiarla, como prevé nuestra ley de fomento, por el Estado, como se ha hecho en otras partes, incluso en EEUU durante la guerra.

Las empresas industriales y comerciales —como los hombres— tienen también principios y personalidad moral. Squibb & Sons es en EEUU una institución tradicional, más que una empresa comercial o industrial, respetada y querida por el pueblo americano y por su Gobierno, por su elevado sentido ético y humanitario y por la honradez de sus procedimientos, nunca desmentidos en el curso de cerca de cien años de existencia. Si el suscrito intervino en la tramitación es precisamente por ese respaldo moral, pues jamás podría pensar nadie que la institución aludida se complicara en una tramitación incorrecta o irregular.

El ausentismo por enfermedad, es gran factor de déficit en la productividad del trabajo¹

El ausentismo es uno de los problemas más serios de la industria —y con más razón para nuestro país, en plena industrialización— ya que el ausentismo se traduce en millones de pesos de pérdidas al año, muy especialmente de pérdida de trabajo, es decir, de rendimiento, lo que supone un déficit de producción, justamente cuando, según la popular consigna del excelentísimo señor presidente de la nación, general Juan Perón, es necesario producir al máximo para liberar totalmente nuestra economía.

¿Qué es el ausentismo? El ausentismo en el sentido que a nosotros nos interesa, es un fenómeno de orden demográfico y económico, un índice de morbilidad aplicado a la población activa de un determinado sector de la producción y que se mide o aprecia por la cantidad de jornadas perdidas de trabajo.

El ausentismo es, pues, principalmente, una vicisitud de orden médico-social, o si se quiere sanitaria, y por ello si no se trabaja por la vía de la investigación médica, no se arribará jamás a una solución completa; algo podrá coadyuvar, la legislación, los reglamentos y el contralor técnico, pero por ese camino no llegaremos al fondo del asunto. Por ejemplo: los índices de ausentismo por enfermedad en la industria americana, que eran muy altos en los meses de invierno, han bajado verticalmente desde el descubrimiento de una vacuna antigripal de gran eficacia. Las investigaciones científicas y la producción de esa vacuna han sido propiciadas por la industria. La vacuna no llega a nuestro país porque íntegramente es consumida en EEUU; felizmente se está produciendo en nuestro Instituto Bacteriológico, pero no en cantidad suficiente. Si recibiéramos la ayuda de los industriales para intensificar la producción de la mencionada vacuna, aquellos se beneficiarían a sí mismos —como en EEUU— y eliminaríamos las gripes obteniendo una franca reducción del ausentismo. La vacuna antigripal es, pues, un ejemplo típico de cómo un factor de ausentismo fue eliminado por agencia de una investigación científica.

Factores del ausentismo

Abarcando en general el problema de la no concurrencia al trabajo, se descubren en él dos factores, uno puramente médicos y otro individual o social, que es el menos

¹Conferencia pronunciada el día 18 de septiembre de 1947, con motivo de cerrarse la “Primera semana de la salud del trabajador”.

importante. En organizaciones con mucho personal y bien controladas por cuerpos médicos, las proporciones de ambos factores son las que se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3. Distribución del ausentismo laboral según factores causales.

| Ausencias | % |
|----------------|----|
| Por enfermedad | 45 |
| Por licencia | 42 |
| Voluntaria | 12 |
| Suspensión | 1 |

En una industria bien controlada no debe existir más de un 2% de faltas diarias por enfermedad. Puede entonces establecerse, como principio general, que un ausentismo mayor del 2% es sospechoso y obedece a una causa anormal. El personal obrero no debe faltar al trabajo, por razones de enfermedad, más de un promedio de 8 días por año.

En un estudio realizado por la secretaría a mi cargo en el año 1947, sobre 25.000 obreros de la Capital Federal, se comprobó un promedio de ausencias diarias del 5%, lo que es un índice muy alto. Según una estadística de la Cincinnati Milling Machine Company, el promedio de ausencias en EEUU fue de 2,6%, es decir de 7 días por año y por empleado, de los cuales 5 días lo fueron por enfermedad. La misma estadística a que nos hemos referido demuestra que, posteriormente, el índice ha subido también en EEUU después de la guerra.

En el mejor de los casos, con un promedio del 2% diario y de 8 faltas por año y por obrero se producen pérdidas cuantiosas. Supongamos una industria que cuente con 1.000 empleados, con un jornal promedio de \$10 diarios. A razón de 8 ausencias por empleado resultan 8.000 jornadas perdidas que, al costo de \$10 diarios, resultan 80.000 pesos al año, 80.000 pesos de jornales a pagar sin que se hubiera realizado el trabajo. El trabajo que se dejó de realizar puede estimarse en la misma cantidad, es decir otros 80.000 pesos más, con lo cual la pérdida total sería de 160.000 pesos, lo que es una cifra realmente seria. Si calculamos que la población argentina activa que trabaja, es de cinco millones de personas, piénsese en la pérdida de trabajo que sufrirá el país si solo en mil personas perdemos 160.000 pesos al año. Todo ello sin computar lo que se invierte en médico y farmacia, durante esos ocho días de ausencia por enfermedad.

Si establecemos como norma la universalmente aceptada de que las ausencias diarias del personal no deben pasar del 2 al 3% por día, es decir de 7 a 8 faltas por año y por persona, debemos reconocer que nuestro país registra una cifra muy alta, como son el 4, 5 y 9% diarios, según las épocas del año.

Esta cifra debe merecer la atención de los médicos; es necesario abocarse al estudio del fenómeno, porque vale la pena determinar sus causas, que pueden residir en la insalubridad, en la falta de contralor sanitario, en factores psicológicos o en otros factores no médicos que escaparían, por consiguiente, a nuestras posibilidades

técnicas. Los médicos que tienen contacto con estos problemas conocen —aunque sin dominar a fondo su génesis— otro factor de ausentismo o mejor dicho de deserción del trabajo tan importante como la misma enfermedad, el factor simulación de enfermedad o “mañerismo”, como se le llama en el ambiente obrero y médico industrial. Cuando en una industria se registra más de un 2% de ausencias diarias, algo anda mal; en nuestro país, en enero, febrero, marzo y abril, las ausencias oscilan entre el 4 y el 5%; en los meses de junio, julio, agosto, septiembre y octubre, entre el 7 y el 9%; en noviembre y diciembre la curva cae verticalmente. Creemos que el ausentismo en los meses de invierno se debe a las epidemias corrientes y banales, a que me he referido ya, y que en los EEUU se resolvió con la vacunación.

El “mañerismo” y la incomprensión

Pero no desestimados otros factores, entre ellos el “mañerismo”, la mala voluntad, la incomprensión o sabotaje, pero en esa materia me remito a las magníficas exhortaciones del manifiesto de la Confederación General del Trabajo, del 24 de junio del corriente año. Dicho manifiesto expresa que “un grupo de malos obreros se constituyen en puntales directos de una campaña permanente en favor del sabotaje liso y llano de la producción”. Y denuncia que “desde hace un tiempo se viene notando en las diversas industrias y demás trabajos en general, una elevada inasistencia de los trabajadores, lo que también y con caracteres bien perfilados incide en la disminución de la producción”.

Y agrega después: “el trabajo a desgano tiene efectiva acción contra la producción y no representa para el trabajador ningún medio de defensa, puesto que las razones invocadas para su aplicación casi siempre son artificiosamente creadas por personas interesadas en producir dificultades al movimiento obrero. Precisamente en el aumento de la producción estriba el paulatino mejoramiento de las condiciones de trabajo y de salario, porque estas serán mayores cuanto más se produzca”.

Sin considerar el factor político que señala la Confederación General del Trabajo, es evidente que en el mes del comunicado —junio— el índice de inasistencia a las fábricas en nuestro país era muy alto y llegaba al 9% diario, índice que podría obedecer entre otras cosas a factores epidemiológicos aun no corroborados por la sanidad argentina, esto dicho sin desconocer la fundamental trascendencia de los factores no médicos a que se refiere a la Confederación General del Trabajo.

Es probable que estas cifras de déficit —o quizás mayores— existieran también en otros tiempos, pero recién ahora —con la intensificación del contralor, la intervención sanitaria permanente y la estadística precisa— se ha exteriorizado el fenómeno en toda su magnitud. Ahora que los patrones lo sienten más porque también pagan más a los obreros, y, por ende, las pérdidas globales para las industrias son mayores que en otras épocas.

Un hecho es indiscutible y lo ha comprobado la Secretaría de Salud Pública: aquellas fábricas que cuentan con servicios médicos completos y con servicio social,

reducen rápidamente sus índices de ausentismo a cifras muy bajas en comparación con las industrias mal controladas sanitariamente.

Organización del contralor médico

Por eso la Secretaría de Salud Pública de la Nación propicia y fomenta la organización de cuerpos médicos propios de cada industria, sin perjuicio del contralor periódico que, por vía oficial, se efectúa con motivo de la aplicación de la ley de medicina preventiva, una de las grandes adquisiciones de la sanidad argentina. Estamos convencidos de que solo reajustando y perfeccionando el contralor sanitario de las masas trabajadoras, obtendremos una reducción del ausentismo a las cifras mínimas alcanzadas por países con una evolución industrial más avanzada que la nuestra.

La medicina preventiva ha permitido descubrir un nexo perfecto entre el estado de salud permanente del obrero —preventivamente consignado— y el índice de ausentismo. De ese modo identificamos tres grandes grupos de obreros:

Grupo A. Obreros de buena salud, sin fallas orgánicas de importancia.

Grupo B. Obreros con fallas orgánicas de cierta importancia, pero perfectamente compensadas y que pueden pasar por sanos. Por ejemplo, obreros con mala dentadura, con vicios de refracción no corregidos, con un 15% de su peso por arriba o abajo de lo normal para su talla.

Grupo C. Obreros con fallas orgánicas importantes, pero que no son inválidos, pues por adaptación mantienen su capacidad de trabajo aparentemente normal. Son inválidos potenciales; es solo cuestión de grados. Ejemplo: reumáticos crónicos, herniados, cardiopatas compensados, etc.

Se ha comprobado que el ausentismo del grupo B es mayor que el del grupo A en una proporción del 12%. Los del grupo C, o sea los potencialmente inválidos, faltan al trabajo en una proporción del 42% mayor que los del grupo A, o sea el grupo considerado totalmente sano.

Para apreciar estadísticamente el ausentismo tenemos que considerar y comparar dos datos: 1) la “frecuencia” de los casos producidos y 2) la “cantidad” de días de trabajo perdidos.

Lo que dicen las estadísticas

Si precisamos bien estos dos conceptos comprenderemos situaciones especiales, como la determinada por la gripe que enferma a muchas personas, pero que las ausenta por pocos días. Inversamente, la tifoidea enferma a menos personas, pero las aleja del trabajo por muchos días. De la comparación entre la “cantidad” de enfermos de determinada especie y la “cantidad” de días perdidos, resulta un índice denominado índice de morbilidad social.

Consideremos 100 casos de obreros ausentes y comprobaremos que las causas patológicas de su ausencia son las siguientes (Tabla 4):

Tabla 4. Distribución porcentual de ausencias por enfermedad según grupos de causa.

| Causas patológicas | % |
|-------------------------------------|----|
| Afecciones del aparato respiratorio | 30 |
| Afecciones del aparato digestivo | 24 |
| Accidentes del trabajo | 12 |
| Enfermedades de la piel | 4 |
| Enfermedades degenerativas | 2 |
| Enfermedades del sistema nervioso | 1 |
| Infecciones | 1 |
| Varias enfermedades menores | 26 |

Esta columna es la de la “frecuencia” de enfermos para cada grupo nosográfico, pero lo que interesa a los fines del ausentismo es su relación con la cantidad de días de trabajo perdidos en cada grupo. De ese modo vemos que de 100 días de trabajo perdidos por enfermedad, el porcentaje por grupo nosográfico es el siguiente (Tabla 5):

Tabla 5. Distribución porcentual de días perdidos por enfermedad según grupos de causa.

| Causas patológicas | % |
|-------------------------------------|----|
| Afecciones del aparato respiratorio | 25 |
| Afecciones del aparato digestivo | 18 |
| Enfermedades del sistema nervioso | 11 |
| Accidentes del trabajo | 17 |
| Enfermedades degenerativas | 6 |
| Enfermedades de la piel | 4 |
| Infecciones | 3 |
| Varias enfermedades menores | 16 |

De la comparación de estas dos columnas resulta que existen afecciones como las del sistema nervioso que aparentemente enferman a pocos obreros y, sin embargo, determinan muchos días de ausencia, para ser más precisos un 11%. Igual consideración cabe para lo que englobamos en el término genérico de enfermedades degenerativas, comprendiendo en ellas el reumatismo y la diabetes. En cambio, los accidentes señalan un alto porcentaje de frecuencia y producen muchos días de pérdida de trabajo.

Índice de morbilidad social

En suma, son cuatro o cinco grupos de enfermedades las que determinan el mayor índice de morbilidad social y producen, en consecuencia, el más alto nivel de ausentismo. Ellas son, en primer término, las afecciones del aparato respiratorio: gripe y resfríos; luego las gastrointestinales ligadas a las condiciones antihigiénicas de alimentación; después, los accidentes de trabajo que se reducen rápidamente con una acción profiláctica del accidente y medidas de seguridad en el trabajo y, finalmente, el reumatismo.

Con los tres primeros grupos nosográficos se cubre el 75% de las ausencias, es decir tres cuartas partes del total. Esto es claro y nos orienta; nos señala el rumbo hacia donde debemos dirigir la acción médica contra el ausentismo en las fábricas.

Los cuadros de frecuencia antes referidos deben ser completados con el detalle nosológico y porcentual dentro de cada grupo de enfermedades. Así, por ejemplo, tomando el grupo de las enfermedades del tubo digestivo, verificamos que de cada 100 días de ausentismo por padecimiento de este aparato, se deben a (Tabla 6):

Tabla 6. Distribución porcentual de las afecciones del aparato digestivo según padecimiento.

| Padecimiento | % |
|-------------------------------|----|
| Apendicitis | 27 |
| Hernias | 23 |
| Colopatías y colitis crónicas | 30 |
| Úlcera gastroduodenal | 49 |
| Afecciones de la vesícula | 4 |
| Enteritis | 4 |
| Hepatitis (ictericia) | 3 |

Este simple enunciado nos señala que el 80% del ausentismo por enfermedades del aparato digestivo obedece a tres causas fundamentales: apendicitis, hernias y colitis crónicas. Un análisis similar se puede hacer con respecto a las enfermedades de otros aparatos; tendremos, de este modo, una idea clara y precisa de la patología del rendimiento obrero.

El médico, mediante sus medidas previsoras, es, pues, un agente indispensable en la defensa del obrero y de la producción industrial.

La medicina en trance de afrontar una campaña contra el ausentismo, tiene que luchar con dos fantasmas: contra los simuladores o mañeros y contra los neuropatas de tan difícil identificación y que son mucho más numerosos de lo que se cree habitualmente. Cuando se trata de lesiones objetivas no suele haber problema; las dificultades comienzan cuando se trata de apreciar y clasificar síntomas puramente subjetivos y cuando se trata de diferenciar al simulador del neuropata auténtico.

Las neurosis del trabajo

Las neurosis en el trabajo, hasta ahora han sido muy poco estudiadas y, en estos casos, casi siempre el médico, por falta de preparación neuropsiquiátrica, tiene tendencia a clasificar al presunto enfermo como mañero o simulador, lo que suele ser injusto y dañoso. Los neurópatas, en especial aquellos con neurosis de angustia, se presentan de un modo muy particular y de fácil identificación si se los sigue en el tiempo. Los siguientes datos pueden orientar al observador:

- a. Son obreros que concurren frecuentemente al consultorio en busca de consejo o tratamiento.
- b. Recurren a pretextos triviales para justificar sus ausencias o magnifican pequeños trastornos funcionales de difícil objetivación.
- c. Su puntualidad al trabajo deja mucho que desear.
- d. Jamás están conformes con la tarea asignada y piden constantemente ser trasladados de una sección a otra.

Inconvenientes de la liberalidad

El otro enemigo del médico —y de la producción, por supuesto— es el simulador o el “mañero” de muy difícil contralor, sobre todo cuando se trata de ausencias por estados pasajeros de enfermedad, no mayores de tres días. El mal no es ni nuevo, ni siquiera nuestro; es universal. El problema afecta a todos los países donde la enfermedad es subsidiada, o bien simplemente, como ocurre en nuestro país, donde los casos de enfermedad son contemplados socialmente, justificándose liberalmente las inasistencias por enfermedad. Por eso, allí donde se ha implantado el seguro de enfermedad, se han establecido ciertos principios restrictivos para evitar los abusos por simulación, mañerismo u holgazanería. Por ejemplo, en las leyes respectivas, consideran que existe “ausencia por enfermedad”, solo después del tercer día; el subsidio corre después del cuarto día. Algunas cajas pagan retroactivamente el primero, segundo y tercer día, pero solo en el caso de que el asegurado hubiere superado los cuatro días de enfermedad. En general, la legislación tiende a evitar el subsidio por enfermedades muy cortas por ser de muy difícil contralor.

Idéntico problema se plantea en materia de accidentes de trabajo; algunos estados estadounidenses únicamente computan el accidente, a los fines de subsidio, después de los ocho días calendario.

Como principio general, en ninguna parte del mundo se subsidia la enfermedad o el accidente con más del 50% del salario normal, lo que ha obligado a crear en algunas partes el llamado sistema de cajas de reemplazo destinadas a cubrir en parte esa diferencia. En general, la legislación del seguro por enfermedad o por accidente, tiende a no otorgar subsidios y a sustituir la cuota de dinero por prestaciones médicas completas como el mejor y hasta ahora único procedimiento que evita lo

que los técnicos alemanes en seguros por enfermedad llamaban “moral de aprovechamiento”, que es un fenómeno universal.

Entiendo que no hay contralor médico capaz de evitar la simulación de enfermedad, la holgazanería, el mañerismo y todos los otros recursos destinados a eludir los deberes del trabajo; por eso es que se ha buscado condicionar los subsidios por enfermedad a situaciones específicamente bien verificadas; cualquier otro sistema liberal, que no afecte los intereses del simulador, fracasa, pues el índice de abusos es muy alto y guarda relación directa con la blandura del sistema.

Cuando se subsidia el 100% del ausentismo, tienen muy pocas posibilidades las autoridades médicas de evitar los abusos, salvo que se estableciera un contralor muy costoso con enorme cantidad de visitadoras y de médicos. Quizás la solución práctica, aunque un poco drástica, sería pagar solo el 50% del jornal por los días de ausencia y comenzar a pagarlo recién desde el cuarto día, sin retroactividad.

Es conveniente que meditemos desde ya en este problema relacionado con un aspecto no experimentado de la ley de medicina preventiva, que implante el “reposo preventivo” con 100% del salario durante seis meses. De no tomarse los recaudos reglamentarios del caso, veremos legiones de personas presentarse a reclamar el reposo preventivo, aduciendo dolencias de orden crónico que son soportables en estado de salud.

Situaciones de injusticia que se deben contemplar

Si bien el sistema dominante en todo el mundo es el que establece subsidios a la ausencia por enfermedad, pagándose solo el 50% del salario, conviene destacar una situación de injusticia que se crea con este tipo de seguro: es la “morbilidad oculta”, concepto de mucha importancia doctrinaria.

El fenómeno de la morbilidad oculta es el siguiente: supongamos un obrero que gana \$10 diarios. Falta al trabajo por estar enfermo y recibe \$5 diarios de subsidio, suma que le permite subsistir y atender su salud. Pero supongamos un peón o un obrero joven que no gana más que \$5 por día; recibe de subsidio \$2,50 por día, lo que no le alcanza para atenderse adecuadamente ni para subsistir. Entonces qué ocurre: el obrero asiste al trabajo todo lo más que puede, aunque esté realmente enfermo. Así se comprueba este hecho curioso: el ausentismo es menor entre el personal de peones o de jornalizados de más bajo salario. Prima facie, podría pensarse que si hay menos ausentismo es porque hay más salud. Sin embargo, la cifra de fallecimientos, la mortalidad entre los peones, es mayor que entre los obreros mejor pagados. Este hecho es el que se ha denominado la “morbilidad oculta”. En consecuencia, si ha de adoptarse un criterio restrictivo en la remuneración por enfermedad, la reducción no debe llegar tan abajo que impida la subsistencia y asistencia del asegurado.

Existe, pues, un ausentismo normal, es decir un número fatal e inevitable de faltas al trabajo —que la Oficina Internacional de Trabajo denomina el “estándar normal” o “estándar ideal”— y sobre ese estándar existe un ausentismo patológico, que obedece en gran parte a los siguientes factores: a las malas condiciones de vida de la población

obrero, a las malas condiciones de salud colectiva, a la falta de contralor y asistencia médico industrial, a la simulación o mañerismo y a otras formas de abuso.

El análisis técnico del problema

Como son tantos los factores de orden médico-social que pueden abultar los índices de ausentismo, conviene cuando dichos índices son muy altos, como en nuestro país, analizar técnicamente el problema y no juzgar las cifras de un modo superficial, extrayendo conclusiones fáciles, porque entonces cometeríamos errores garrafales.

Las condiciones sociales y médico-sociales de donde procede el obrero son un factor fundamental, incluyendo en este concepto el grado de cultura sanitaria, la alimentación, la vivienda antihigiénica, el hacinamiento, la raza, las costumbres, la edad, el sexo, el estado civil, la densidad de la población, etc. El monto del salario suele ser el mejor índice del estado social y sanitario, pero si al mismo tiempo no se combate la ignorancia y se implanta la higiene, el salario no influye para nada sobre los índices de ausentismo.

En la zafra de Tucumán, aunque la población permanente de los ingenios se encuentre más o menos en pasables condiciones de higiene, la afluencia de grandes masas de hombres y mujeres que proceden de ambientes de más bajo estándar de vida, determina el aporte de malas condiciones sanitarias y, por consiguiente, su influencia sobre el ausentismo se evidencia en seguida, por factores no solamente mórbidos, sino principalmente derivados de una insuficiente cultura, ya que esa población flotante vive en estado prácticamente primitivo, a pesar de los mejores salarios.

De pronto se comprueba la aparición de tuberculosis con altos índices en una industria determinada. Resulta que ello no es imputable a la industria en sí, sino simplemente a que ha reclutado su personal en una zona de endemia —como serían en estos momentos algunos distritos patagónicos— donde la morbilidad por esta afección es muy elevada, tres o cuatro veces mayor que en las ciudades.

En estos casos, la industria actúa como factor desencadenante o coadyuvante. Esto se comprueba sobre todo en Buenos Aires, con el éxodo de la población rural, que atraída por los salarios, se vuelca sobre las ciudades y expone a masas numerosas, no inmunizadas contra las enfermedades infecciosas, a contraerlas al poco tiempo de su ingreso a las fábricas.

La condición social y la profesión son factores concurrentes que confunden la interpretación de algunos aspectos del ausentismo. Por ejemplo, la mortalidad por tuberculosis en obreros no especializados, es decir en los peones, es el doble que en los obreros especializados. Y, sin embargo, nada tiene que ver el oficio, ni el factor industrial; es que el ambiente médico-social en que viven los peones es más pobre y, por lo tanto, entran en juego las condiciones de vivienda, alimentación y nivel de cultura.

Eso no quiere decir que la profesión no tenga por sí sola una incidencia. En una misma clase de trabajo y con un mismo tipo social de obrero, los índices de ausentismo varían de una fábrica a otra, en razón de que hay establecimientos en mejores condiciones de sanidad o que disponen de máquinas más perfectas que respetan la

fisiología del obrero. Es común también que en una misma fábrica existan diferentes índices de ausentismo, según los sectores de que se trate. De cualquier modo, el ausentismo normal es un barómetro que señala con bastante aproximación el estándar de higiene del establecimiento, ya que es un hecho comprobado que allí donde más se respetan las normas de la higiene industrial, más reducido es el ausentismo.

Plan médico-social de lucha

Esta disertación carecería de sentido si no nos condujera a esbozar un plan de lucha médico-social contra el ausentismo. Este plan, que ya está en ejecución en los aspectos que nos incumbe, consta de los siguientes capítulos:

1. Mejorar los ambientes de trabajo con el propósito de garantizar al trabajador locales salubres, seguros y agradables, lo que se consigue creando una conciencia patronal sobre el problema, estableciendo normas reglamentarias precisas y propiciando la acción intensa de los médicos en las fábricas.
2. Despertar la conciencia sanitaria del obrero, por medio de una educación permanente, insistente, directamente llevada a su propio medio, para que aprenda a evitar las enfermedades inherentes a su trabajo, los accidentes y las enfermedades comunes.
3. Despertar la conciencia social del obrero, de su responsabilidad frente al país, haciéndole comprender lo que importa su trabajo para él y sus familiares, para su propio gremio y para el engrandecimiento toda la nación. En este orden de ideas, importa mucho que el obrero comprenda que el mañerismo y toda forma de la holgazanería supone falta de conciencia y solidaridad gremial, pues en la misma medida que la huelga es un recurso obrero legítimo, la deserción individual del trabajo viene a ser, bien mirado, un acto de “carnerismo obrero”, para emplear una expresión familiar a los trabajadores y a los estudiantes.
4. Investigar y prevenir los riesgos de enfermedad y tratar sus causas, hasta obtener la máxima eficiencia en la higiene del trabajo, en el tratamiento, reparación y rehabilitación de inválidos. Ello supone la continuación de nuestros esfuerzos en materia de investigaciones tecnológicas de higiene industrial, medicina preventiva, curativa y recuperadora.
5. Propender al desenvolvimiento de la acción social, como ampliación de los servicios médicos, a fin de combatir los factores indicados de enfermedad: ignorancia, vivienda antihigiénica perifabril, hacinamiento y mala alimentación.
6. Propender al desarrollo de la higiene mental, para prevenir y combatir los factores psicógenos.
7. Coordinar los trabajos con los cuerpos médicos de la industria, y continuar desarrollando y fomentando los cursos para formar médicos especialistas en medicina del trabajo e higiene industrial.

He querido cerrar la “Primera Semana de la Salud del Trabajador” abordando un tema concreto y acaso el más importante de los temas que se vinculan con la responsabilidad del Estado ante las masas de trabajadores y de estas ante el Estado, como es el del ausentismo, que traduce y mide la salud del trabajador, la salud integralmente considerada, en el triple aspecto: físico, moral y social.

El país está en estos momentos en pleno proceso de industrialización. La fábrica se levanta ahora también entre nosotros, señora, y nos trae el progreso y la prosperidad que ha hecho fuertes y grandes a los países de occidente.

Solo anhelo —como lo anhela el señor presidente de la nación— que la industria se adelante aquí a resolver los problemas que crea accesoria y fatalmente, que no contribuya a crear más hacinamiento, más alimentación deficiente, más embrutecimiento; que, por el contrario, sirva para robustecer la personalidad del hombre, liberándolo de la miseria, y para contribuir a asegurar la grandeza de la nación.

Cooperación sanitaria entre los pueblos del continente americano¹



Ramón Carrillo, el cardenal Santiago Luis Coppello, el ministro de Relaciones Exteriores Juan Atilio Bramuglia, el ministro de Justicia Ángel Borlenghi y el ministro de Agricultura Carlos Emery; en el Congreso Panamericano de la Salud. 24 de setiembre de 1947.

Fuente: Archivo General de la Nación.

Tengo el alto honor de traerles a ustedes el saludo inaugural del pueblo y del Gobierno de la nación.

Todos los médicos argentinos se sienten honrados con vuestra presencia y están pendientes de las deliberaciones de este alto consejo, reunido para tratar la reorganización de la sanidad interamericana, como fue siempre el anhelo de la vieja Oficina Sanitaria Panamericana, reiterado en forma de recomendaciones en Chapultepec y San Francisco.

¹Discurso al inaugurarse la reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, el día 24 de setiembre de 1947, ante los ministros del Poder Ejecutivo de la Nación, doctor Juan Atilio Bramuglia, de Relaciones Exteriores, y Ángel Borenghi, del Interior y de los ministros de Salud Pública de los países americanos, embajadores, y altos funcionarios del Estado.

La fecha de hoy, por feliz coincidencia, es la fecha de la batalla de Tucumán, una fecha que hasta ayer nomás era celebrada por nosotros como aniversario de un acontecimiento histórico argentino, el del triunfo de nuestras armas sobre las armas realistas, pero que, a la vuelta de poco más de un siglo, ha llegado a ser, en la realidad de la fraternal unión de los pueblos del nuevo mundo, una fecha gloriosa de la historia de América inscripta en el calendario secular de la España heroica y eterna.

Estáis ahora en suelo de las otrora Provincias Unidas del Río de la Plata. Fueron aquellos duros tiempos de gesta, vividos paralelamente por todos los pueblos de esta parte del mundo en la generosa emulación del gran país hermano del norte, que ya por entonces había ganado cruentamente su independencia.

A nosotros nos toca vivir y realizar otra etapa. Quizá nuestros hijos o quizá nosotros mismos alcancemos a ver en días que están por llegar una verdadera confederación de los países del continente americano, puesto que ya mismo somos, después de Chapultepec, de San Francisco y de Río de Janeiro, las Naciones Unidas de América. Unidas para la paz y para la consecución de los altos ideales de vida que nos son comunes.

El hombre, desde los más oscuros orígenes de la especie, inició la conquista del mundo. Esa empresa de conquista y dominación del mundo exterior determina el proceso de la civilización.

Pero esa no es la única lucha del hombre, ni la más trascendental. Pronto comprendió que debía luchar también contra sus propias pasiones primarias y alcanzar las altas instancias del espíritu. Y así tenemos la otra gran empresa humana: la empresa de la cultura.

Cultura y civilización son las coordenadas que determinan fundamentalmente la actitud del hombre ante Dios y ante el universo.

Las conquistas mesológicas del hombre por la salud

Pero para librar esta guerra de dos frentes, el hombre necesita una cuidadosa preparación, que lo instrumente eficientemente. Necesita, ante todo, la salud. La salud no es, en sí misma y por sí misma el bienestar, pero sí es condición ineludible del bienestar. No es, pues, un fin, sino un medio y, en el mejor sentido, un medio social. Porque no se trata de asegurar la salud para un goce más o menos epicúreo de la vida, sino para que el hombre se realice plenamente como ser físico, intelectual, emocional y moral, afianzando su conquista del medio exterior y su propio dominio interior.

Entrarnos con esto al campo de la medicina social y de la ciencia de la salud pública, que tiene entre otros altos exponentes argentinos, al profesor Alberto Zwanck, nuestro representante ante este verdadero consistorio médico panamericano.

La ciencia de la salud pública consiste en la aplicación de los conocimientos humanos a la prevención de la enfermedad, siendo su objeto conservar la salud, luchar contra la enfermedad, prolongar la vida humana, desarrollarla y fortificarla en beneficio de la colectividad, por la acción coordinada de la misma colectividad que necesita, para su progreso, de la mayor eficiencia física y espiritual de sus integrantes.

El hombre de nuestros días no es más el domesticador de animales. Su ambición no se satisface ya con colonizar en su provecho los reinos de los animales, de las plantas y de los minerales. En lugar del aterrorizado hombre de las cavernas, el hombre de hoy ha hecho sus esclavos de la electricidad y de la fuerza nuclear y será pronto el empresario de las fuerzas del mar y del sol.

He aquí un poder peligroso, que puede ser catastrófico para el hombre mismo.

La civilización y la cultura

Es que la civilización vuela en aviones cohetes, mientras que la cultura recorre todavía a pie los caminos del mundo.

El hombre actual ha perdido la buena costumbre de la reflexión y de la meditación. Llegará a la luna antes de haber extirpado de sí mismo algunos resabios bárbaros que lo empujan a la guerra y a la destrucción. A la destrucción de su propia obra. ¡Tremenda y trágica paradoja!

Vuestra misión tiene afortunadamente que ver más con la cultura que con la civilización puramente materialista. Digo que tiene que ver más con la cultura porque solo sobre el fundamento de la solidaridad humana se puede asentar la obra de la medicina social y de la ciencia de la salud pública.

Las clases sociales y los índices económicos

En otro sentido también los adelantos de la técnica han venido a constituir un peligro para la especie humana. Me refiero no solo a los accidentes del trabajo, a las enfermedades profesionales, a la insalubridad industrial, o sea a los riesgos comunes creados por la maquinización de las grandes fábricas y por las grandes concentraciones urbanas, sino también a los desequilibrios económicos y a la inestabilidad social resultante de una muy desnivelada distribución de las riquezas con sus inevitables consecuencias disolventes. En una sociedad cristiana no deben ni pueden existir clases sociales definidas por índices económicos. El hombre no es un ser económico. Lo económico hace en él a su necesidad, no a su dignidad.

En buena hora la evolución política ha superado el tipo del estado gendarme, mitad policía para resguardar la paz interior, mitad miliciano para resguardar la soberanía internacional. El Estado no puede quedar indiferente ante el proceso económico, pues entonces no habrá posibilidad de justicia social, y tampoco puede quedar indiferente ante los problemas de la salud del pueblo, porque un pueblo de enfermos no es ni puede ser un pueblo digno.

Bien lo establece la declaración inicial de la Organización Mundial de la Salud, cuando afirma: “que no pueden concebirse pueblos sanos sino cuando han sido resueltos, o por lo menos simultáneamente encarados, los problemas de la economía familiar y los problemas sociales inherentes al hombre mismo”. Ha llegado el momento de que los médicos insistamos en que la política sanitaria de América

debe concurrir a asegurar los grandes beneficios de la higiene física, moral y social, a fin de que la defensa del continente quede integrada con las debidas provisiones sanitario-sociales. Ha llegado el momento de que el hombre se libere de muchas de sus propias creaciones, por artificiales y por contrarias a la naturaleza y a la configuración de la persona humana.

La revalorización del hombre

El movimiento político-social predominante en nuestro país tiende a una revalorización del hombre, como ser social y moral. Por eso ha creado nuevas fuentes de trabajo, o ha contribuido a crearlas y ha impuesto una legislación protectora del obrero y de sus condiciones de vida.

Antes hemos hablado de los peligros creados por el incremento industrial, pero esos peligros no han hecho más que sumarse a los que representan para el hombre desde siempre las enfermedades sociales. Innumerables ejércitos invisibles de gérmenes y de bacterias y virus nos acechan y nos acometen de continuo, y cuando la ciencia descubre un remedio o una técnica eficaz para combatirlos, esos enemigos no tardan en rehacerse y en neutralizar nuestras armas.

La salud, repito, no constituye un fin en sí misma, para el individuo ni para la sociedad, sino una condición de vida plena, y no se puede vivir plenamente si el trabajo es una carga, si la casa es una cueva, y si la salud es una prestación más del trabajador.

Estas ideas son acordes con la declaración de México, según la cual “el hombre debe ser el centro del interés de todos los esfuerzos de los pueblos y de los Gobiernos”.

El derecho a la salud

El general Perón, al enunciar los “Derechos del trabajador”, ha proclamado, entre otros, el “Derecho a la Salud”, el derecho a la salud que supone un mínimo de bienestar físico, moral y social; un mínimo de viviendas higiénicas, de instrucción y de esparcimiento, y el disfrute de oportunidades iguales para el progreso de todos y de cada uno. El derecho a la salud va, pues, comprendido en el derecho al bienestar que enuncia la Constitución Argentina en su preámbulo y se complementa con el derecho a la seguridad social que consigna el decálogo de los “Derechos del Trabajador”.

“El Estado es para el hombre y no el hombre para el Estado”, ha dicho recientemente en Río de Janeiro el representante de los EEUU, pero aún es posible desarrollar este hermoso concepto y llevarlo más allá de sus explícitos alcances, diciendo que: “el hombre será para el Estado cuando el Estado sea para el hombre”.

La obra y la preocupación del actual Gobierno argentino tienden a la seguridad colectiva, a la estabilidad económica y a la protección social, económica y sanitaria de aquellas zonas remotas del país, cuya población acusaba un insuficiente nivel de vida; población sumergida en tierras olvidadas que había que rescatar por una

intensa acción sanitaria y social, que estamos realizando y seguiremos realizando con todo empeño y entusiasmo.

Indispensable afianzamiento de la paz

Un programa tal solo puede realizarse en la paz, esa paz del mundo que reclamó el general Perón en su alocución radial para todo el orbe el 6 de julio. Solamente en un mundo de paz podremos perfeccionar la raza humana y defenderla de los males que la acechan y de los enemigos que se alistan no tanto en las fuerzas cósmico-telúricas o en los ejércitos microbianos, como entre los hombres mismos, con la organización social creada a base particularmente de inventos y de descubrimientos fabulosos, aprovechados por la gran industria.

El presidente Truman elijo hace pocos días en Río de Janeiro, que no habrá paz entre las naciones si no había respeto para los derechos del hombre, pero acaso podríamos completar ese magnífico y noble pensamiento diciendo que sin paz en el mundo y sin un organismo internacional que la asegure a perpetuidad, no habrá respeto por los derechos del hombre ni será tampoco posible una verdadera cooperación entre las naciones.

Plan sanitario integral

Nosotros no hemos querido sustraernos a la realidad de este momento mundial. Hemos aceptado valientemente las transformaciones sociales y nos hemos adelantado, incluso, a ellas. Con ese criterio, prepararnos un plan sanitario integral destinado a asegurar un mínimo de servicios médicos para el pueblo y a erradicar las endemias y las epidemias, y hemos propiciado una legislación sanitaria moderna, en consonancia con la evolución política, social y económica del mundo.

La posición espiritual del Gobierno argentino facilita la comprensión de estos problemas, y de ahí que aquilate debidamente y apoye sin retaceos la tesonera acción humanitaria de la Oficina Sanitaria Panamericana, aceptando como principio indiscutible que la miseria, la pobreza, la desnutrición e insalubridad de alguno de los pueblos americanos afecta por igual a todos los demás.

Somos también los primeros en reconocer públicamente que gracias al esfuerzo de esta organización, gracias a sus directivas inteligentes, desde que fuera fundada en el año 1902, se ha conseguido un adelanto considerable en la salud pública de las américas.

La Argentina, en Caracas y Nueva York, en este último año, le prestó todo su apoyo a la Oficina Sanitaria Panamericana, comprendiendo, eso sí, que era necesario ampliar sus funciones, proceder a su reorganización y vigorizarla con los recursos y los elementos sanitarios que ha menester para su obra de coordinación y ayuda sanitaria continental porque solamente elevando el nivel de vida de América, asegurando la nutrición y salubridad podremos aumentar la productividad de las

Repúblicas americanas y, por consiguiente, la seguridad, bienestar y felicidad de sus habitantes.

Los límites sanitarios no existen

Coincidente con estos propósitos, me complazco en anunciar que el general Perón ha enviado un mensaje al Congreso de la Nación solicitando un millón y medio de pesos anuales para reforzar el presupuesto de la Organización Panamericana, porque sabe que su acción sanitaria no puede detenerse en las fronteras del país.

No. Los límites de los Estados son límites histórico-políticos, pero no límites sanitarios.

Ambas américas están al fin unidas para su recíproca seguridad contra toda agresión armada externa, y atento a esa necesidad vital de unirse para la propia seguridad, ha llegado también la hora de traducir en un plan orgánico y en una acción concertada la defensa sanitaria del continente. Pero para eso debemos, ante todo, perfeccionar nuestra organización interestadual, sin reparar en sacrificios pecuniarios y sin escatimar esfuerzos. La unidad sanitaria del hemisferio ya no puede seguir siendo un mero anhelo y un tema de discursos para los congresos médicos americanos. Realicémosla en los hechos.

La defensa de la salud pública, llevada a cabo eficientemente por el Estado, es señal de un alto nivel de cultura política; por eso, es un honor para todos los pueblos de América la existencia de la ya tradicional Oficina Sanitaria Panamericana, la más antigua organización de cooperación sanitaria internacional en el mundo.

América es el continente de la paz. Las mismas razas que en el viejo mundo mantienen antagonismos seculares, conviven entre nosotros fraternalmente al amparo de instituciones democráticas y liberales.

Aquí, en América, está en crisol un nuevo tipo de hombre, amasado con la carne y la sangre de todos los pueblos del mundo, para que en él sea una verdad definitiva y una realidad alcanzada, la unidad e identidad de la stirpe humana.

Esa es nuestra responsabilidad de precursores y será nuestra gloria si acertamos a cumplir cabalmente esta misión con que nos ha cargado la historia.

Rachas de guerra azotan una tras otra a la vieja Europa, donde la antorcha de la cultura de occidente amenaza por momentos apagarse. Estemos listos para recogerla nosotros si el caso llega y para conducirla a través de los tiempos hasta nuestro último aliento y estar listos significa preservar y acrecentar para la gran empresa nuestro caudal humano, despertando en las masas el sentimiento de la personalidad y de la solidaridad.

Europa y la cultura de occidente no pueden perecer y no perecerán jamás porque aquí en América habremos preparado un nuevo cauce para la antigua causa de Grecia y Roma.

La amistad no acepta separaciones entre los médicos de América¹

He querido ofrecer esta comida como testimonio del afecto y simpatía que ustedes han sabido ganar entre nosotros.

Esta reunión no es una despedida, aunque sé que muchos de ustedes estarán pensando en lo difícil que será que volvamos a encontrarnos otra vez reunidos los mismos hombres para los mismos fines. Nosotros solo somos un instante en el tiempo o un punto en el espacio, pero nuestros pueblos existirán siempre y nuestros ideales no perecerán jamás. Nuevos médicos, otros hombres de Estado, nos reemplazarán con el andar del tiempo, pero nosotros habremos dejado un ancho curso para las venideras generaciones del continente. Ningún esfuerzo realizado ahora por nosotros quedara para ese entonces sin la debida recompensa, que será la más alta, porque también nuestra lucha es la más alta y la más noble lucha en que pueda empeñarse el hombre: la lucha contra la enfermedad, la invalidez y la muerte.

La amistad no reconoce separaciones

No es esta una despedida, porque la amistad no acepta separaciones de tiempo y espacio. Y ustedes, señores, serán, para siempre, otros tantos amigos del pueblo argentino, pues han sellado esa amistad en cada apretón de mano y en cada abrazo con que os han estrechado manos y brazos argentinos. Querer y no querer las mismas cosas echan las bases de una amistad definitiva; y estamos aquí deseando las mismas cosas y bregando juntos contra los mismos males. He ahí el futuro de América hermanándonos a todos nosotros, hombres de todos los países de América, en la misma cruzada por la salud de nuestros pueblos, del propio modo que el pasado hermanó a nuestros mayores en la misma cruzada por la libertad.

¿Qué es lo que queremos? Querernos que el hombre de América, el nuevo abanderado de la cultura occidental, sea lo bastante fuerte, sano, libre y digno como para realizar los grandes destinos del nuevo mundo.

¿Cuál es nuestro programa? Enseñarle al hombre de América a vivir en salud y a estimarla como el bien humano más precioso, más que todas las riquezas que se puedan acumular en un mundo en que, como alguien ha dicho, el afán de ser hombres de bienes impide a muchos hombres para ser hombres de bien.

¹Palabras pronunciadas en la comida de despedida de las delegaciones concurrentes a la reunión del Comité Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, realizada en el Plaza Hotel el 2 de octubre de 1947.

Antes de terminar, quiero agradecerle al doctor Soper su colaboración y hago votos para que en el futuro alcance otros triunfos en la difícil tarea que tiene a su cargo como Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Finalmente, quiero recordar estas palabras del Eclesiastés: “No olvides a los amigos, ni en el pensamiento ni en la obra”. Y nuestros países, ahora y en lo venidero, deben continuar de más en más unidos en el pensamiento y en la obra, para que prontamente sea una gran realidad la gran empresa del panamericanismo.

Balance epidemiológico argentino¹

En las encrucijadas se plantea el problema de cuál es el rumbo y cuál es el camino que conduce más directamente a destino; en el instante de la opción es fundamental no ilusionarse por el horizonte luminoso y fácil; es preferible tomar por la ruta más escarpada si ello fuere necesario para evitar la contingencia del error.

En los grandes asuntos de la epidemiología estamos en un momento geométrico de encrucijadas. No ilusionarnos y no equivocarnos el camino.

Viven aún médicos e higienistas que asistieron a las revolucionarias transformaciones de la bacteriología y de la epidemiología de fin del siglo pasado. Ayer no más la doctrina de los miasmas servía para explicar la difusión de las enfermedades infecciosas: muchos capítulos de epidemiología, a principios de este siglo, estaban todavía impregnados de las afirmaciones hipocráticas que durante 24 siglos fueron palabra sagrada en medicina.

La identificación de los agentes de la enfermedad

Pero solo en 50 años la epidemiología superó el progreso de 2.400 años, al identificar uno por uno los agentes productores de cada enfermedad y descubrir el suero o la vacuna que la cura o la previene, desapareciendo prácticamente las grandes plagas pestilenciales que diezmaron a la humanidad desde los tiempos bíblicos, el cólera, la peste, la fiebre amarilla y tantas otras.

La medicina había encontrado un camino fecundo en la inmunología y cuando parecía llegarse al fin del mismo surgen, como detrás de una colina imprevista en el paisaje, los antibióticos, tales como la penicilina y la estreptomina, ofreciendo posibilidades sin límite y un horizonte infinito. No es aventurado afirmar que se abre una nueva era y que conviene efectuar un rápido reajuste técnico de nuestras organizaciones sanitarias para obtener el máximo rendimiento de estas flamantes adquisiciones de la ciencia médica y de los planteos más recientes de la biología.

Las epidemias y las endemias

La lucha contra las enfermedades infecciosas tiene algo del arte militar. El invento de un arma nueva impone tácticas ofensivas y defensivas también nuevas, y de una

¹Discurso al inaugurar la 2ª Conferencia de Epidemiología y Endemias, el día 6 de octubre de 1947.

experiencia bélica a otra los instrumentos de destrucción parecen pueriles comparados con los anteriores. Así ocurre también en la guerra contra las epidemias y endemias.

Es tan rápido el progreso que las ideas envejecen casi en el mismo momento en que son concebidas. Behring, el creador del suero antidiftérico, brinda a la humanidad su remedio que permite salvar a miles y miles de niños, pero al mismo tiempo anuncia melancólicamente, casi como una profecía, que ese suero descubierto por él no resuelve el problema de la difteria y que alguien superaría el procedimiento aplicando la vacunación activa y él mismo, en 1911, formula un sistema de vacunación que se emplea hasta el descubrimiento de las anatoxinas —es decir— aquello que Behring profetizó con 25 años de antelación.

La patología de las enfermedades infecciosas ofrece dos aspectos: uno el individual y otro el colectivo. El problema del caso individual es el punto de vista estrictamente científico y de la investigación clínica o terapéutica; es allí, el escarbar diario de los hechos de observación, de donde extraemos los materiales para el progreso de la clínica de las enfermedades infecciosas. El problema colectivo, es decir, la consideración de las enfermedades epidémicas y endémicas desde el punto de vista social, encuadradas como materia del Estado es el que me interesa promover ante ustedes como secretario de Salud Pública de la Nación para pedirles su inestimable consejo y concretar las medidas adecuadas para proteger a nuestra población de ciertos males que se adentran y nos quitan vidas de trabajadores argentinos todos los días, ensañándose contra nuestras clases rurales no pudientes, mal defendidas y peor educadas sanitariamente.

Para esbozar ante ustedes nuestras reflexiones y preocupaciones cotidianas sobre estos problemas, voy a intentar un balance sanitario, sobre el estado de nuestro país en el terreno de la patología infecciosa y al entrar en él, lo hago con el exclusivo propósito de escuchar más tarde vuestra autorizada palabra.

Balance sanitario argentino

Puede fijarse el año 1910 como el punto culminante en el progreso de la ciencia inmunológica, luego sigue un período estacionario y finalmente en 1935 se inicia el período de los antibióticos. El año 1910 es para la Argentina un punto de reparo muy importante, porque desde ese año se comienza a liquidar con el pasado en materia de enfermedades infecciosas y por eso lo tomaremos como base para nuestras referencias estadísticas y demográficas.

En ese año todavía la viruela y la fiebre tifoidea, por ejemplo, hacían estragos no solo en el interior del país, sino también en importantes barrios de la Capital. Poco a poco se ha tomado el control de esas y otras enfermedades infecciosas a punto tal de hacerlas desaparecer del mapa epidemiológico; pero los resultados no son todavía satisfactorios, pues algunas enfermedades que deberían no existir más, aún siguen haciendo estragos, debido un tanto a la falta de organización y de poderío de la sanidad argentina y también por la ausencia de cultura y educación sanitaria, ya

que la ignorancia, la suciedad, la subalimentación y la vivienda antihigiénica son los auténticos caldos de cultivo de los gérmenes microbianos; bajo ese punto de vista, la salud pública es un problema de orden cultural y educacional.

Las enfermedades infecciosas de la infancia en el año 1910 representaban el 25% del total de las causas de muerte; se reducen a menos del 10% en la iniciación de la era de los antibióticos, es decir en 1935. La difteria que producía una mortalidad de 72 por cada 100 mil habitantes en edades comprendidas entre 1 y 14 años, baja su tasa a 9, lo cual significa un descenso de un 88%. La mortalidad por sarampión, en esas mismas edades, que era de 27, baja a 6, es decir señala una caída del 77%. La escarlatina, en esas mismas edades y fechas, baja de 27 a 7, comprobándose un descenso del 73%. La coqueluche baja de 20 a 5, lo cual significa un descenso de un 73%. La mortalidad por tuberculosis en todas las edades que nos daba un índice calculado de 224 por 100 mil de población, ya ha descendido a menos de 100 para todo el país, y se aproxima en la Capital Federal al índice basal de 70, con lo cual nos plantea el problema de que esa dolencia dejará de ser, si se toman las medidas adecuadas, una enfermedad social para transformarse en una endemia.

La neumonía que pareció ser refractaria a la acción inmunológica por la gran variedad de antígenos concurrentes, desciende su índice de mortalidad en un 30% en los 15 años que van de 1920 a 1935. La bronconeumonía tiene un descenso de un 25% en ese mismo lapso.

Las enfermedades puerperales, que ocasionaban una mortalidad de 34 mujeres por cada 100 mil habitantes en 1910, bajan a 17 en 1935, lo que equivale decir que se le quitó a la muerte un 50% del numeroso grupo que ya había tomado entre sus manos. Las enteritis graves en todas las edades baja su mortalidad en un 85%; y la fiebre tifoidea desciende el 90% en el lapso que estamos considerando.

En síntesis, puede mostrarse con satisfacción el balance sanitario arriba transcrito, y es de presumir que al extenderse la era de los antibióticos y de la profilaxis bien organizada por el Estado, prácticamente, desaparecerán de nuestro país una enorme cantidad de factores de muerte, como ha ocurrido en otras partes del mundo, y ello será un motivo de orgullo para nuestra civilización y cultura nacional.

La poliomielitis, la brucelosis y otras enfermedades endemoepidémicas que aún preocupan a las autoridades por no tener un camino trazado ni una solución definitiva, no creo que se mantengan por mucho tiempo como problemas, pues los ingentes esfuerzos técnicos y científicos, tanto en nuestro país, como en el extranjero llevarán fatalmente a un desenlace favorable.

Uno de los triunfos de la medicina contemporánea reside, precisamente, en haber resuelto —o casi resuelto— los graves problemas de las enfermedades infecciosas y que si aún siguen imperando en algunos aspectos se debe pura y exclusivamente a la despreocupación de los Gobiernos por las cosas que atañen directamente a la vida y a la salud del pueblo. Un signo halagador de este triunfo de la medicina se advierte al estudiar el promedio de vida del hombre actual. En nuestro país el hombre vivía, como término medio en el año 1900, 42 años. Hoy, al salvarse millares de vidas que antes se perdían irremediablemente, estamos llegando a un promedio de vida de 60 años, cifra por supuesto inferior a los 67 alcanzados por otros países.

Hemos prolongado la vida del hombre al reducir en forma impresionante la mortalidad por enfermedades infectocontagiosas.

La diferencia de 20 años que señalamos actualmente entre los 60 años promedio de vida en 1947, y los 40 años de promedio en 1900, se origina principalmente en la reducción de la mortalidad infantil.

A principios de este siglo el número de niños muertos entre los 0 y 5 años era tan grande, que solo en esa época de la vida el país perdía tanto caudal humano como entre los 5 y 100 años de edad. Hoy el parámetro de máxima destrucción de vidas humanas se ha desplazado en nuestro país en un 50% a la edad de 60 años. En otros términos podríamos decir, esquematizando que la mitad de los fallecimientos se producen entre los 0 y 5 años y la otra mitad entre los 50 y 60 años; quedaría un porcentaje mínimo entre ambos extremos de la vida.

Las estadísticas nos señalan por otra parte que del total de fallecimientos por enfermedades infecciosas la mayoría se produce en los medios rurales, donde la profilaxis y el tratamiento de las mismas no están organizados como en nuestros medios urbanos.

Estado sanitario de la campaña argentina

La lucha sanitaria debe dirigirse intensamente a extinguir los focos endémicos argentinos en el interior del país, es decir terminar de alguna manera con el paludismo, con la anquilostomiasis, con las infecciones puerperales, con las enteritis endémicas y epidémicas y con las afecciones infectocontagiosas. Los índices nos señalan que la mortalidad infantil en todas las edades es enormemente superior en la campaña si se la compara con la de las ciudades argentinas. La cifra de niños y adolescentes muertos en nuestro país crece en progresión casi vertical en cuanto salimos de las grandes urbes y nos dirigimos hacia el norte o hacia el sur, recorriendo los fértiles campos de la patria; lo mismo aumenta el número de madres fallecidas en o después del parto, de modo tal que la mortalidad maternal rural es un tercio más alta que en las grandes ciudades.

He ahí planteado nuestro gran problema sanitario nacional —y que deberá preocuparnos hondamente— puesto que las reservas biológicas de la nación están justamente en los medios rurales, a los que a veces les negamos tantas cosas. La llamada provincia “pobre” de Santiago del Estero, que más que pobre es “olvidada”; con un quinto de población de la Capital Federal, entrega a la patria tantos nacimientos —es decir, otros tantos hijos— como todos los que produce la populosa y rica ciudad de Buenos Aires. Más de la mitad de los niños argentinos nacen en comunidades rurales y son ellas las que alimentan y enriquecen —por la arrolladora migración interna— las zonas urbanas y la mano de obra de la industria nacional. La ciudad de Buenos Aires y Rosario ya se habrían despoblado si no se produjera el fenómeno casi inevitable del éxodo de la campaña a la ciudad, puesto que el número de nacimientos en estas ciudades no alcanzan a cubrir los claros que se producen por defunciones en los centros urbanos.

Si conseguimos elevar el estándar sanitario de los niños de nuestra campaña, aseguraremos al mismo tiempo el mínimo indispensable de obreros para la industrialización del país, proceso que se encuentra por ahora en las grandes ciudades y compensaríamos quizás —en parte— el fenómeno tan grave de la despoblación de la campaña.

La neumonía, la gripe, las enteritis graves, la tifoidea y salmonelosis, la difteria y el sarampión, escarlatina y coqueluche perseguidas implacablemente por los médicos y las medidas preventivas en las ciudades, ha ido a enseñorearse en nuestros niños del interior; allí debemos dirigir los esfuerzos para nivelar, siquiera en parte, el desequilibrio sanitario y demográfico de la República.

La tuberculosis y la lúes desempeñan con respecto a los adultos, en los medios rurales, el mismo papel destructivo que las enfermedades que señalamos como típicas de la infancia, y habría más de un sorprendido si diéramos a conocer los detalles observados en esa materia por nuestros delegados sanitarios en el Chaco, Formosa, Misiones o Corrientes. Los índices de morbilidad y mortalidad rural en el momento actual en nuestro país, demuestran que tenemos una pérdida de vidas humanas en la campaña tan caudalosa como la que sufría la nación entera en el año 1900, cuando el saneamiento rural, los sueros y vacunas y la penicilina eran desconocidos.

Las delegaciones sanitarias

Más de tres millones de argentinos viven en comunidades rurales carentes de toda organización sanitaria y asistencial, lo que supone que una quinta parte de la población de nuestra patria se encuentra en la prehistoria de la higiene y de la medicina social. Hemos constituido con ingentes sacrificios nuestras delegaciones sanitarias en el interior del país, siempre luchando con dificultades materiales y de toda índole, pero estamos en camino de resolver esta situación y la resolveremos si Dios y los tiempos nos ayudan.

No es menester forzar los cálculos para tener una idea aproximada de cuánto costaría un plan sanitario que termine con el estado de cosas que he diseñado sobriamente y sin emplear la pintura intensa a que se presta el asunto de por sí, profundamente dramático y angustioso. La Municipalidad de la Capital dentro de las limitaciones que le impone su presupuesto invierte \$20 por año y por habitante para ofrecer los servicios de profilaxis y de asistencia médico-social. EEUU tiene el propósito de invertir solamente en la lucha contra las enfermedades venéreas 4 dólares por habitante. Las mutualidades mejor organizadas del país invierten \$40 por socio y por año al solo fin del tratamiento médico, sin subsidio de enfermedad ni ningún otro servicio médico-social.

Si invirtiéramos en todo el país la misma cantidad de dinero por habitante que invierte actualmente la Municipalidad de Buenos Aires, es decir, \$20 por habitante y por año, llegaríamos a la conclusión de que el presupuesto de Salud Pública debería ser de 320 millones, es decir el doble del actual. Naturalmente que todos saben que

\$20 por año y por habitante en la Capital apenas alcanza para mantener —y mal mantenidos— los servicios médicos de la ciudad, pero la cifra que señalamos es lo que costaría nada más que para colocar el estado sanitario rural al mismo nivel que el de la Capital. Sin embargo, siempre sería económico, puesto que en EEUU se calcula que las pérdidas por enfermedad ascienden a 40 mil millones de pesos por año; teniendo nosotros la décima parte de la población de EEUU —y suponiendo que nuestra organización sanitaria fuera igual en eficacia a la de ese país— podríamos calcular nuestras pérdidas anuales por enfermedad en 4 mil millones de pesos, dato que coincide con estudios efectuados por médicos argentinos que aprecian nuestro déficit, solamente por tuberculosis, en 300 millones de pesos por año.

Estas cifras ofrecen idea aproximada pero gráfica de cómo incide sobre la economía de un país su estado sanitario apreciado en pesos moneda nacional, al gravitar directamente sobre lo que en la economía de un país se llama la productividad del trabajo.

Para tranquilidad de nuestra conciencia debemos manifestar que esta situación no es específicamente argentina, sino de casi todos los países americanos, que, en general, cuentan con una sanidad mejor organizada que la nuestra y si no hacen más es solo por falta de recursos. Nosotros podríamos disponer de los recursos, pero en cambio carecemos de una buena organización que recién ahora se está concretando en un lento y penoso esfuerzo destinado a centralizar paulatinamente los servicios médico-sanitarios y médico-sociales.

Mientras el sistema de previsión social organiza la protección de la salud de las clases no pudientes y las organiza sobre la contribución de los beneficiarios, comenzando de abajo para arriba, el Estado debe seguir actuando de arriba para abajo por medio de los organismos técnicos de que ya disponemos, vigorizándolos y extendiendo su acción como corresponde. Solo por un movimiento convergente desde el individuo al Estado y desde el Estado al individuo se podrán resolver y financiar racionalmente las cuestiones atinentes con la salud pública, y no es difícil que en diez años más estos planos se superpongan en un solo sistema de asistencia somática, mental y social, preventiva y curativa, profiláctica y terapéutica.

Bases de un plan sanitario inmediato

No es necesario inventar nada nuevo para conseguir un descenso de los índices de morbimortalidad por enfermedades infecciosas. Los mismos principios que permitieron reducir a cero las enfermedades pestilenciales y a un 10% las endemias comunes, pueden ser perfectamente adecuados a un programa simple y práctico de eficacia inmediata. Ya lo hemos presentado a ese plan con mayores detalles en nuestro Plan Quinquenal de salud pública, pero quisiera destacar ante ustedes los elementos básicos de ese plan en lo que se vincula con las enfermedades infectocontagiosas.

- a. La organización previa de la *estadística sanitaria* y una exacta discriminación de las causas de muerte. En este terreno —como en casi todos— nuestro

país carecía de estadísticas precisas y sin estadísticas precisas no se puede planificar ninguna acción eficaz. El certificado confidencial de la causa de muerte permitirá “sincerar” las tablas de mortalidad y morbilidad en la Argentina. Recientemente realizamos experimentalmente un censo sanitario familiar tomando sesenta manzanas de la Capital Federal; sus resultados no son para ser publicados, pues descubrirían una vergüenza nacional, difícil de atenuar, por más que se adujeran características de miseria, ignorancia y abandono del barrio elegido para la encuesta. Ese barrio de la Capital Federal está en iguales o peores condiciones médico-sociales que las tolderías de indios en Formosa.

- b. Creación de una *red de laboratorios* destinados al diagnóstico precoz de todas las enfermedades infectocontagiosas, empezando por los test serológicos comunes, y los procedimientos corrientes de identificación microbiana, de los cuales carece el interior del país e incluso carece hasta de técnicos preparados para estas tareas. A fin de año habilitaremos ya los laboratorios centrales de Catamarca y San Luis.
- c. *Educación sanitaria* de la población. Si las campañas de difusión de los conocimientos sanitarios se abordan mal, resulta algo muy costoso. La propaganda sanitaria debe ser barata, directa y eficaz. Para ello hemos creado el Instituto de Educación Sanitaria que dentro de pocos días entrará en acción. El mejor procedimiento sería utilizar la vía natural de las maestras y maestros para hacer llegar hasta los hogares las normas de higiene familiar, a través del niño que concurre a la escuela. La sanidad podría tener 40 mil agentes entre los maestros que bien instruidos completarían la tarea civilizadora aportando un nuevo elemento de cultura como es la de poner en manos de las masas una serie de principios e ideas que las ayuden a vivir en salud.
- d. La instalación de *unidades sanitarias rurales* será también pronto una realidad. Estará integrada por un médico, un dentista, una partera y enfermeras de salud pública o visitadoras sanitarias, que serán ni más ni menos, que agentes del poder público extendido cordialmente para proteger a la familia rural.
- e. La extensión y ampliación de las *obras sanitarias*, las obras de saneamiento e ingeniería sanitaria para las poblaciones de menos de 3.000 habitantes, es una cuestión fundamental para terminar con las infecciones de origen hídrico.
- f. La *socialización del cuidado médico* —que es muy distinto a la socialización de la medicina— nos permitirá dominar las enfermedades infectocontagiosas por medio de tres instrumentos de acción: 1º) por vía de los centros de salud, o mejor dicho de las unidades sanitarias, funcionando alrededor de los centros sanitarios de cada provincia; 2º) por la creación del “médico de familia”, y 3º) por la organización del Registro Sanitario de Familia. Nos referiremos brevemente al Registro Sanitario porque los otros dos principios, unidades sanitarias y médico de familia, como formas de acción social de la medicina integral, son bien conocidos de todos ustedes.

El Registro Sanitario de Familias permitiría reunir en un solo legajo los problemas médicos y sociales de la comunidad en todos los aspectos vinculados a la salud y a la enfermedad, tomando como unidad fisiopatológica, no al individuo, sino a la familia; solo siendo dueños de esta documentación se podrá luchar simultáneamente con los factores biológicos y con los factores sociales de la enfermedad. El Registro Sanitario Familiar permitiría coordinar la acción de la sanidad propiamente dicha con la medicina preventiva, asistencial, la asistencia social y la previsión social, reuniendo todas las fuerzas y haciéndolas concurrir a la difícil tarea de salvar la personalidad humana, reconstruir y construir nuestra arquitectura biológica. Del mismo modo que se ha organizado un Registro Civil, un Registro Militar, un Registro de Identificación Civil, etc., deberíamos organizar un Registro de la Salud Familiar, donde se consignaría el patrimonio humano de la nación, que es mucho más importante que el registro de las propiedades y de los bienes materiales del Estado.

La salud como fundamento de felicidad

Al comenzar he dicho que estamos preparados para abordar la medicina por cauces mucho más difíciles. No incurriré en la ilusión de creer que ya hemos triunfado, por la simple comprobación de los grandes triunfos de la epidemiología; esos éxitos, en el conjunto del problema, son todavía pequeños. Tampoco incurriré en el candoroso optimismo de suponer que la cuestión de fondo, que es la salud natural del hombre como fundamento de su felicidad y bienestar, será resuelta mediante costosos hospitales, grandes fábricas de medicamentos o prolija organización de los médicos. El ideal es que el hombre pueda gozar de esa salud natural, como resultante del armónico desarrollo de sus actividades somáticas, mentales y sociales y no de una especie de estado negativo de falta de enfermedad —que es como entendemos hoy los médicos la salud— pues tratamos bajo todos los medios de mantenerla, o recuperarla recurriendo a expedientes más o menos eficaces pero artificiales, con sueros y vacunas, vitaminas y penicilina, hormonas y dietas científicas, exámenes periódicos, médicos y enfermeras. Nos aproximaremos más a la verdad y al verdadero fin de la medicina, cuando todas esas cosas sean menos necesarias. La ciencia médica y la medicina comenzarán a vislumbrar su triunfo el día que debemos cerrar los hospitales por innecesarios y corresponda reducir la actividad de la industria farmacéutica por falta de consumo, y ello ya está ocurriendo en países como Suecia en donde se han clausurado hospitales de tuberculosos por ausencia de enfermos. La esperanza de la humanidad y el objetivo de todos nosotros debe ser precisamente eso, descubrir los secretos de la inmunidad natural, evitar la aparición prematura de las enfermedades degenerativas y mentales, prevenir sus causas y prolongar la vida en condiciones tales de equilibrio orgánico que esta merezca la pena de ser vivida. El nuevo sendero para llegar a esa meta casi utópica parece ser, en este momento, la ordenación de la vida humana dentro de ambientes físicos, biológicos, sociales y económicos que superen las contingencias de la herencia, de la miseria y de la deformación cultural, a menos que venciendo esta especie de medicina dirigida que

practicamos ahora, se descubran los misterios del más allá de las estructuras histológicas y fisicoquímicas, de ese más allá de los procesos que conducen a la neurosis, a la locura o al crimen; y si ello ocurriera estaríamos en el camino de la restauración del hombre a la armonía de su ser fisiológico y mental, con lo cual de inmediato se transformaría el universo que no es sino el último resultado de las funciones integrativas de nuestro sistema nervioso y ese universo estaría, recién entonces, constituido para la felicidad del hombre; será el sueño convertido en realidad, aunque el mismo universo siga siendo algo inalcanzable e incognoscible, porque se confunde con Dios y con la eternidad.

El valor de la salud¹

La IV Conferencia sanitaria reunida en Washington en 1940, dispuso que el 2 de diciembre se celebrara en el continente el “Día Panamericano de la Salud”. Las autoridades sanitarias deben dirigirse al pueblo e invitarlo a meditar sobre el valor de la salud y rendir homenaje —al mismo tiempo— a los héroes de la ciencia médica que entregaron oscuramente su vida, para preservar para el pueblo el don divino de la salud, que según decía Schopenhauer en una carta escrita cuando ya su espíritu se sumergía en las sombras, “es el mayor tesoro ante el cual todo el resto no es nada”.

La medicina moderna tiende cada vez más a ocuparse de la salud y de los sanos, y su objetivo fundamental, no es ya la enfermedad y los enfermos, sino —retornando al viejo aforismo hipocrático— evitar estar enfermo o por lo menos evitar que el “estar enfermo” sea un hecho más frecuente que el “estar sano”, y orienta su acción no hacia los factores directos de la enfermedad, los gérmenes microbianos, sino hacia los factores indirectos, la miseria y la ignorancia, en el entendimiento de que los componentes sociales: la vivienda, la mala alimentación y los salarios bajos, tienen tanta o más trascendencia en el estado sanitario de un pueblo que la constelación más virulenta de agentes biológicos, puesto que los microbios han sido, de un modo u otro, dominados por la ciencia y no son ya tan temibles adversarios, comparados con el nuevo espíritu maléfico que juega entre las cifras demográficas de nuestro tiempo detrás de las enfermedades degenerativas o invalidantes, las cuales aumentan día a día, hora tras hora, como consecuencia del progreso y de la vida antinatural en que nos envuelve el urbanismo, el llamado progreso y la carga de males que es el precio que hay que pagar por la civilización.

Enseñar al pueblo a vivir en salud

La medicina debe no solo curar enfermos, sino enseñar al pueblo a vivir, a vivir en salud y con optimismo para que la vida se prolongue y sea digna de ser vivida, de modo tal que todos tengamos la posibilidad de alcanzar como una bendición de Dios, la muerte de los justos, que es muerte natural. En el momento, solo el 17% de las personas mueren de muerte natural. En cambio, mueren de enfermedades del corazón y de los vasos el 33%, de cáncer el 10%, de tuberculosis y enfermedades del pulmón el 20%, etc. Es evidente que la mayoría de la gente muere demasiado pronto.

¹Conferencia pronunciada con motivo del “Día Panamericano de la Salud” el 2 de diciembre de 1947, en el aula de la Cátedra de Higiene y Medicina Social de la Facultad de Medicina, a requerimiento de la Asociación Argentina de Médicos Higienistas. Dicha institución fijó el tema: el valor de la salud.

La vida media de un inglés es de 55 años, de un danés 71, de un norteamericano 58 y la de un argentino creo que no pasa de 48 años, señalando uno de los promedios más bajos entre los países civilizados, problema que conocen muy bien las compañías de seguros de vida, puesto que si aplicaran en la Argentina las tablas de vida media dinamarquesas estarían esas compañías en quiebra.

Tiempo de vida útil

En estos últimos cien años, la medicina ha hecho tantos progresos como en dos milenios pretéritos de la humanidad, y ha logrado como un triunfo prolongar el tiempo de vida útil del hombre, concretándolo en cifras que hablan elocuentemente de las posibilidades del ser humano. En el siglo XVI, el término medio de vida eran 26 años; en el XVIII, 34; en 1880, 40 años; y actualmente, estamos en cifras que oscilan entre los 50 y 60 años en los países más cultos y civilizados, pero no olvidemos que conservar la salud, vivir en salud es un índice de cultura y de civilización. Según profecías optimistas, en 1970 la gente de los países adelantados podrá vivir normalmente hasta los 80 años. Ello ocurrirá siempre que los Estados logren dominar y encauzar los factores sociales de la salud, y en el supuesto de que los nuevos adelantos de la industria no interfieran en la dinámica social tanto que alteren la biología de las masas y con tal que se mejoren los índices de mortalidad infantil, que en nuestros países de América determinan el bajo promedio de vida que hemos señalado.

Prolongar la vida y vivir en salud, es un viejo problema de la humanidad. Solo ordenando la vida humana, sanitaria, social y económicamente, se logrará lo que no logró ni la bebida de Medea, ni el arcano de Paracelso, ni los elixires “*ad longam vitam*”, ni los injertos de Steiner y Voronoff. La medicina está consiguiendo poco a poco prolongar la vida por medios menos maravillosos que en la antigüedad; dominando esos medios comunes y humanos quizás la muerte sea un mal postergable, no tanto como para considerarla una travesura según pensaba Mulford, sino para que alguna vez podamos repetir, frente a un ser querido, las palabras bíblicas: “y murió viejo y cansado de la vida”.

Queremos hospitales sin enfermos

El general Perón, al inaugurar un hospital —flamante y bello hospital, en el cual las camas limpias y alineadas en serie ostentaban orgullosas la blancura de sus equipos—, me dijo esta frase que recuerdo a título anecdótico: “Me gustan los hospitales sin enfermos, porque eso me evoca el día del triunfo de la medicina: el día que tengamos que cerrar hospitales por falta de enfermos”.

He ahí cómo el excelentísimo señor presidente, con profunda intuición, planteaba el auténtico destino de la ciencia médica y de la nueva ciencia de la salud. En efecto, no existe ningún gremio que trabaje más en contra de sus propios intereses que el de los médicos; todos nuestros esfuerzos —en especial de los higienistas y

epidemiólogos— se multiplican para evitar que aumenten los enfermos que son nuestros clientes; y nos sentiremos satisfechos de la medicina social el día en que los medicamentos y la cirugía no sean más necesarios; el día en que el pueblo sepa conservar su salud como un capital inapreciable y no dilapidarla como ahora; el día en que disminuya el número de consultas al médico “por razones de enfermedad”, y aumenten las otras, las de la gente que estando sana recurre al médico preventivamente; de los individuos que sin “estar enfermos” desean saber si su estado de “aparentemente sano” coincide con la realidad de su organismo. El día en que todos los sanos se hagan examinar para tener una idea exacta de su estado de salud, habrá triunfado la medicina preventiva, y habrá llegado el momento de cerrar los hospitales por falta de enfermos, como lo quiere el general Perón.

Los dos grandes bienes humanos

La libertad y la salud son dos bienes imponderables que, por su misma inmateria- lidad, solo se parecían en su valor inmenso el día en que se los pierde. Los pueblos del continente americano en las gestas heroicas de nuestra historia se unieron por primera vez para consagrar el nuevo concepto de la libertad, de la emancipación y de la soberanía popular en América. Similarmente, en 1881 se reunieron los repre- sentantes de los pueblos americanos para organizar la defensa en común del caudal biológico del continente y desde ese momento, quizás por primera vez en el mundo, un conjunto de pueblos hermanos fuertemente unidos por un ideal superior de vida, comienzan su lucha para acordar en Conferencias Sanitarias Panamericanas las medidas fundamentales que resguarden a los hombres, sin distinción de razas o nacio- nalidades, de todas las acechanzas que amenazan su salud, de todos los agentes que pudieran afectar su vitalidad y su capacidad de producción. Queríamos una América sana y libre. Fue así como los médicos percibieron, desde un comienzo, que existían problemas americanos, como el de la salud, que no podían supeditarse a límites geo- gráficos o históricos, sobre todo cuando las jurisdicciones políticas están de hecho ya superadas por la comunidad de voluntades, espíritus, sentimientos e ideales. Se dio un ejemplo al mundo al sancionarse el Código Sanitario Panamericano, ley de las 21 naciones de América; código en el que se enuncian normas de protección sanitaria para todos los pueblos del continente, afianzando por medio de un tratado interna- cional, preparado por médicos, el entendimiento pacífico de los pueblos; se abonó de ese modo la mente para una futura identificación panamericana en otros aspectos de la vida social y económica, como está ocurriendo actualmente. La salud ha sido, pues, la mejor diplomacia del panamericanismo.

Lo que debe entenderse por salud

En virtud de estos antecedentes de gran jerarquía moral, pudieron sancionarse el año pasado las directivas fundamentales de la nueva orientación de la medicina,

sobre la definición básica de lo que debe entenderse en América por salud, y, como ya lo he señalado en otras oportunidades, coincide en apreciar en la salud no solo el factor físico y mental, sino también la gravitación de las condiciones sociales. De donde resulta que la “salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Concebimos, pues, al hombre por su valor biológico positivo y permanente, por su estado de equilibrio, que es salud, y no por su valor negativo, episódico y accidental, que es la enfermedad.

El general Perón ha proclamado el derecho a la salud, superando —como he señalado en alguna otra oportunidad— la declaración básica de la “Organización Mundial de la Salud”. El derecho a la salud es uno de los derechos más olvidados, y, sin embargo, el más trascendente porque se vincula con la dignidad de la persona humana, con la vida colectiva, con la economía nacional e internacional. No es aventurado afirmar que la salud de los pueblos es una condición fundamental para lograr su seguridad social y su paz.

Consolidación de las leyes obreras

Con plena conciencia de esta doctrina en materia sanitaria, el excelentísimo señor presidente de la nación orienta su política social que, a su juicio, es condición “*sine qua non*” para la eficacia de la acción sanitaria específica. La tarea de los higienistas no rendirá sus frutos si previamente no se consolidan las leyes obreras destinadas a dignificar la tarea en las fábricas y oficinas, a mejorar los sueldos y salarios, a ampliar los beneficios de las jubilaciones y pensiones que amparen a la familia argentina, si no se protege y subsidia a la maternidad, se planifica la vivienda higiénica al alcance de todos y se organiza la economía nacional con sentido popular; en una palabra, hasta que el nivel de vida del pueblo le permita llegar sin esfuerzo a las fuentes de la cultura y de la higiene, es decir a los auténticos sostenes de la salud física, espiritual y social.

Para Grecia y Roma la salud fue siempre un ideal consubstanciado con la democracia, pues para ellos no podía existir armonía en la sociedad de los hombres, sin armonía orgánica de los individuos, sin una naturaleza humana capaz de gozar en la salud integral que supone el culto a la danza, a la gimnasia y al baño, a ese baño símbolo de limpieza que era el índice de la felicidad de esos pueblos creadores de cultura, de arte y de ciencia. Ellos afianzaron las bases de lo que hoy llamamos la Eubiótica, la ciencia de la salud, esa ciencia que supera a la higiene al ampliar con su lente los pequeños y grandes factores del bienestar humano.

Los mártires de la ciencia

La valorización de la salud como factor económico, social y de cultura, es ya una doctrina panamericana, rubricada por los héroes y los mártires de la sanidad, pues exige —como todos los grandes avances del espíritu humano— el sacrificio y la abnegación de los hombres a quienes el destino ha señalado para misioneros de las grandes causas.

Recordamos en este 2 de diciembre, el nombre del médico norteamericano doctor Reed, que con fines experimentales se inoculó el virus, por obra del cual sucumbiría un poco más tarde; al doctor Nogucci, investigador de la Rockefeller, que pereció buscando el germen de la fiebre amarilla, en las desoladas costas de África; al doctor Taylor Ricketts, quien en el año 1910 contrajo la misma enfermedad contra la cual estaba empeñado en luchar: el maligno tabardillo de México; al doctor Howard Cross, muerto en 1922 en Veracruz, víctima de sus investigaciones sobre fiebre amarilla; al doctor Gorgas, que planificó y ejecutó las obras de saneamiento de Panamá, gracias a lo cual se pudo construir el canal, pero que pagó con su vida esa hazaña agonizando en una cama de hospital en Londres.

En el Perú se recuerda y venera el nombre de Carrion, que inmoló voluntariamente su vida para demostrar, científicamente, la identidad de las formas de la enfermedad infecciosa que hoy lleva su nombre.

En nuestro país tenemos al doctor Javier Muñiz, que murió en su puesto luchando contra la fiebre amarilla, pero quiero también, en esta oportunidad, rendir homenaje a todos los médicos argentinos que oscuramente han muerto por contagios, y son centenares; hay muchos que contrajeron la tuberculosis en su puesto de trabajo sin que ni siquiera las autoridades hubieran tornado cabal conciencia del hecho; no podemos pedir mucho al respecto puesto que nosotros mismos — los médicos— subestimamos los riesgos diarios y permanentes a que nos expone la profesión. Pero quisiera extraer del olvido un nombre —quizás desconocido para todos ustedes— que simboliza al héroe anónimo de la medicina argentina, uno de esos héroes olvidados porque desaparecieron con la modestia y abnegación con que vivieron cumpliendo con su peligroso deber. Voy a recordar al doctor Abraham Fernández, médico del ex Departamento Nacional de Higiene, que investigando el tífus exantemático en la cordillera de los Andes, y después de evitar que nuestra patria fuera invadida por este mal, cayó víctima de la misma infección que él había evitado a tantos otros seres indefensos.

Estos sacrificios son indispensables para el progreso de la ciencia médica y la defensa sanitaria de los pueblos de América. Como entre hombres primitivos, en que los pactos de amistad se ratifican mezclando la sangre de los jefes, así nosotros —todos los pueblos de América— hemos entregado sangre de nuestros hombres de ciencia para el bien colectivo, porque después de todo, de acuerdo al precepto de Nietzsche “debemos escribir con sangre, porque solo así aprenderemos que la sangre no es otra cosa que el espíritu”. Solo seremos grandes y fuertes, si esa América sabe y comprende que por encima de los materialismos está el espíritu, el espíritu santo de nuestros héroes y nuestros mártires.

Cuatro mil millones de pérdidas

La conquista del bien colectivo, de la salud, ha sido concretada sacrificio sobre sacrificio, en base al corazón y al espíritu, sin advertir y sin pensar que al mismo tiempo, todos esos esfuerzos humanitarios —concebidos sin espíritu de lucro— se traducían

a la larga en bienes materiales y concretos. Tierras afectadas por el paludismo o por cualquier otra peste no valen nada y no producen, pero por obra del saneamiento se transforman en fértiles y ubérrimas, su precio sube enormemente, y el hombre puede fecundarlas sin temores y cubrirlas de verde, puede desparramar en su seno el germen de futuras cosechas, en la certeza de que las espigas doradas cantarán al ritmo del viento, la canción triunfadora de la prosperidad y de la felicidad del hombre.

Alguna vez hemos calculado lo que se pierde en nuestro país por razones de enfermedad, llegando a la conclusión de que esas pérdidas suman cuatro mil millones de pesos al año. Pero este es un aspecto negativo; tasamos en pesos lo que se pierde. ¿Pero hemos calculado alguna vez el valor de la salud, es decir el valor positivo? ¿Hemos calculado y meditado sobre lo que vale un argentino en relación a lo que produce el país? Las inmensas riquezas de nuestra patria, toda esa caudalosa riqueza que se exporta, que asombra por su desproporción con el número de habitantes, nos está indicando a las claras que un argentino que produce tiene un alto valor. ¿La salud de ese hombre no tiene un precio? Si alguien desea ahondar en esta cuestión llegará a conclusiones sorprendentes, y su sorpresa será mayor, si compara lo que produce cada ciudadano, con las cifras que se invierten por persona para conservar la salud de ese productor celular que es el hombre argentino.

Cuesta un precio traer un niño al mundo, educarlo, modelar su carácter, darle una instrucción técnica y formar un hombre; todo eso cuesta dinero al Estado y a los padres, como cuesta también atenderlo como enfermo o pensionarlo como jubilado. Por eso no es solo un deber, es hasta una conveniencia material, evitar que este ser —que es un capital invertido— deje de producir o se transforme prematuramente en una carga para la familia y para la sociedad. Si la vida útil del hombre se acorta, si el término medio de vida es muy bajo, como ocurre en nuestro país, cerrando los ojos se puede asegurar que el Estado y la sociedad están haciendo un mal negocio.

La fría conveniencia de los números

Todas estas afirmaciones, a pesar de su tono materialista, demuestran que la medicina fundada en la caridad, en el sentimiento de solidaridad humana, en la filantropía —que son esencia y fondo del concepto médico—, tiene también el respaldo de la fría conveniencia de los números, los cuales pueden ser apreciados perfectamente por cualquier hombre de negocios.

Muchas soluciones, sobre todo las sociales o económicas, escapan a las posibilidades del médico. En otros países, en Chile por ejemplo, fueron médicos los promotores del movimiento social, del seguro y de la previsión social, porque nuestro gremio, como pocos, conoce las miserias y grandezas del ser humano, aunque desgraciadamente, en nuestro país, el sentido social de la medicina no ha sido aun totalmente apreciado por el cuerpo médico, sin dejar de reconocer por ello la existencia de espíritus selectos y precursores que desde años atrás intuyeron el gran problema nacional que hoy se resuelve por la política social del Gobierno del general Perón.

Las cuestiones vinculadas a la madre y al niño, por ejemplo, prueban que se trata de problemas que deben ser resueltos más con un sentido médico-social, que técnico-profesional. A los fines de la salud pública, es más importante proporcionarle a la madre los medios para que una vez que tiene el hijo a su cargo pueda defenderse de contingencias posibles, o bien proporcionar al padre, junto con el sentido de la responsabilidad, los medios para atender al nuevo hijo. Todo ello vale más que rodear al parto de lujos sanatoriales, que de hecho y biológicamente son menos indispensables.

Factores contrarios a la salud

Los factores que gravitan en el mundo actual para reducir el valor de la salud son a nuestro juicio:

1. La vida artificial, impuesta por la civilización. Eso solo se corrige colocando al hombre en condiciones tales que subsista lo más cerca posible de las condiciones naturales de vida. Ejemplo: evitar que el pueblo se nutra de alimentos conservados en lugar de los naturales y frescos, o que por errores de concepto los someta a deformaciones culinarias, quitándoles todo el valor que tienen crudos. Sabemos muy bien que hasta ahora ningún alimento artificial puede reemplazar al natural; los especialistas en niños no han inventado aún un alimento capaz de sustituir al pecho materno. Solo a título de ejemplo menciono este hecho, tal vez un poco impresionado por una estadística que hace poco realizamos en un barrio muy modesto de la capital, donde se comprobó que el 95% de sus habitantes se alimentaban exclusivamente de alimentos en latas y de fiambres. Casi todos carecían de cocina.
2. El sedentarismo que se produce como secuela de la concentración de población en los grandes centros urbanos, y lo que resulta de esas mismas grandes concentraciones, para ajustar la protección recíproca a las infecciones, malos hábitos, falta de luz, contaminación del suelo, basuras, etc. Todo esto se combate racionalizando la educación física y regularizando las ciudades con los verdes necesarios, saneando y adecuando la población a las zonas; en otros términos, aceptando las directivas modernas del urbanismo, que a fin de cuentas es una rama de la higiene —porque no existirá arquitectura racional, si no respeta las leyes de la higiene pública—; concepto que resulta claro al leer la “Carta de Atenas”, concebida por arquitectos, pero que pudo ser ratificada por los médicos higienistas.
3. El neomalthusianismo, que causa más muertes que el hambre, la guerra y las pestes, con todo un cortejo de males complementarios, con su fatal incidencia sobre la salud de la mujer al debilitarla y preparar el injerto de otros males ineludibles.

A pesar de todos estos planteos generales de la medicina, a pesar de que disminuyendo la mortalidad por infecciones se ha logrado prolongar la vida del hombre, de los enormes progresos de la terapéutica y de la cirugía, de la inteligencia social con que se están abordando los problemas médicos, de que vamos reduciendo rápidamente el área palúdica, de que la mortalidad infantil disminuye ostensiblemente, a pesar de todo estamos ante problemas concretos del enfermo “que claman al cielo”, como diría Paracelso.

A pesar de todo —repito—, los manicomios están atestados de enfermos; la mortalidad por cáncer no ha disminuido, al contrario parece crecer; una tercera parte de los hombres mueren por enfermedades del corazón; y 12.000 tuberculosos deambulan por el país sin tener dónde internarse.

El crecimiento de la población

Ese es el panorama de nuestra patria en la materia, pero ello no quiere decir que estemos especialmente atacados por enfermedades, sino simplemente que nuestra población ha crecido como diez y nuestras defensas sanitarias solo como uno. Dejemos constancia que ese uno —ya muchos años atrás— era muy insuficiente frente a la magnitud de los hechos, ante los cuales la actitud más cómoda fue siempre o ignorarlos o negarlos.

Por eso en el plan sanitario de la Secretaría de Salud Pública de la Nación se contemplan tres etapas, que pueden realizarse paralelamente, respondiendo al estado de necesidad de cada zona del territorio:

Primera etapa: Atender a los enfermos que ya existen y que son a razón de 1 cada 100 habitantes; para eso deben construirse todos los hospitales que hagan falta, aunque los higienistas nos digan que con hospitales no resolvemos el problema de la salud del pueblo. Pero el hecho es que hasta tanto nuestras organizaciones sanitarias no se perfeccionen y lleguen al nivel a que deban llegar, no podemos prescindir de los hospitales.

Segunda etapa: Evitar que la gente se enferme o tomar precozmente a los pacientes en momentos en que, bajo un aspecto de buena salud, ocultan un mal evolutivo y desconocido para el mismo interesado. Eso exige una tarea grande de educación y la organización de la medicina preventiva a la que estamos entregados con todo entusiasmo, venciendo dificultades que parecen invencibles y que son de todos modos grandes.

Tercera etapa: O de la medicina formativa, que tiene por objeto adoptar las medidas necesarias para que el hombre argentino nazca fuerte y se desarrolle sano, con un sentido de la vida tal que le permita ser feliz en el trabajo, gozar de los pequeños y modestos placeres de la vida; en otros términos, que sea hombre de afrontar las contingencias del destino con fe y optimismo. Todo eso es posible cuando el ser humano tiene ese ahorro de potencial biológico que se llama la salud, porque “estar sano” significa poder cumplir los fines de la propia existencia y afrontar la vida con suficiencia y vocación. Solo así surgirá del pueblo argentino el gran porvenir que le está señalado, con libertad y poderío, y solo así marchará hacia su meta vocacional,

“más allá del mar, que es el morir”, superando los lindes, donde nuestra creencia cristiana ha ubicado la ruta eterna de la inmortalidad.

Sería inútil aclarar —ante médicos higienistas— que estas tres grandes etapas del plan por la conquista de la salud del pueblo argentino se cumplen sucesivamente, pero su desarrollo es simultáneo, dándose por ejemplo en la primera etapa preferencia al problema del enfermo, sin dejar de lado al sano y sin dejar, en menor proporción, de modelar las generaciones futuras.

El hombre es capaz de grandes cosas —inclusive de modificar y perfeccionar la naturaleza humana—, por eso los médicos tenemos profunda fe en la nueva orientación social de nuestra patria, porque a su impulso podemos transformar las desarmonías en armonías, para bien y felicidad del pueblo argentino.

Sugestiones para los futuros congresos nacionales de medicina¹

Es para mí un honor —como médico, profesor universitario y secretario de Salud Pública de la Nación— inaugurar el VII Congreso Nacional de Medicina, después de casi diez años en que este congreso había dejado de satisfacer los propósitos tan bien expresados —en su oportunidad— por su primer presidente, el doctor Gregorio Aráoz Alfaro, estimado maestro que hoy, al cabo de un cuarto de siglo, está aquí, entre nosotros, cumpliendo como un soldado con su deber de ciudadano y de médico eminente.

El Poder Ejecutivo Nacional —al que represento en estas circunstancias— observa complacido el desarrollo de una intensa actividad intelectual en el país, paralelo a su pujante desarrollo económico social y que aparece como respondiendo al deseo reiteradamente expresado por el excelentísimo señor presidente de la nación, general Juan Perón, de promover todas las altas manifestaciones del espíritu, es decir de la ciencia, del arte y de la cultura, las que deberán vigorizarse, adoptar formas nuevas o simplemente volver a los antiguos cauces abandonados.

La medicina como ciencia social

El tradicional Congreso Nacional de Medicina está casi olvidado —repito—, no obstante su brillante tradición, su utilidad práctica y el significado de sus reuniones, como expresión del adelanto de la medicina, sin dejar de reconocer que su trascendencia sería mucho mayor si concebimos a la medicina no como ciencia aplicada, como mero esfuerzo técnico profesional, sino también como ciencia social supeeditada a las necesidades generales del pueblo y del Estado.

El señor presidente de la nación apoya decididamente las iniciativas serias como la que hoy nos congrega, y no las estimula con promesas, sino con realidades concretas, como lo prueban los congresos y conferencias sanitarios nacionales e internacionales que se han celebrado o se celebrarán en nuestro país, los cuales —como pocas veces— han recibido la ayuda oficial práctica y efectiva para asegurar su éxito y lucimiento.

¹Discurso pronunciado al inaugurar el VII Congreso Nacional de Medicina, el día 9 de diciembre de 1947 en La Plata.

Gobierno dispuesto a colaborar

Es difícil que otros Gobiernos hayan expresado con mayor claridad y decisión el deseo de colaborar con las iniciativas científicas de los universitarios como este Gobierno del general Perón, que estará gustoso en todos los campos donde se requiera su presencia para el triunfo de la gran tarea de la investigación y el progreso de las ciencias, y estará presente no solo con su estímulo moral, que no es suficiente, sino con aportes materiales, sin los cuales la ciencia y la investigación quedan reducidas a meros anhelos y buenas intenciones. Nada sería más grato al espíritu nacional —y, por ende, al Gobierno que represento— que la prosperidad y abundancia económica del país se traduzca en una gran prosperidad de las investigaciones originales y en una mayor suma de descubrimientos científicos, que pueden ser ya frutos maduros del talento, del esfuerzo y del patriotismo del hombre argentino.

Los congresos médicos configuran por ahora el mejor sistema, el sistema más orgánico de presentar una síntesis viva de la experiencia científica y técnico profesional, recogida por los médicos de mayor prestigio y dedicación en cada una de las especialidades y subespecialidades en que, por evolución necesaria y natural, se ha dividido la ciencia médica. Es además un medio eficaz para actualizar los conocimientos del médico práctico, promover el intercambio de ideas, doctrinas, procedimientos terapéuticos y técnicos y facilitar el entendimiento directo y personal entre estudiosos e investigadores dentro de un mismo orden de conocimientos.

Los progresos de la medicina

Los médicos, más que otros agentes de la actividad humana, somos muy dados a organizar congresos, conferencias, jornadas, o reuniones generales o especializadas, y lo hacemos —vaya esto en descargo— no por deporte o por exhibicionismo, sino impulsados por una verdadera y auténtica necesidad profesional y científica. Esa necesidad se origina en la naturaleza misma de las ciencias médicas, en las rápidas mutaciones de doctrinas y de criterios y, sobre todo, en estos últimos años, en el progreso constante y acelerado de la técnica que impone al profesional que desea “estar al día” una actividad permanente para renovar sus orientaciones y métodos. La medicina ha progresado en estos cincuenta años tanto o más que en dos milenios de vida civilizada. Por lo mismo y como una consecuencia, ocurre que las soluciones técnicas cambian con tanta velocidad que apenas han sido publicadas en una revista científica, aparece otra que señala un nuevo progreso, una nueva conquista un nuevo descubrimiento.

Perfeccionamiento del diagnóstico

El perfeccionamiento técnico —por ejemplo— ha transformado el diagnóstico en un arte que día a día se aproxima a la precisión matemática, siempre naturalmente, que sus detalles sean manejados por especialistas. Contrariamente, el médico general,

por lo mismo que debe afrontar problemas variados, está lejos de estas precisiones y le resulta difícil por no decir imposible, mantenerse informado de los progresos, no pudiendo disponer de un panorama del estado actual de la ciencia médica, sino a costa de grandes sacrificios. El Congreso Nacional de Medicina debe tender, pues, a presentar a los médicos del país el panorama a que me refiero. Es indiscutible que el médico que no estudie y lea constantemente, queda en poco tiempo muy rezagado y su actividad profesional resentida por inactual y por falta de información, siéndole muy penoso ante la falta material de tiempo y por sus absorbentes actividades, suplir ese inconveniente que ningún colega desconoce. De donde resulta —insisto—, que sería una finalidad trascendente y al mismo tiempo práctica del Congreso Nacional de Medicina, el hacer llegar al médico argentino todas aquellas adquisiciones recientes, actualizadas y ordenadas con sentido crítico, dejando a un lado la hojarasca para concretarse a lo positivo y bien confirmado, de modo tal que se pueda satisfacer al médico con ansias de información y perfeccionamiento, presentándole periódicamente un conjunto de normas útiles y bien seleccionadas; todo ello, sin perjuicio de la inclusión en los temarios —como se hace ahora— de las contribuciones altamente especializadas de investigación o tratamiento, o de simple comprobación de hechos de observación o experimentales.

Organización estable y permanente

Para cumplir cabalmente estos propósitos sería eficaz transformar la vigente organización del Congreso Nacional de Medicina, en una organización estable y permanente, donde su éxito y regularidad no dependa exclusivamente de los entusiasmos, buena voluntad y sacrificios personales de los dirigentes y de su mayor o menor dedicación, sino que siempre esté asegurado de antemano por disponer de fondos, directivas, sede y personal propio. En otros términos, crear una verdadera institución encargada únicamente de preparar el Congreso Nacional de Medicina hasta en sus más mínimos detalles. El Gobierno de la nación no tendrá ningún inconveniente en contribuir con su apoyo a estabilizar y consolidar la organización, que podría estar a cargo de un comité permanente formado por representantes de los diversos sectores y por todos los ex presidentes del Congreso, pues el Poder Ejecutivo está convencido de la enorme importancia que asumiría dicha organización desde el punto de vista social, científico y profesional.

Felicito, pues, en nombre de la Secretaría de Salud Pública de la Nación a los organizadores de este Congreso Nacional, en especial a su presidente doctor Christmann, y les digo que apreciamos y agradecemos en nombre del país, el esfuerzo que significa el haber llevado a feliz término la tarea, sobre todo después de tantos años transcurridos en que la magnífica historia de los Congresos Nacionales de Medicina había quedado detenida.

En mi carácter de secretario de Estado, responsable de la salud pública de la nación, desearía aportar al Congreso algunas sugerencias dictadas desde mi actual posición de hombre de Gobierno, ya que, como cirujano contribuyo modestamente

en la sección especializada con mi experiencia sobre cirugía de la médula espinal. No podría dejar pasar este momento oportuno sin precisar algunos puntos de vista sobre la planificación del Congreso que hoy inauguramos, desprovistos por cierto de todo asomo de crítica e inspirados, por el contrario, en el anhelo ferviente de que se introduzcan algunas reformas conceptuales —a mi juicio ventajosas— en el venidero Congreso Nacional de Medicina que desde ya hago votos para que se realice lo más pronto posible.

Los problemas sociales

El Congreso actual consta de tres grandes secciones: I) Biología; II) Medicina; III) Cirugía. En mi contacto con las necesidades sanitarias del país he podido advertir la falta alarmante de preocupación de los médicos por los problemas sociales relacionados con la medicina y la administración sanitaria, por lo cual insinúo —como algo impostergradable— la creación de dos secciones nuevas en el Congreso Nacional: la IV) de Higiene y Medicina Social y V) de Organización Hospitalaria.

Esbozo esta sugestión porque estoy convencido de que si el Congreso se mantiene encastillado en sus tres secciones tradicionales, nos habremos atado a las clásicas orientaciones de la medicina individualista y cientificista, olvidando que la medicina contemporánea se orienta al ritmo de la tónica social de los pueblos y que el binomio secular, médico-enfermo, tiene un tercer socio interesado en la actividad del médico y ese socio es la colectividad representada por el Estado, que día a día toma más injerencia en la organización colectivista de los servicios médicos desde el momento que un enfermo, una recuperación funcional postergada sin motivo, un inválido, una incapacidad prematura, una muerte injustificada, perjudican por igual a la familia y a la sociedad; y no es por consiguiente, un problema de exclusiva incumbencia del médico y del enfermo.

La palabra de los especializados

La medicina —en sus aspectos sociales— es la que preocupa a los hombres de Gobierno; por eso deseáramos escuchar el consejo y las orientaciones de los especialistas en estos temas, especialistas que, desgraciadamente, son muy pocos en nuestro país, por lo cual convendría estimular su formación en mayor escala. Observando la lista de trabajos presentados a este Congreso, se advierte la escasa contribución de estudios concretos sobre los temas que interesan urgentemente al país, es decir a la organización sanitaria de la nación: por ejemplo, ni un solo trabajo sobre régimen sanitario de mercados y frigoríficos, ni un solo trabajo sobre reglamentación de la higiene de los cementerios, ni sobre solución del problema de las basuras, ni sobre higiene de las ciudades, etc.

La *IV sección* o de *Higiene y Medicina Social* podría comprender subsecciones sobre higiene pública, medicina preventiva, Medicina del trabajo, higiene y medicina del

deporte, seguro de salud, medicina escolar, epidemiología y endemias, bancos de sangre, medicina de los seguros de vida, asistencia de alienados, asistencia de los enfermos de mal de Hansen, el problema social y de recuperación de los tuberculosos, el saneamiento urbano y rural, la bioclimatología y el termalismo, la meteoropatología, el valor económico del hombre argentino, la asistencia social, los servicios sociales, la lucha antipalúdica y contra las enfermedades regionales, y tantos otros problemas de gran importancia para la colectividad.

Mi trabajo sobre 50 o 100 casos de tumores de médula, reunidos en diez años de experiencia en neurocirugía puede ser una contribución interesante a la medicina individualista, pero carece de todo valor frente al tremendo problema económico y social de los 100.000 tuberculosos por año, de los 30.000 alienados y de los 3.000 leprosos que ambulan por el país en busca de una cama; de los 200.000 palúdicos que rinden el 30% de su capacidad de trabajo y de los 50.000 seres que se pierden al año —y que no debían perderse— por falta de una organización médico sanitaria suficientemente capaz de resolver esos problemas. Lo que ganamos con el tratamiento individual de un enfermo, que tiene la suerte de ser atendido con todos los recursos de la técnica, debe ser proyectado ahora al ámbito social para que todos los argentinos, pobres o ricos, gocen de los mismos beneficios desde el momento que la salud es un derecho igualitario y que no reconoce jurisdicciones políticas ni sociales ni económicas.

La Organización Hospitalaria

La V sección que propongo, o sea la de *Organización Hospitalaria*, resulta de la necesidad de administrar racionalmente los establecimientos asistenciales y estudiar los nuevos proyectos en relación con las funciones. Declaro que en esa materia estamos en los primeros balbucesos, por no decir en pleno empirismo. Nuestros médicos —salvo excepciones en algunos funcionarios— poco o nada se han preocupado de la planificación de un hospital y de su manejo especializado, siendo contados los que conocen, por ejemplo, lo que son servicios generales, esto es, la instrumentación racional de cocinas, roperías, lavaderos, crematorios y los mil pequeños detalles que aseguran la administración científica de un establecimiento, es decir su elevada eficacia técnica y social, con el mínimo de costo y el máximo rendimiento.

Nuestros hospitales, actuales y futuros, reclaman que los médicos tomen en serio la necesidad de especializarse en administración hospitalaria, que es una de las más complejas y difíciles que existen. Actualmente cualquiera, por el solo hecho de ser médico, considera que puede dirigir un hospital; y la cosa no es tan fácil. Lo dirigirá sí, pero a costa de los enfermos, de su alimentación, del mal servicio, de un enorme dispendio de dinero y de la desorganización integral del establecimiento. Luego se le atribuye todo a la falta de fondos, cuando se trata en realidad de falta de conocimientos administrativos, los cuales de existir, hubieran obligado a un planteo matemático de los gastos y a su jerarquización en relación a los servicios.

La obra médico-social del Estado

Me veo en el deber de señalar estos problemas a la clase médica para pedirle su colaboración patriótica a fin de que podamos de una vez por todas encauzar inteligentemente la obra médico-social del Estado, sin improvisaciones y tanteos infructíferos.

Otro problema que pongo a vuestra consideración es el déficit del personal de auxiliares técnicos, en primer término el de enfermeros, déficit que es tan grave en cantidad como en calidad. Si cada jefe de servicio o cada director de hospital no apoya o fomenta el desarrollo de las escuelas de nurses, nos encontraremos dentro de cinco años con magníficos establecimientos, pero con directores que ignoran la organización sanitaria y además para completar el cuadro, con un personal de 10.000 enfermeros y auxiliares sin la vocación y la preparación indispensables para su misión; seguiremos careciendo de auténticos enfermeros como ocurre actualmente, donde de 100, solo 5 están a la altura de sus tareas. Naturalmente que la Secretaría de Salud Pública de la Nación ha tomado ya las previsiones para que esto se evite en lo posible, pero el problema no podrá ser resuelto si no cuenta con la comprensión acabada del cuerpo médico argentino.

Para terminar, permitidme otra reflexión. Entiendo que para acentuar las finalidades prácticas del Congreso Nacional de Medicina, sería interesante para todos el establecer un relato inamovible —para cada vez que se produjera la reunión—, relato que podría denominarse: “Los cinco adelantos terapéuticos más importantes”, incluida en el concepto no solo la terapéutica clínica, sino también la quirúrgica. Este relato debe tener un carácter de divulgación y estar concebido en forma tal que interese por igual a todos los médicos, cualquiera fuere su especialidad.

Os pido disculpas por algún exceso involuntario en mis apreciaciones. Al enunciar con franqueza mi pensamiento, creo contribuir a vuestra tarea, como médico y como secretario de Salud Pública. No podría comportarme de otra manera, perteneciendo como pertenezco, a un Gobierno ejecutivo y realizador, cuyos integrantes no se pagan de las palabras convencionales y de la simple rutina formal. En nombre del general Perón, jefe y animador de la nueva Argentina, hago votos para que vuestras deliberaciones sean presididas por el generoso desinterés de la ciencia, el amor al prójimo y el deseo de servir a la patria.

Misión del personal y directivas a los médicos de salud pública¹

El año pasado instituímos la comida anual de camaradería, con la concurrencia de todos los empleados, sin distinción de jerarquías y cargos, a fin de que todo el personal de Salud Pública, desde el médico eminente hasta el más modesto de los servidores, comparta la misma mesa como compañeros de trabajo. En nombre del general Perón, que ha depositado en nosotros su confianza, os saludo y lo hago como compañero y amigo de todos ustedes.

Concepto general de la organización

El mismo secretario de Salud Pública no cuenta nada individualmente dentro de la organización estatal destinada a velar por la salud pública; en cambio, valemos mucho en conjunto, todos nosotros, como institución dinámica que cumple las tareas de atesorar caudales biológicos para la patria, empresa donde nuestra insignificancia debe agrandarse hasta las dimensiones del problema nacional y afrontar por separado, y en conjunto, el plan de acción de la Secretaría.

Solo es posible resolver el problema trabajando y trabajando hasta el último esfuerzo; solo así seremos dignos del pueblo que confía en nosotros y de la familia argentina, germen y movimiento celular de la riqueza, prosperidad y grandeza nacional.

Fue también uno de nuestros propósitos aprovechar estas comidas de camaradería para tributar un homenaje cada año, a un técnico y a un obrero que hubiesen demostrado cabal comprensión de sus funciones, elevado sentido moral o abnegación al servicio de la salud pública. El año pasado lo hice por primera vez, encontrándose entre los presentes los propios interesados, sorprendidos del reconocimiento consagratorio de que se los hacía objeto. Esta noche pongo a consideración de ustedes dos nombres: *el de un médico* y *el de un peón*. Ni uno ni otro están entre nosotros, pero por sus méritos debemos declararlos presentes en esta fiesta de compañerismo, de la amistad y del reconocimiento.

Me refiero al doctor *Arturo Temporini* y al obrero *Miguel Guanca*.

¹Discurso pronunciado en la segunda comida anual de camaradería del personal de la Secretaría a su cargo, el día 22 de diciembre de 1947.

Funcionarios y obreros dignos de Salud Pública

Al doctor *Arturo Temporini*, director del Leprosario San Francisco del Chañar, que solo, sin colegas que lo ayuden en forma permanente, a cargo de 300 leprosos, aislado del mundo en un campo desolado, lejos de todo, ganando un sueldo insignificante durante años, sustraído al ejercicio privado de la profesión, ha sido capaz de mantener un hospital en condiciones ejemplares de eficiencia técnica y social, rodearse del afecto de los enfermos y de la disciplina consciente del personal.

Al peón jornalizado *Miguel Guanca*, que durante años ha sido —y sigue siendo en el hecho— un funcionario. Merece llamarse “*funcionario*” porque ha velado honradamente por los intereses de la Secretaría de Salud Pública, cuidando las 5.000 hectáreas del llamado “*Potrero de Linares*” en Salta, olvidadas las tierras y olvidado su humilde y circunstancial representante durante años y que, sin embargo, ha sabido mostrarme una verdadera estancia en lugar de un potrero, hermoso lugar donde ahora, —extraída del cementerio burocrático— el hombre solitario y el campo fecundo serán los sillares de la ciudad Hospital de la Provincia del Güemes legendario, entre cuyos gauchos, entreverado de lanzas y guardamontes, atronó los valles con gritos de desafío algún remoto antepasado de ese modesto empleado de Salud Pública, servidor de la tierra ecuménica y fáustica, instintivo y vital defensor de la patria auténtica y pacífica y ejemplo de paz para el mundo atormentado.

En fin, quisiéramos que esta comida como las que se realicen futuramente, continuando esta iniciativa, sea una reafirmación simbólica de unidad espiritual entre los empleados de la Secretaría de Salud Pública, quienes deben sentirse orgullosos de pertenecer a ella, orgullo afianzado en el compromiso irrenunciable, contraído implícitamente por todos nosotros, de sentir y pensar lo mismo en el cumplimiento de nuestros deberes; en otros términos, *tenemos el compromiso de patear para el mismo arco, como lo ha dicho tan gráficamente el general Perón*. En nuestra organización, por tratarse de un cuerpo nuevo, que crece por aposición y por creación constante, el peligro de la desunión es mucho mayor que en cualquier otra parte, donde el ritmo y las normas tienen tradición. En un año, de 6.000 empleados fundadores, hemos llegado a 26.000, distribuidos en todo el país; este rápido crecimiento no ha podido realizarse sin los dolores propios del crecimiento.

Invocación al compañerismo

Os pido especialmente *respeto para los compañeros sobrecargados de trabajo*. Las Direcciones Generales de Personal y Administración ahora tiene exactamente cuatro veces más tarea que antes, nada más que para atender nuestros problemas, sin contar los inherentes a las funciones específicas de la Secretaría; por eso algo hemos delegado en la Inspección General de Personal, creando en ella la Sección Bienestar de los Empleados de esta Secretaría de Estado.

No es posible resolver de golpe todos los problemas individuales, ni es posible, que un empleado de 25 o 30 años de servicios, que durante un cuarto de siglo ganó

\$160 m/n y ahora, gracias al general Perón, gana por el escalafonamiento \$375 m/n, proteste porque a los 10 meses no se le vuelva a ascender a \$500 m/n. Eso se llama *incomprensión* y más que incomprensión, *inconsciencia*. Todos deseamos, el presidente de la nación en primer término, que cada uno tenga su merecido, pero tampoco aceptaremos, bajo ningún punto de vista, reclamos inoportunos que no se justifiquen en la capacidad o el rendimiento.

No olviden que hace un año apenas, los médicos ganaban \$200 y que había centenares de viejos empleados con \$160 m/n: a pesar de sus incontables años de servicios; *que había miles que jamás fueron ascendidos*. Ahora eso ha sido reparado y se ha promovido personal dentro de las posibilidades del presupuesto, pero ya sabemos que los ascensos parciales nunca conforman a nadie. Os aseguro, en cambio, que si alguno hubiera quedado postergado a pesar de su antigüedad, a principios del año próximo, todos serán elevados a la categoría que les corresponda por sus méritos, no por sus recomendaciones, que serán *desterradas de nuestra organización por la falta de ética que ellas implican*.

En cuanto a los médicos, reconozco que a ellos solo les hemos acordado el sueldo mínimo, porque su escalafón era menos urgente que el del personal más modesto, es decir, el administrativo y el de maestranza. Pero anuncio para el año próximo el escalafón integral para los médicos sanitarios —es decir— para los que llamo "*Médicos de Salud Pública*", que constituyen una categoría especial dentro de la profesión.

Señores médicos de Salud Pública: es indispensable que todos los días respandezca en vuestro espíritu la convicción de que la medicina argentina está sufriendo un profundo cambio de orientación y que tratéis de infundir esa misma certeza a todos los colegas que no son de Salud Pública.

Nuevos conceptos dominantes en la medicina argentina

El año pasado señalé —en estas mismas circunstancias— los grandes factores sociales de la salud y de la enfermedad, y en el curso del año lo he repetido hasta el cansancio, en tantas oportunidades como se me han presentado. La alimentación insuficiente o inadecuada del pueblo, la vivienda insalubre, el mal vivir higiénico, la ignorancia y la pobreza son enemigos nuestros, tanto *como los microbios o más que ellos*, sin contar que los hombres de nuestro tiempo pagamos un subido tributo vital a los llamados progresos de la civilización, a su técnica, a su concentración industrial y a sus grandes y antihigiénicas ciudades.

En un año de lucha hemos comprobado con estadísticas en la mano, cómo la mejora de los salarios —sobre todo en el interior del país—, la mayor cultura sanitaria, una conciencia social despierta y atenta a la cosa pública, han gravitado decisivamente sobre el estado de nutrición del pueblo que está aprendiendo a vivir y sobre la mortalidad infantil, la cual decrece a ojos vistas, y, en general, sobre todo el estado sanitario de la nación, que mejora día por día en forma muy ostensible. La situación actual es una consecuencia indirecta y en alguna medida imprevista, de la política social iniciada hace cuatro años por el general Perón; obra social y humana que debe

ser completada, en sus consecuencias biológicas, por el cuerpo médico argentino, a quien le corresponde la responsabilidad ante el país, de desarrollar la doctrina médico-social argentina hasta sus últimas posibilidades.

La medicina no es una simple rama de la biología; no es una ciencia de la naturaleza exclusivamente, como pensaban nuestros antecesores; es también una ciencia del espíritu y en este orden de ideas puede también considerársela como una rama de la sociología, de la moral y hasta de la economía política.

La medicina es como un ser mitológico con su cuerpo sumergido en las tranquilas aguas de las ciencias naturales y su cuello saliente de esas aguas, en el ámbito de las ciencias del espíritu, allí donde se interrelacionan y conviven los hombres. Los médicos de Salud Pública debemos ver no únicamente la biografía clínica o quirúrgica, sino también los otros antecedentes biográficos, los que emergen de la superficie, en el horizonte de nuestro positivismo tradicional —los morales, psicológicos y sociales—, en cuya estimación los médicos andamos todavía bastante desavezados, por lo cual se nos escapa la totalidad del enfermo, no como enfermo, sino como hombre. Estamos entendiendo recién las palabras de San Isidoro cuando decía que: “la medicina es la filosofía segunda, porque una y otro se ocupan del hombre entero”.

Directivas al médico de Salud Pública

El médico de Salud Pública debe poseer una conciencia moral, histórico-social y una visión de economista y hasta un hondo sentido religioso, porque sin religiosidad no es posible comprender el dolor de otros hombres, y sin esa comprensión no hay acto médico integral. Sin fe y sin creencias, la medicina sería en sus manos simple cosa de artesanos y la sanidad mera cuestión de ingeniería; incluso, en la pendiente del escepticismo materialista, aceptar como cierto lo de Platón, de que: “la medicina es mala si se emplea para defender a los débiles y enfermos”.

A la Secretaría de Salud Pública de la Nación no le interesa la enfermedad en sí, sino el enfermo como hombre que produce y que sufre moral y socialmente. Por ejemplo: frente a un caso de infiltración pulmonar, un médico de Salud Pública no puede ni debe conformarse con un diagnóstico y tratamiento bien indicado; debe saber el médico que ese ser ha edificado un hogar, tiene un destino que cumplir, una profesión o una carrera que se interrumpen, desde el instante que la enfermedad lesiona no solo el soma, sino también el espíritu y el medio circundante familiar y social, el comundo, el *umwelt* o “mundo circundante” de Hans Driesch. Solo en ese estado de enfermedad, descubrimos los hombres que la vida no es más que el temor a la muerte, y para que nuestros fines personales no terminen en ella, nos arrojamos a mirar al otro extremo del túnel para percibir apenas la luminosa presencia de Dios.

Todo esto debe saber y sentir el médico de Salud Pública, quien, con el ánimo tenso en la obra, podrá entonces dirigir la tarea celular de miles de médicos que trabajan con sus manos en el cuerpo de otros hombres y con sus espíritus en el espíritu de millones de enfermos.

Médico y enfermo son camaradas

No basta curar a los enfermos, evitar que los sanos se contagien, prolongar la vida útil del hombre, encauzar el desarrollo de la raza, reducir los índices de morbilidad y mortalidad, sino que es indispensable también recuperar los enfermos para la sociedad, reconstituir su personalidad moral y social, readaptarlos, reeducarlos de nuevo en la vida y conducirlos por el camino que los espera al abandonar el lecho, y, en ese sentido, médico y enfermo, deben ser “camaradas en el mismo camino”.

Advertimos que aun en los casos de curación completa, no existe la *restitutio ad integrum* de que tanto hablamos los médicos. El hombre que ha superado una auténtica enfermedad, no vuelve jamás a ser el mismo, ni tiene las mismas posibilidades anteriores, por lo cual sería más exacto hablar de *integra reditio ad vitam*, el retorno a la vida, ese retorno a la vida que ha pintado magistralmente Scotti en un cuadro que habréis visto en un salón de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, sin meditar, quizás, el hondo significado filosófico de la concepción del artista. Retorno a la vida de un hombre íntegro y sano, curado si se quiere, pero otro hombre frente a otra vida.

El médico debe y puede “reinstalar al hombre en una existencia nueva, con nuevos fines y nuevos medios”; tiene en sus manos el don mágico de recuperar seres humanos, posibilitándolos para sus fines y si cumple con su obligación como médico y como hombre, habrá cumplido consigo mismo, con el Estado, con la sociedad y con Dios.

El hospital argentino, además de los fines a que se aplica, debe tender a nuevos objetivos, entre otros los que derivan de su transformación como centro de reeducación, readaptación y reconducción de los seres que curados han abandonado su recinto, con destino al mundo y a los suyos. Nos cabe a todos concretar en la práctica la doctrina enunciada y para ello —insisto— es indispensable trabajar con unidad de pensamiento y con responsabilidad.

Ningún esfuerzo ejecutado con amor se pierde, nada se destruye en la lucha secular contra los sufrimientos del hombre, ni aun el más modesto esfuerzo; todos movemos la rueda eterna y allí sumamos sacrificios para transformarnos, aunque más no sea en partículas infinitas del gran todo; allí perdurarán nuestras buenas acciones y aunque ellas no sean nada más que un punto en el espacio o un instante en el tiempo, allí estará algo de nuestro espíritu, porque ese punto en el espacio, o ese instante en el tiempo, es parte de la misma eternidad, ya que el amor nunca fenece, mientras que la ciencia pasa y se olvida.

Ya lo dice el Eclesiastés: “Hay un tiempo en que has de caer en manos de los médicos y ellos rogarán al Señor para que te aproveche lo que para tu alivio te recetan”. He ahí la necesidad del asentimiento divino para el éxito de nuestra obra como médicos; por eso el año pasado, al recordar a nuestros enfermos, os invoqué las palabras sagradas del Maestro, que vuelvo a repetir las para que resuenen como bajo cúpulas de oro: “Todo lo que hagáis por los enfermos, lo hacéis por mí”.

La educación sanitaria¹

Dentro de la medicina se ha diferenciado en estos últimos años una nueva rama que se llama *educación y difusión sanitaria*, la cual tiene por objeto enseñar al pueblo el arte de conservar la salud y la técnica de vivir de acuerdo con los principios de la higiene. Los médicos no debemos únicamente curar los enfermos en los hospitales o evitar que los sanos contraigan alguna enfermedad aplicando las normas de la medicina preventiva. Nos cabe también la obligación y la responsabilidad de aconsejar y conducir al pueblo por la senda de la vida plena, de acuerdo con la naturaleza humana, en el orden biológico, moral y social, evitando el despilfarro de potencial humano por negligencia o ignorancia. Si no cumplimos este propósito, nada aportaría la medicina a la masa, puesto que el bienestar físico y mental, es el punto de partida de todas las determinantes de la felicidad del hombre, como que la felicidad se pierde en cuanto el espíritu del mal se posesiona del cuerpo o del alma. La enfermedad es un accidente, es lo negativo; en cambio, la salud es algo permanente, lo positivo, lo cotidiano, lo que tenemos todos. Como en el caso de la libertad, advertimos angustiados que algo nos falta el día mismo en que la hemos perdido.

Cuidemos y defendamos nuestra salud con el mismo ahínco con que cuidamos y defendemos nuestra libertad. La libertad en todas sus formas es un derecho del pueblo; la salud, en todos sus aspectos, es también un derecho del pueblo, aunque menos conocido y menos cotizado, porque la organización de la salud pública es una conquista muy reciente de la humanidad. Mientras que la valorización de la libertad lleva cinco milenios de elaboración, la salud —como materia del Estado y derecho del pueblo— tiene no más de cincuenta años, y solo en las más recientes constituciones de los países adelantados se ha incorporado ese importante capítulo legislativo. En nuestra patria, la salud ha sido reconocida y proclamada por el general Perón como uno de los derechos fundamentales del trabajador.

Para eso ha creado el general Perón la Secretaría de Salud Pública, para que defendamos ese derecho, lo respetemos y lo hagamos respetar. A él, al excelentísimo señor presidente de la nación, le debe el pueblo argentino la posesión y la conciencia de este nuevo derecho, que, como todos los derechos, comporta deberes.

Ningún peronista puede descuidar su patrimonio original, que es su salud, sin faltar a un deber con la patria, que necesita hombres fuertes, felices y optimistas, capaces de afrontar con energía, inteligencia y decisión la inmensa tarea de construir la nueva Argentina, la Argentina de Perón, de Perón cifra y ejemplo de gobernante pacifista y constructivo en un mundo atormentado.

¹Conceptos pronunciados por Radio Belgrano, el día 23 de diciembre de 1947, con motivo de la iniciación de una campaña popular de difusión sanitaria.

La difusión, educación y propaganda sanitaria es el instrumento de que dispone la Secretaría de Salud Pública de la Nación para hacer llegar al pueblo directivas para el cuidado de su salud, es decir para el cumplimiento de su deber a fin de que sus derechos se puedan ejercer legítimamente.

El que se enferma por negligencia o el enfermo que se agrava por desidia no tiene derecho a reclamar la asistencia del Estado, que necesita en esta materia más que en ninguna otra, la colaboración de todos los habitantes de la nación y de todos los grupos sociales.

La educación sanitaria de las masas se opera por los medios modernos de difusión y propaganda: periodismo, radio, escuela, conferencias, cinematógrafo, afiches, etc.

Con la colaboración de Radio Belgrano y por gentileza del señor Jaime Yankelevich, la Secretaría de Salud Pública de la Nación inicia hoy una campaña de difusión sanitaria de tipo auténticamente popular, en un lenguaje llano, y al alcance de todos.

Es para mí una satisfacción inaugurar estas audiciones y quiero dejar constancia de que ellas no comportan erogación alguna a la Secretaría de Salud Pública de la Nación, porque el director de Radio Belgrano entiende que de esta manera colabora con las ideas del Gobierno del general Perón y le presta un señalado servicio al pueblo.

Queda inaugurada la audición “Conserve su salud” y muchas gracias a todos.

Frente a dos nuevas concepciones: centro sanitario y ciudad-hospital¹

Son dos concepciones nuevas en materia de organización de la asistencia médica preventiva y curativa. Quizás no son nuevas en cuanto a los principios, pero sí en su forma de aplicación al medio ambiente nacional. En cierto modo se trata de una doctrina argentina, sobre la cual se edificarán las obras fundamentales del plan quinquenal de la Secretaría de Salud Pública de la Nación.

1. El *centro sanitario* es un conjunto de consultorios polivalentes, con servicio social, visitadoras sanitarias y bioestadística, para captación de enfermos, reconocimiento de sanos y tratamientos ambulatorios. Por su naturaleza, debe ser urbano, bien central, de fácil acceso. Desde allí, con ambulancias, un servicio muy completo de transportes, se remiten los enfermos a la ciudad-hospital. La construcción del edificio del centro sanitario —de tres pisos— se ha planificado sobre una manzana de terreno (Tucumán, Catamarca y Salta); en ciudades más pequeñas, en media manzana (Jujuy) y excepcionalmente en nueve manzanas, en caso de agregársele un campo de deportes (Santiago del Estero). Se han proyectado ya cinco centros sanitarios en correlación cada uno con una ciudad-hospital. Los centros sanitarios en sus detalles varían según el número de habitantes a controlar (veinte mil, cincuenta mil y setenta mil, que es el más grande). No entraremos en pormenores, pero cabe destacar que los centros sanitarios llevan anexos baños públicos, lavadero de ropa para el público, sala de conferencias y cinematógrafo y las sedes de las delegaciones seccionales (en el 3° piso).
2. La ciudad-hospital es el organismo típicamente hospitalario, de asistencia de los enfermos individualizados en el centro sanitario o por medio de sus visitadoras. Funciona siempre —idealmente— en correlación con uno o más centros sanitarios. La ubicación de la ciudad-hospital es suburbana; puede carecer de consultorios externos, pues estos se encuentran en pleno radio urbano en los mencionados centros sanitarios. Si se lograran suprimir de la ciudad-hospital los consultorios externos, dejando la tarea de diagnóstico y tratamiento ambulatorio al centro sanitario, se eliminaría de hecho un 70% del movimiento de público “externo” que tanto perturba la paz y tranquilidad de los internados. Las personas que concurran a la ciudad-hospital lo harán con el exclusivo propósito de su internación y serán remitidas con su clasificación por el centro sanitario respectivo.

¹Escrito para el *Almanaque de la Salud*. Edición de 1943.

La ciudad-hospital debe estar de 5 a 25 kilómetros de la ciudad y construirse sobre un espacio libre amplio de 50 hectáreas (Tucumán y Catamarca, por ejemplo), 1.000 hectáreas (Santiago del Estero) o 5.000 hectáreas (Salta). En líneas generales, la construcción de la ciudad-hospital es ideal en aquellas provincias donde no hay nada organizado en materia de asistencia, pues entonces se puede hacer todo de un golpe y en forma orgánica. Cuando ya existen soluciones más o menos completas (Mendoza, Córdoba) debe adaptarse la nueva concepción hospitalaria a lo existente.

La ciudad-hospital estaría integrada por un grupo de monoblocks técnicamente independientes, pero administrativamente centralizados. Una ciudad-hospital completa, contaría con los siguientes elementos:

- a. Monoblock para policlínico, incluido cirugía general, maternidad-escuela y escuela de puericultura.
- b. Monoblock para tuberculosis (hombres, mujeres y niños, separados convenientemente).
- c. Monoblock para alienados y neuróticos, separados convenientemente.
- d. Servicios generales comunes (administración, depósito, frigorífico, talleres, garage, etc.).
- e. Hogar-escuela de Nurses.
- f. Centro cívico, con vivienda para el director general y directores de cada sector, sus familias, vivienda para el personal, escuela, iglesia, cine-teatro, parque, etc.

Centro sanitario y ciudad-hospital constituirán una sola unidad y no podrán actuar por separado; sus círculos de acción se complementan. El número de camas puede variar al infinito. Estas organizaciones no deben ser solo lugares para vigilar la salud de los sanos, prolongar su vida, evitar que se enfermen y curar a los ya enfermos, sino que, al mismo tiempo, deben desarrollar una intensa acción cultural, complementaria de la escuela y de la universidad. Cada centro de la Secretaría de Salud Pública de la Nación debe ser un núcleo técnico que irradie cultura, educación, investigación y progreso para las masas argentinas.

No podríamos entrar en detalles en estas breves definiciones, ni discutir las ventajas o inconvenientes del sistema; queremos enunciar los conceptos básicos y nada más.

A nuestro juicio, el planteo enunciado es la solución ideal para los núcleos semirurales o semiurbanos como las capitales de provincia. Se han estudiado —de acuerdo a esta doctrina— los centros sanitarios y ciudades-hospital de Santiago del Estero, Catamarca, Jujuy, Salta y Tucumán. Se encuentran en vías de concretarse las soluciones para Corrientes, San Juan, La Rioja y San Luis. Las obras de gran envergadura, como son estas, deben estar a cargo de la nación; las complementarias —pequeños hospitales rurales, salas de primeros auxilios, etc.— a cargo de las sanidades provinciales.

Con estas ideas concretas he querido prologar el “Almanaque de la Salud”. En lugar de un saludo convencional a los colegas y al público, prefiero exponer uno de los aspectos de la orientación técnica en la Secretaría de Salud Pública de la Nación,

que tiene como inspirador y ejemplo al general Perón, y como contenido emocional y fin social, el movimiento humanitario de la Ayuda Social, iniciado y dirigido por la señora María Eva Duarte de Perón.

Medicamentos a bajo costo para el pueblo: “EMESTA”¹

Deseo informar al pueblo sobre la iniciativa de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, de lanzar al mercado farmacéutico las especialidades medicinales del Estado, con la sigla “EMESTA”, creada por Decreto 25394/46 Y que lleva la firma de nuestro presidente el general Perón.

Una de las primeras preocupaciones del señor presidente de la República ha sido la de hacer llegar a la población no pudiente el máximo de medicamentos de mejor calidad y a bajo costo, y en ese sentido nos impartió las instrucciones pertinentes. Se trazó un programa de producción que se encuentra perfectamente delineado en el Plan Quinquenal de la Secretaría a mi cargo, y hoy tengo el honor de anunciar que circulan ya en plaza unos cien productos “EMESTA” a bajo costo. Ellos pueden ser solicitados en cualquier farmacia, pues toda farmacia tiene la obligación de ponerlos a disposición del público cada vez que este los solicite. El público identificará dichos productos por su envase característico y por el sello de la Secretaría de Salud Pública de la Nación.

Aprovecho también la oportunidad para dejar constancia del enorme esfuerzo técnico, científico y de trabajo que significa el haber concretado la iniciativa en tan breve plazo, pues nuestra repartición no cuenta aún con una planta industrial suficientemente poderosa, pero tengo la seguridad de que pronto, con las ampliaciones, podremos afrontar —en una segunda etapa— un plan mucho mayor de producción.

Los productos “EMESTA”, en lo que se refiere a sueros, vacunas, insulina, adrenalina, opoterápicos en general, se preparan en los laboratorios del Instituto Malbrán, dependiente de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, salvo trece especialidades medicinales, cuya elaboración ha sido confiada a laboratorios privados que han querido solidarizarse con la obra de Gobierno, contribuyendo cada uno de ellos con un producto de precio muy reducido.

No se compite con la industria privada

Agradezco a esos señores fabricantes su colaboración, y declaro que con esta iniciativa no se pretende suplantar a la industria privada, sino simplemente elaborar ciertos productos que por sus dificultades técnicas o su costo industrial, no son o no pueden ser abordados en los momentos actuales por la industria argentina, por

¹Disertación radial del 2 de marzo de 1948, con motivo de haberse lanzado a la plaza las especialidades medicinales del Estado (“EMESTA”).

ejemplo los sueros y vacunas, pero todo ello sin perjuicio de crear una línea de productos baratos, que llamaremos fundamentales o básicos, desde el punto de vista médico-práctico, destinados a aliviar el dolor, respetando al mismo tiempo el bolsillo de las familias que en momentos de angustia deben recurrir a una farmacia

Los productos “EMESTA” son un 50% o 75% más baratos que los similares, y los del Instituto Malbrán, en calidad, son iguales o mejores que los mejores importados, por lo cual los médicos y el público pueden confiar ampliamente en su eficacia y seriedad.

Naturalmente que con esta serie de cien productos no alcanzamos, ni remotamente, a cubrir la demanda de estos preparados que han sido entusiastamente acogidos por médicos, farmacéuticos y enfermos. Pero os puedo asegurar que no cejaremos en nuestro empeño —porque así lo quiere el general Perón— hasta ofrecer a cada paciente un producto “EMESTA”, científicamente preparado y a un precio reducido.

Sentido de los tratados sanitarios firmados con los países limítrofes¹

En nombre del pueblo argentino y del excelentísimo señor presidente de la nación, general Juan Perón, os saludo y agradezco vuestra contribución al convenio que firmarán nuestros países en el día de hoy. Personalmente os expreso mis felicitaciones por la forma cordial en que se han desarrollado las deliberaciones en Salta, cordialidad comparable solo a la buena voluntad y entendimiento que se puso de manifiesto en el Acuerdo de Montevideo que firmamos hace pocos días.

El Acuerdo de Montevideo contempla las convenciones sanitarias específicas para las fronteras fluviales, con el Uruguay, Brasil, Paraguay y la Argentina. El Acuerdo de Salta, que ratificamos hoy, se refiere a los problemas sanitarios de fronteras terrestres y cabe destacar, que en este acuerdo se contemplan dos situaciones nuevas: la del control sanitario de las migraciones entre Bolivia, Paraguay y la Argentina, por un lado, y por otro, la cuestión de la vigilancia sanitaria de nuestras carreteras internacionales, en especial con Bolivia.

Cooperación recíproca evidente

El espíritu de cooperación recíproca en todos los órdenes de la vida de nuestros pueblos es un hecho que no se discute, y sería obvio referirse a estos aspectos de la cuestión. El único camino que nos queda para ser prácticos es concretar en forma eficaz ese entendimiento y afinidad espiritual, a fin de que la unión sanitaria americana sea una realidad y no una simple aspiración doctrinaria, ya que si en algo están los países y pueblos totalmente de acuerdo, es en la necesidad de consolidar la salud como factor fundamental del bienestar y de la felicidad humana.

Entre nuestros países se han firmado ya convenios sanitarios: el primero entre Uruguay, Brasil y la Argentina en 1873; posteriormente se firmó otro en 1887 y los últimos en 1904 y 1914. Los primeros fueron de carácter circunstancial y transitorio, determinados por situaciones de angustia por la fiebre amarilla o la peste bubónica; los últimos tendían a unificar el criterio de las autoridades sanitarias de fronteras y puertos, pero fueron denunciados; el de 1904 por la Argentina en 1912 y el de 1914 —elaborado por Pena— nunca se cumplió.

¹Discurso pronunciado en el acto de la firma en Salta del tratado sanitario con Bolivia y Paraguay, el 30 de marzo de 1948, ante sus representantes, diplomáticos, ministro de Salud Pública del Uruguay, miembros de la misión sanitaria de México y altos funcionarios del Gobierno nacional.

La sanidad internacional rioplatense

Desde entonces la sanidad internacional rioplatense quedó totalmente abandonada por Gobiernos y autoridades responsables, y en lo que se refiere a nuestro país puedo afirmar que estamos en la misma época en que la dejó Pena, sin haberse cumplido siquiera el plan mínimo de saneamiento de puertos que había proyectado este gran higienista argentino y sin que los Gobiernos que lo sucedieron dieran cumplimiento a la Ley 1444 que Pena obtuvo por gestiones muy laboriosas ante el Congreso Argentino.

Desde esas fechas el Gobierno del general Perón ha retomado el problema, encontrándose frente a nuevas situaciones y nuevos conocimientos epidemiológicos que no existían en la época de Pena. Ha progresado nuestro conocimiento sobre los portadores y sobre las distintas formas de transmisión de las enfermedades; sobre el modo de prevenirlas y curarlas; han desaparecido los lazaretos y otras medidas clásicas, actualmente inoperantes a la luz de las nuevas adquisiciones técnicas; los sistemas de transporte, incluida la aviación, han modificado completamente su ritmo y sus procedimientos, obligando a la sanidad, como es lógico, a introducir también grandes innovaciones en sus sistemas de contralor.

Acuerdos modelo de técnica sanitaria

Todas estas concepciones modernas están contempladas en los nuevos acuerdos de Montevideo y de Salta. Los documentos son un verdadero modelo desde el punto de vista jurídico y de técnica sanitaria y por su organicidad configuran un enorme avance doctrinario y práctico en materia de política sanitaria internacional. Ello se debe a la versación científica de los delegados plenipotenciarios de los países firmantes y al asesoramiento de la Oficina Sanitaria Panamericana, situaciones excepcionales que debemos agradecer desde todo punto de vista.

Para ser justo, quiero destacar también la actuación de nuestro viejo profesor Alberto Zwanck, asesor de Política Sanitaria Internacional de esta Secretaría, que ha puesto al servicio del país y de los países americanos toda su larga y empeñosa experiencia, su entusiasmo, su ciencia y su patriotismo; y hago este elogio sin limitaciones porque sé que su figura internacionalmente respetada por las autoridades sanitarias del continente, es también, para los señores delegados y plenipotenciarios, una figura apreciada y querida como para todos nosotros.

Las comprobaciones de la experiencia

La experiencia anterior sobre acuerdos sanitarios demuestra que estos fracasan porque los Gobiernos no cumplen con sus cláusulas. Sabemos que los higienistas deben luchar denodadamente en sus respectivos países para que los Gobiernos políticos comprendan y estimen los esfuerzos del gobierno sanitario, y le acuerden los

fondos que se necesitan para proteger a nuestros pueblos contra los aportes exteriores de enfermedades y de enfermos. Sigamos luchando con igual ahínco, máxime en estos momentos en que los controles sanitarios de Europa parecen aflojarse y si Dios nos ha protegido hasta ahora, si hasta ahora nos hemos defendido con nuestros escasos medios, puede llegar el día en que la protección divina nos abandone y asistamos entristecidos a la aparición de una de esas epidemias, que matan más gente que una guerra, y que todavía azotan los sufridos pueblos de Asia y de África.

Hago votos, pues, para que los convenios sanitarios a que hemos arribado se traduzcan de inmediato en hechos concretos para bien y grandeza de nuestra América.

El cáncer, problema social que puede ser eficazmente resuelto¹

Inicia hoy la Secretaría de Salud Pública de la Nación, un ciclo de conferencias sobre la acción de la Liga Argentina de Lucha contra el Cáncer.

Dichas conferencias estarán a cargo de eminentes hombres de ciencia argentinos, que entre otras cosas os demostrarán: 1°) que el cáncer es una enfermedad curable si es descubierta precozmente; 2°) que el cáncer no es contagioso, pero que en cambio configura un problema social trascendente, pues, al lado de las enfermedades del corazón, produce el mayor número de “muertes evitables” entre la población.

Una de las armas más poderosas de lucha contra el cáncer es la divulgación popular de sus síntomas precoces. El pueblo, cada uno de nosotros, debe observarse atentamente para descubrir cualquier manifestación sospechosa: solo al comienzo es totalmente curable el cáncer.

El problema del cáncer tiene varios aspectos y soluciones.

1. El de su origen y causas. Esto no es una cuestión resulta, aunque es considerable lo que se ha adelantado en estos últimos 25 años. No pasará mucho sin que el hombre de genio desconocido o el investigador profundo encuentre la solución del problema. La humanidad puede estar tranquila: miles de abnegados hombres de ciencia viven desde hace años persiguiendo infatigablemente el secreto que durante siglos sigue ocultándose en la entraña de los hombres para destruirlo y aniquilarlo.
2. El de su tratamiento. Generalmente el primer paso para curar una enfermedad es descubrir su causa. No conocemos la causa del cáncer, pero el empirismo y la experiencia de miles de casos prueba que la cirugía es por ahora la mejor solución, siempre que el bisturí llegue a tiempo antes de que el espíritu del mal hubiere consumado su obra de destrucción. Y están las radiaciones, los rayos X y el radium, aplicado bajo las más diversas formas. En virtud de una paradoja, del destino, la misma desintegración atómica de la materia, ese tremendo instrumento que amenaza terminar con la humanidad, es al mismo tiempo el agente más activo contra la célula cancerosa.
3. Instalar en el país un gran número de centros médicos de diagnóstico donde pueda concurrir el pueblo que aparentemente sano presenta los síntomas iniciales. El Plan Quinquenal de Salud Pública contempla esta situación y ya ha instalado dos centros de cancerología, uno en Tucumán y otro en Santa

¹Disertación radial inaugurando un ciclo de conferencias, el 11 de mayo de 1948.

Fe, y ha creado el Instituto de Neoplasias de la Capital Federal, a cargo del doctor Pessano.

4. Instalar grandes centros de asistencia al canceroso. Hemos comenzado la obra creando los Institutos de Oncología de Santa Fe y Tucumán, como complemento de los Centros de Diagnóstico.
5. La asistencia social del enfermo de cáncer. Esto hasta ahora se ha venido cumpliendo por medio de instituciones meritorias como la Liga Argentina de Lucha contra el Cáncer que, tiene por finalidad principal resolver los problemas colaterales, familiares y sociales de los enfermos, sobre todo su transporte a los Centros de Diagnóstico y tratamiento. Por eso pido a los médicos y al pueblo que colaboren con su obra generosa y desinteresada.

Hasta ahora los pobres pacientes del interior llegaban en última instancia a la Capital Federal, casi siempre para morir o retornar a sus hogares, a la espera de una noche sin esperanzas que hasta ahora la ciencia considera fatal e inexorable. Todos los que han tenido una desgracia de esta naturaleza saben que la Liga Argentina de Lucha contra el Cáncer ha estado presente para resolver o ayudarles a resolver tristes y penosas situaciones.

La obra del doctor Roffo

Al crearse los centros de salud pública en el interior con la colaboración de las filiales de la Liga de Lucha contra el Cáncer, hemos descongestionado el único establecimiento especializado de la Capital Federal —la magnífica obra del doctor Ángel Roffo—, el Instituto de Medicina Experimental, hombre a quien, por elementales razones de justicia, señalamos como el creador y fundador de la cancerología argentina. No debemos ser ingratos con los hombres como Roffo: Roffo representa una época, un período metafísico, si se quiere, de la cancerología, pero que nos ha permitido llegar a nuestros conocimientos positivos actuales. Sin él no existirían en nuestra patria las bases de una lucha racional contra el cáncer.

Rindo, pues, mi homenaje a Roffo, declarando que considero injustos a todos aquellos que pretenden juzgar a este abnegado médico argentino, con el cartabón de una cancerología moderna. Fue un precursor que vio por encima del problema técnico puro, el problema social del cáncer y no arriesgo nada si afirmo que, el doctor Roffo sembró generosamente, sembró a su manera y esos gérmenes han caído en surcos fecundos.

Aquí está la Liga de Lucha contra el Cáncer, una de sus hijas diletas, para continuar la lucha en defensa del pueblo y de la humanidad angustiada por el dramático misterio del cáncer.

La divulgación radial como una medida de educación sanitaria¹



Ramón Carrillo habla por Radio Belgrano.

Fuente: Archivo General de la Nación.

Hace unos meses Radio Belgrano ofreció a la Secretaría de Salud Pública un espacio de cinco minutos para efectuar una serie de conferencias de divulgación sanitaria.

Desde el primer momento nos entendimos perfectamente con su director. Personalmente no deseaba realizar un ciclo más de conferencias científicas que solo son apreciadas por los médicos y que tienen el inconveniente de que pueden —a su vez— ser mal interpretadas por los profanos.

Necesitábamos tratar los temas más difíciles de la medicina en forma *popular y amena*. Poner los conceptos fundamentales de la higiene al alcance del pueblo. Para ello se requería un lenguaje llano y una técnica radiotelefónica apropiada.

Nada es más difícil que divulgar conocimientos médicos: se puede caer en el ridículo o inducir a error a quien recibe esos conocimientos sin mayor discriminación.

¹Palabras pronunciadas en ocasión de celebrarse la 100ª audición de Salud Pública, en Radio Belgrano, el 12 de mayo de 1948.

Todo esto responde a una técnica que se llama difusión y cultura sanitaria y que tiene por objeto formar la conciencia popular sobre la importancia y el valor de la salud como caudal y capital inapreciable del hombre, tesoro que casi todos lo subestimamos hasta el día en que lo perdemos.

Sin conciencia sanitaria del pueblo no se puede realizar la obra preventiva de la salud pública. De ahí la importancia de esta tarea de educación médico-sanitaria.

Hoy, al cumplirse las 100° audiciones de Radio Belgrano, elaboradas bajo la supervisión de Salud Pública, solo me cabe declarar que el propósito inicial se ha cumplido. Se han vencido todas las dificultades, consagrándose uno de los experimentos más interesantes de divulgación científica útil y práctica que puede y debe hacerse por la radio.

Felicito al director de la audición —funcionario de Salud Pública— por todo lo que él ha hecho para que el pueblo sepa cómo el general Perón quiere que se trabaje por la salud de su pueblo y para el gran destino que le tiene reservado la historia.

La medicina del trabajo: planteos técnicos actualizados¹



Ramón Carrillo en la apertura del Primer Congreso Argentino de Medicina del Trabajo. 15 de mayo de 1948.
Fuente: Archivo General de la Nación.

Este congreso, que hoy es un acontecimiento brillante, nació modestamente como una iniciativa de un grupo de médicos que integran en la Secretaría de Salud Pública de la Nación, la Dirección de Medicina Tecnológica, su Instituto de Clínica Tecnológica y el Laboratorio de Higiene Industrial y Seguridad en el Trabajo. Esta idea no hubiera llegado jamás a concretarse sin el entusiasmo del doctor José Pedro Reggi —presidente del Congreso— que ha sido su animador y responsable exclusivo del éxito; gracias a él, lo que debió ser una simple reunión de los pocos especialistas de

¹Discurso pronunciado el día 15 de mayo de 1948, en el salón de actos de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, al declarar inaugurado el Primer Congreso Argentino de Medicina del Trabajo.

nuestro país en materia de higiene y medicina industrial, se ha transformado en un Congreso Internacional de Medicina del Trabajo, con posibilidades de dar origen a una institución panamericana que nos permita unificar en el continente las diversas doctrinas sobre sanidad de fábricas y de industrias.

La doctrina social del general Perón

Al saludar a las delegaciones extranjeras en nombre de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, debo declarar que la presencia de tantos concurrentes de los países hermanos evidencia el gran interés de los médicos, Gobiernos, obreros e industriales por el problema de la salud de los trabajadores, uno de los postulados de la doctrina del “justicialismo” enunciada por el excelentísimo señor presidente de la nación, general Juan Perón, creador, exégeta y realizador de una doctrina social y económica justa y humana, la más justa y humana quizás, dentro de las concepciones modernas de filosofía política.

Industrialización y racionalización

El gobierno del general Perón tiende a consolidar nuestra independencia económica, después de haberla conquistado mediante medidas históricas, que conducirán inevitablemente, en el orden material, a la industrialización del país. El esfuerzo de la nación que nos arrastra hacia el incremento industrial, por la racionalización de su comercio exterior e interior, debe estar bien encaminado desde el punto de vista sanitario, porque podría ocurrir que industrializara nuestro país a expensas de la armonía humana y de la salud de nuestros trabajadores. Los hombres, como los pueblos, cuando efectúan un esfuerzo de alto voltaje físico, mental y social, corren los riesgos biológicos inherentes a todo esfuerzo, sobre todo si, con fines de mayor rendimiento, se violan las leyes de la salud y de la higiene.

La industrialización de un país condiciona a su vez una serie de transformaciones, que van más allá de los simples cambios del orden económico. La industrialización incide sobre la salud colectiva e individual de millones de hombres por la naturaleza misma de la naturaleza del trabajo; gravita sobre la formación espiritual del pueblo, sobre sus costumbres y su actividad social; sobre las normas de la convivencia y el régimen de vida de la familia. El país debe estar preparado para afrontar racionalmente esta transformación en sus aspectos humanos, ya que los económicos se acomodan a leyes que no siempre coinciden con la esencia biológica de la nación.

Evitar los tropiezos de la imprevisión

La historia nos enseña que los pueblos que superaron más rápidamente la etapa del pastoreo y la agricultura para industrializarse —sin prever las consecuencias

biológicas y sociales de esta evolución— tuvieron que pagar con lágrimas su inexperiencia e imprevisión. Por ejemplo: la industrialización de Inglaterra.

Cuando Inglaterra comenzó su era industrial, las necesidades de la producción y el afán de lucro empujaron a una multitud de seres indefensos —mujeres, niños, débiles, enfermos— a enterrarse en los ambientes mefíticos de fábricas construidas precariamente, donde se pagaban jornales alucinantes, a cambio de horas sin fin de trabajo, de un trabajo irracional y sin respeto por la fisiología humana. Pero la sabiduría de siglos del pueblo inglés, su sentido práctico innato, le permitió reaccionar rápidamente; así se produce aquel luminoso informe de Chadwick, con el que se inician las leyes modernas del trabajo industrial y su adaptación a la naturaleza y dignidad humana, rebajada por el industrialismo al nivel de la esclavitud de que nos hablan las viejas historias de la antigüedad. No hay tratado de sociología obrera, no hay libro de política izquierdista, que no señale las cuatro décadas del siglo pasado como una era de maldición para los obreros ingleses; en su seno germinaron las teorías de Carlos Marx y de Bakounine, y la rebelión de las masas, las utopías sociales y la revolución como único medio para liberar al artesano del nuevo régimen de esclavitud por la industria.

Proceso industrial alemán

En cambio, en Alemania ocurrieron las cosas de distinto modo. Este país fue, hasta el año 1870, un país de economía rural; en esa época comenzó un intenso proceso de industrialización, proceso que culminó en el poderío de la industria alemana que todos conocimos. Pues bien, esa transición de la actividad agrícola-ganadera a la actividad industrial, gracias a la obra previsora de Bismark, se cumplió sin violencias y sin las rebeliones que acompañan como la sombra al cuerpo a toda injusticia colectiva; del seguro social alemán, surgió una legislación obrera que facilitó el desarrollo armónico de las fábricas alemanas, en forma racional y científica, de modo tal que llegaron a ser un modelo en el mundo, tanto por su tecnicismo como por su magnitud.

Nuestro país ha iniciado su era industrial. Todas las experiencias de la historia serán letra muerta si no las recogemos y perfeccionamos para felicidad de las masas argentinas. Por suerte para la patria, el general Perón, a quien ha señalado el destino para transformar la Argentina en un país industrial, sabe esto y muchas cosas más y vela constantemente para que el trabajo nacional se desenvuelva por el cauce fecundo de la justicia social.

Los principios de la higiene industrial

La Oficina Internacional del Trabajo ha realizado una obra inmensa que nos brinda las enseñanzas de otros pueblos y otras instituciones, encargadas de velar por la salud de los trabajadores, divulgando los sabios principios de la higiene industrial. No obstante la gran difusión de esta benemérita Oficina Internacional del Trabajo,

poco se ha hecho en nuestro país en la materia que hoy nos congrega. Nos encontramos al comienzo de la obra en Medicina del Trabajo, la cual está proyectada con todo detalle en el Plan Sanitario Nacional, plan que, por suerte, se está cumpliendo con toda regularidad en ese y otros aspectos.

Cuando se alude a la acción médico-sanitaria en los medios industriales, se piensa siempre en el conglomerado bonaerense y se piensa solo en él —especialmente por parte de los médicos— olvidando que, dentro de este núcleo industrial, solo existe un millón de trabajadores, frente a dos millones de hombres que en el interior del país trabajan en pésimas condiciones sanitarias, en centros industriales que reúnen todos los males del ruralismo y ninguna de las ventajas de las concentraciones industriales urbanas. Es lo que sucede en las selvas de Misiones, en el chaco santiagueño o en el Alto Paraná.

El desarraigo de la población rural

Esas masas humanas son arrancadas del ámbito rural, de una vida patriarcal condicionada por la agricultura y la ganadería familiar, y se las encierra entre los muros de nuevas industrias, de desarrollo vertiginoso, con todos sus epifenómenos: la promiscuidad, la fatiga, el hacinamiento, la vivienda antihigiénica y el cambio de alimentación. Las consecuencias médico-sociales del desarraigo de nuestra población rural y su absorción por la industria son: la tuberculosis bajo formas graves; el contagio venéreo; el alcoholismo; la carencia alimenticia y la invalidez prematura. Estos son los angustiosos problemas que la Medicina del Trabajo debe resolver en los ingenios azucareros, en los obrajes, en los yerbatales, en las minas de la precordillera, en los algodones y en tantas industrias colaterales a esas explotaciones. Para resolver esos problemas no basta que el Gobierno de la nación se preocupe, ni basta que igual conducta sigan los Gobiernos provinciales: es necesario contar con la comprensión de los industriales y de los obreros; solo así podremos salir de un estado verdaderamente prehistórico en materia de Higiene y Medicina Industrial y racionalizar biológicamente el trabajo asegurando un buen rendimiento, sin mengua del organismo humano.

Actividades de histórica grandeza

La agricultura y la ganadería —que hasta hace poco fueron los fundamentos exclusivos de nuestra economía nacional— son por su sencillez actividades llenas de grandeza para el hombre. El capitalismo no adquiere —en estos casos— las formas anti biológicas que adopta cuando se aplica a la industria propiamente dicha. En el pastoreo y en la siembra el hombre vive al aire libre, se levanta con el sol y se alimenta con los frutos que Dios diseminó abundantemente en nuestro suelo; en otros términos, vive más de acuerdo a sí mismo, sometido a las normas de la vida campesina, sin violar abruptamente las leyes de la naturaleza, que son también las

leyes de la salud y de la vida. El peón de nuestros campos, el chacarero, ha conocido las alternativas de la opulencia y de la pobreza, pero no ha sufrido jamás la auténtica miseria, ese triste patrimonio de las grandes urbes industriales, donde las masas — alejadas para siempre de la naturaleza— respiran, sufren y se mueven en un clima artificial; artificial en todos los aspectos y, por ende, capaz de producir la decadencia moral, física y espiritual del pueblo, si no se adoptan las previsiones médico-sociales que detengan la enfermedad, la invalidez, la delincuencia y la prostitución y consoliden la familia y la seguridad social; en otros términos, si no desarrollamos el “justicialismo” en el sentido peronista, aplicándolo a nuestro campo de la Medicina Social y de la Medicina del Trabajo.

Sesenta mil establecimientos industriales

Contamos en el país con sesenta mil establecimientos industriales; esta cifra nos indica que, de acuerdo al escaso desarrollo de nuestra organización sanitaria, el poder de policía del Estado no puede hacerlo todo. Es materialmente imposible vigilar el cumplimiento de las leyes sanitarias. No basta que estas sean buenas, sino también es necesario que se cumplan, y eso es lo difícil. No alcanzarían para la tarea de vigilancia miles de inspectores industriales; por eso debemos buscar otro sistema. La Secretaría de Salud Pública de la Nación entiende que lo práctico, por ahora, es educar sanitariamente al industrial y educar en el mismo sentido al obrero.

Es fácil educar al obrero argentino, pues la doctrina peronista le ha preparado la mentalidad y el corazón; la necesidad y su rápida inteligencia hacen lo demás. En cambio, parecía un poco más difícil convencer a los industriales, pero últimamente la Secretaría de Salud Pública de la Nación ha comprobado, por experiencias directas, que en un setenta por ciento de los dueños de explotaciones de todo orden, existe la mejor disposición de ánimo, siempre que se los oriente y convenza con argumentos efectivos. En algunos países se ha ensayado con éxito el colaborador sanitario, es decir el colaborador de oficio, escogido entre los gremios obreros, con carácter honorífico, para que, actuando con buen sentido, ayude a las autoridades en el cumplimiento de los reglamentos sanitarios. Contando con el patriotismo de nuestros trabajadores mucho se podrá obtener por esta vía, que ya fue ensayada en nuestra patria antes de 1917, para vigilar la aplicación de la ley de descanso dominical.

La obra a realizar en el futuro

Desde hace dos años el país vive febrilmente, ajustando los términos de los contratos de trabajo; hay constantes reuniones de patrones y obreros bajo la tutela del Estado; se discute y polemiza en todos los tonos sobre horarios, compensaciones y salarios, pero desgraciadamente se olvida a menudo la salud. Llegará un momento en que arribaremos al vértice de la curva, y ese momento será el oportuno para que patrones y obreros afronten con igual entusiasmo los problemas de la Medicina del

Trabajo, de la Higiene Industrial y de la Medicina Social. Entonces hablaremos — como lo quieren las bases del Código Sanitario Nacional— de cómo deben ser desde el punto de vista sanitario los edificios de las fábricas; la iluminación de los talleres; el confort de los ambientes de trabajo; los servicios médicos de la industria; la tarea en los subsuelos; las medidas de seguridad en las máquinas; la captación de polvos, humos, gases y vapores; de cómo debe practicarse el contralor de las sustancias tóxicas; de la organización de los primeros auxilios; del reclutamiento sanitario de los obreros; de los exámenes médicos periódicos, etc. Estos planteos de índole médico-sanitaria deben estar —como la ley ordena— bajo el exclusivo contralor del organismo de la sanidad nacional, y pueden ser completados por otras iniciativas médico-sociales específicas de la industria, como son los comedores y refectorios, las salas-cunas, los jardines de infantes, las cooperativas industriales, las mutualidades de fábricas, los campos de deportes y el perfeccionamiento intelectual, moral y social del obrero, con las bibliotecas de fábricas, los cursos de educación sanitaria, la ayuda económica familiar, etc.

Readaptación al medio económico-social

La Argentina no puede avanzar en su industrialización sin tener en cuenta estas previsiones, que no necesitan ser inventadas, pues existen constancias suficientes en países más industriales que el nuestro; solo hace falta una readaptación a nuestro medio económico-social, sin desechar la experiencia adquirida por las industrias mejor organizadas de nuestro propio país.

El primer decreto que me tocó suscribir como miembro del Gobierno —y que luego fue ratificado por la Ley 12912— es aquel por el que se transfirió la dirección técnica de la medicina preventiva y curativa a la Secretaría de Salud Pública de la Nación, cuya creación se había decretado pocos días antes. La aplicación en gran escala de la medicina preventiva —de la que tanto se ha hablado y por la que tan poco se ha hecho— recién ahora, después de cuatro años de estudios y discusiones, está entrando, por fin, en el terreno de las realizaciones concretas. Yo mismo he hablado demasiado contra mi norma habitual de presentar solamente los hechos; pero era indispensable preparar el ambiente en el mundo obrero, superar las necesidades asistenciales primarias que son previas al desarrollo de la medicina preventiva y preparar, sobre todo, el espíritu y la mente de los médicos argentinos, educados todos monopolarmente hacia el dominio exclusivo de la técnica de la medicina asistencial.

Labor de previsión sanitaria

Se trata de nada menos que organizar el reconocimiento periódico de tres millones de obreros y empleados, en aparente estado de salud y de radiar los portadores de síndromes mínimos como diría el doctor Ivanissevich; de síntomas inaparentes que nos ponen en camino de descubrir enfermedades larvadas, reumatismo,

cardiopatías, tuberculosis, nefritis o diabetes, que son otras tantas pendientes que conducen hacia el camino inexorable de la invalidez, de esa invalidez que comienza como una *minor disease*, al decir de los ingleses; dolencias mínimas, indisposiciones aparentemente transitorias, pero que encierran ya el germen funesto de males incurables o crónicos. En la patología de las masas la medicina preventiva tiene, pues, un fin esencial: descubrir al enfermo antes de que la enfermedad lo descubra; detener el vehículo antes de que se precipite; levantar la bandera de peligro y no tener que curar las graves consecuencias del accidente.

Las cifras de la estadística vital demuestran que es necesario concentrar el esfuerzo médico-social sobre las enfermedades degenerativas —como las cardiopatías, el cáncer, la diabetes y el reumatismo—, porque el cáncer y las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer término entre las enfermedades que matan más gente, y las dos últimas son las que producen mayor número de incapacidades para el trabajo. Es, por supuesto, el criterio que debe adoptar también la Medicina del Trabajo. Las enfermedades infecciosas poco a poco han sido dominadas por la ciencia; de algunas solo queda el recuerdo y de otras —que diezaban más pueblos que una guerra— nos vamos olvidando. El cólera y la fiebre amarilla, por ejemplo, si bien constituyen peligros potenciales, en el momento actual no pueden preocuparnos más que las fieras enjauladas en el Jardín Zoológico.

Medicina del trabajo

En materia de Medicina del Trabajo —frente a los nuevos planteos de la medicina preventiva— también existen fantasmas acerca de los cuales la enseñanza clásica insiste demasiado, con una falta absoluta de realismo. Por ejemplo, se habla mucho sobre el arsenicismo, el saturnismo, el fosforismo y tantas otras enfermedades del trabajo que podrían ser importantes en tiempos de Ramazzini, en el año 1700, cuando fundó la patología industrial. Pero en el año 1948, esas dolencias no son problemas, puesto que las estadísticas prueban que en el año —conjuntamente con las dermatitis profesionales y la neumoconiosis— no llegan a un centenar de casos. Son, a nuestro juicio, enfermedades del trabajo de puro valor teórico o académico, más dignas de un museo que de la preocupación del Estado.

En cambio, tenemos miles y miles de otro tipo de enfermedades que constituyen el problema cotidiano de la Medicina del Trabajo: el reumatismo llamado industrial; la brucelosis; el lumbago por actitudes viciosas durante el trabajo; las várices; las dermatitis varicosas; las úlceras por el trabajo de pie; la debilidad por hipoxemia —característica de los que trabajan en los subterráneos—; las hernias de esfuerzo; las rinitis, bronquitis y el asma determinado por las partículas aéreas del ambiente de ciertas fábricas; la patología ginecológica de las obreras; las várices pelvianas y los prolapsos por esfuerzo; la arterioesclerosis y la hipertensión arterial; la hipertrofia cardíaca, etc. No existe enfermedad que no pueda agravarse o evidenciarse por un trabajo inadecuado a las condiciones físicas personales, y tal vez esta circunstancia le hizo decir a Freycinet —equivocadamente— que “todo trabajo es insalubre”.

“No hay trabajos insalubres”

Los médicos argentinos estamos más de acuerdo con la frase del general Perón de que: “no existe trabajo insalubre, sino ambientes insalubres o inadecuadas condiciones de trabajo”. Esta afirmación pone las cosas en su lugar y presenta a la Medicina del Trabajo todo un programa de acción, que consistiría en modificar técnicamente los ambientes insalubres para adaptarlos a la fisiología del obrero, por un lado, y por otro, transformar el “trabajo inadecuado” a que se refiere el general Perón, en trabajo “adecuado” a la configuración psicósomática de cada individuo, mediante una correcta orientación profesional.

Los accidentes de trabajo

La profilaxis de los accidentes configura un nuevo capítulo de la Medicina del Trabajo, que se vincula con la recuperación y rehabilitación de lisiados; todo ello está previsto en el Plan Quinquenal de Salud Pública, pero considero que ningún programa podrá cumplirse acabadamente, si antes no se modifica la Ley 9688. Los accidentes de trabajo en la Argentina producen mil quinientos muertos y doscientos mil heridos al año, y las soluciones que hemos previsto en materia de traumatología obrera, contemplan el hecho de que cada accidentado necesita un término medio de internación de sesenta días, ya que el treinta y tres por ciento de los accidentes graves son fracturas.

He querido esbozar ante esta reunión de técnicos en Medicina del Trabajo las ideas generales que orientan la acción de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, tanto en el aspecto de aplicación, como en la doctrina que se imparte en la Escuela Superior Técnica desde su cátedra de Medicina del Trabajo, donde se forma y perfecciona nuestro propio personal.

Ramazzini, Owen y Gorgas

Han transcurrido más de dos siglos desde que Ramazzini describió las sesenta “Enfermedades de los Artesanos”, y un siglo desde que Owen formulara los principios del “Servicio Social en la Industria”, pero la Medicina del Trabajo comenzó a ser comprendida por Gobiernos e industriales, desde que Perroncito saneó la zona de San Gotardo y pudo construirse el túnel —gracias a que la higiene liberó a los obreros de la anquilostomiasis y de la terrible anemia de los mineros—, y desde la hazaña de un médico modesto, el doctor Gorgas, que permitió —mediante el saneamiento previo— la construcción del Canal de Panamá.

El doctor Gorgas murió en un hospital de Londres; tuvo la satisfacción de que el rey de Inglaterra —dejando a un lado todo protocolo— concurriera a visitarlo en su lecho de muerte, y que Gran Bretaña, adhiriéndose al duelo, le confiriera el honor sin precedentes en la historia inglesa, de repatriar los restos en un barco de guerra.

Para terminar, quiero dedicar un recuerdo al viejo Departamento Nacional de Higiene, donde se inició la Medicina del Trabajo en la Argentina y donde debe seguir, de acuerdo a nuestra tradición y a las leyes de la nación, porque la nueva ciencia, si ha sido creada y fundada por médicos, debe seguir en manos de médicos, que son los únicos que, por el órgano nacional de la sanidad, están en condiciones de resolver con imparcialidad y espíritu científico los múltiples problemas de la industria en su relación con la patología del trabajo.

Deseo, pues, que este Congreso de Medicina del Trabajo se inaugure con este recuerdo y bajo la advocación de los nombres gloriosos de Ramazzini, Owen, Perroncito y Gorgas, a quienes rendimos nuestro homenaje, pues entiendo que todo puede morir en los hombres, menos la gratitud colectiva por las obras abnegadas y generosas que siempre son una síntesis de lo más noble y puro del espíritu humano.

Orientaciones contemporáneas acerca de la medicina social¹

Sean mis primeras palabras de felicitación y agradecimiento para los señores médicos higienistas, y para la Asociación Argentina de Higiene, por haber promovido con tanta fe y entusiasmo este Congreso de Higiene y Medicina Social, que es un Congreso Sanitario por excelencia. Mis felicitaciones por la organización y el éxito obtenido y mi agradecimiento porque los higienistas argentinos, que comprenden y valoran el esfuerzo oficial por la salud pública, se han plegado desde el comienzo a la obra revolucionaria de transformación intensiva de la sanidad argentina, caracterizada por una gran precisión en los objetivos y modificación de los sistemas y de los fines de orden técnico.

Basta leer el temario: 1º) Seguro social; 2º) Condiciones de salubridad e insalubridad en el trabajo, y 3º) Centros de salud e higiene rural, para advertir que estamos frente a planteos concretos y coincidentes totalmente con los propósitos del plan de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, que podrían resumirse en la frase de René Sand, de que: “la concepción negativa de la higiene de ayer, cuyo punto de vista era evitar la enfermedad, hoy se superpone a la concepción positiva de desarrollar la salud”.

Antes, hasta hace muy poco, los médicos solo teníamos dos objetivos: 1º) curar los enfermos y 2º) evitar que los sanos se enfermaran. Tanto la higiene como la medicina giraban alrededor del hombre enfermo. Hoy toda la técnica sanitaria del Estado —superada la etapa primaria de atender los enfermos— debe concentrarse sobre un tercer objetivo: el hombre sano.

Debemos cuidar por sobre todas las cosas a los sanos, buscándolos en la vida cívica, vigilándolos durante el trabajo y durante el descanso, organizando sus distracciones y su esparcimiento, sin perder de vista que cada hombre tiene un valor concreto de producción, un sentido económico y social, pero sin abjurar tampoco del contenido espiritual, del rayo divino, que enaltece la vida humana.

Al declarar inaugurado este Congreso y siguiendo el criterio que he adoptado siempre para estas oportunidades, deseo fijar la posición de la Secretaría a mi cargo, frente a todos los problemas de la salud pública, y expresarles francamente mi opinión, aun a riesgo de ser incompleto o discutido en mis apreciaciones.

¹Discurso inaugurando el Primer Congreso de Higiene y Medicina Social, el día 17 de mayo de 1948.

Seguro Social

No me voy a referir a la Medicina del Trabajo, que es el segundo tema del Congreso, porque hace dos días hablé extensamente sobre el asunto. Me quiero ocupar del primer tema: el Seguro Social, en sus relaciones con el problema sanitario, es decir con el riesgo de enfermedad para expresarnos con un poco más de tecnicismo. Nos atrae el tema y nos ha preocupado hondamente. El Senado de la Nación le ha dedicado, por su parte, profunda atención, de suerte que nuestro aporte, por modesto que fuere, será siempre útil para ilustrar el elevado criterio de tan alto cuerpo legislativo. Entiendo que es un deber patriótico contribuir a una solución inteligente e integral de un asunto de tanto sentido revolucionario.

El problema debería ser una cuestión nacional —todos debemos estar pendientes de la cuestión— por las consecuencias funestas que podría tener su aplicación sin un estudio a fondo; de contrario modo el acierto —con la ayuda de Dios— levantaría nuestra patria a un nivel de vida imprevisible, asegurando la felicidad del pueblo argentino por más de cien años.

El “New Deal” de Roosevelt

El viejo concepto de Seguro Social adopta la forma más precisa de *Seguridad Social* en el año 1935, por obra del presidente Roosevelt, quien redescubre con claridad espiritual —y en función de estadista— antiguas ideas de la medicina social que jamás habían salido de los textos y de los tratados de doctrina, aquello que los viejos higienistas llamaban factores indirectos de la enfermedad, la miseria, el hacinamiento, la desocupación, etc. Estos puntos de vista fueron planteados en el terreno realista por Roosevelt y se columbran por primera vez nuevas soluciones en la doctrina social del gran presidente norteamericano.

Muchas de esas ideas del “New Deal” habían sido enunciadas con anterioridad, y existían importantes antecedentes legislativos en otros países, especialmente en Alemania e Inglaterra.

El Seguro Social de Bismarck

En el año 1881, Bismarck remitió al Parlamento alemán su proyecto de Seguro Social. Desde entonces el campo de la medicina comienza a bifurcarse, y origina dos ramas científico-sociales que en nuestros tiempos han llegado a diferenciarse tanto que no aparece claro el común origen; debido a ello, muchos no comprenden el problema, lo comprenden mal o no lo quieren comprender.

Estas dos grandes bifurcaciones son: la *asistencia médicosocial*, por una parte, y la *previsión*, por otra. Ambas están unidas indisolublemente en el plan de Bismarck. En sistemas médico-sociales, concebidos posteriormente, se han separado aún más,

las ramas originarias, aunque es evidente que su contenido social procede del campo de la medicina; es justo reivindicar para nuestra ciencia médica esa prioridad, prioridad que ha sido olvidada por economistas, sociólogos y legisladores, e incluso por los mismos médicos.

La previsión toma diversas formas: el mutualismo, los seguros voluntarios, los seguros colectivos y los seguros sociales. El Seguro Social alemán era obligatorio y la asistencia médica tenía el carácter del ejercicio de un derecho adquirido a través de los aportes. La asistencia médica, para los no afiliados, adopta el carácter de graciable; el interesado debe demostrar —en esos casos— su necesidad e incapacidad económica. Solo así puede recibir el beneficio de una prestación gratuita. Ambos sistemas de financiación de la asistencia médica, el oneroso y el gratuito, tenían sus respectivos organismos, sus instituciones, cajas, regímenes administrativos propios, su personalidad jurídica, etc. A menudo se superponía la acción del uno al otro, y era frecuente que una misma familia alemana tuviera que asistirse por ambos sistemas. Lo mismo ocurrió en Francia, con el régimen de las Cajas de Compensación, y en otros países donde se subsidia la maternidad, el parto, la lactancia, la tenencia de menores, y al mismo tiempo se acuerdan los beneficios del seguro de maternidad, desocupación u otros beneficios del sistema de previsión.

Las adaptaciones inconsultas

Esta dualidad de sistemas trajo, en los países que lo adoptaron —sin tener una organización tan evolucionada como la alemana—, un verdadero caos, por la superposición de prestaciones, el aumento de los costos, la ineficacia y dispersión de los servicios y la falta de comando técnico central. Algunos países sudamericanos, que copiaron estas ideas sin mayores adaptaciones, han introducido un verdadero desorden en su sistema de asistencia médica a los obreros. Quizás hubiere ocurrido aquí exactamente lo mismo, a no mediar el Decreto 16200/46, por el que se transfirieron los servicios médicos de la medicina preventiva y curativa de los afiliados a la Secretaría de Salud Pública de la Nación.

El Seguro Social se concreta en las cajas de jubilaciones, que son formas simples del seguro; en los Institutos de Previsión, y en sus formas más avanzadas se lleva el Seguro Social, a la categoría de Ministerios de Seguridad Social, como en Bélgica o Inglaterra. Se trata de poderosas organizaciones financieras y no de organizaciones hospitalarias, y hago esta aclaración porque existe una tendencia a creer que la previsión social y la asistencia médica son la misma cosa, cuando en realidad solo el 25% de la previsión tiene carácter médico.

Alcances del Seguro Social

El Seguro Social, teóricamente, debe cubrir los riesgos posibles del individuo y de la familia y proteger a toda la población, no solo a los obreros. Dicho seguro en un 25%

—como he dicho— cubre los riesgos de enfermedad y el 75% restante los riesgos de trabajo, la invalidez, vejez, desocupación, accidentes de trabajo, incapacidades transitorias, etc., y otorga cuotas de nupcialidad, natalidad, orfandad, viudez, etc. Las prestaciones médicas —dentro de los sistemas más prácticos— se efectúan por medio de las organizaciones médicas preexistentes y no por las cajas que se limitan a pagar y controlar los servicios. Las cajas de seguro centralizadas en nuestro Instituto de Previsión ha constituido el paso más concreto que se dio en el país para llegar al seguro social, y ello es mérito exclusivo del general Perón. El Instituto Nacional de Previsión será con el tiempo nuestro Banco Nacional del Seguro Social. Si el Seguro Social, en su aspecto de asistencia médica pasara a ser aplicado en su técnica por las Cajas de Previsión, tendríamos a la larga que transferir la Secretaría de Salud Pública y todos los hospitales a dichas instituciones, o en su defecto crear, sobre la base del Instituto de Previsión o del Banco del Seguro Social, una red hospitalaria que, aparte de demorar muchos años en construirse, traería la superposición de servicios, la dualidad de los mismos, su encarecimiento, y coexistirían dos organismos de sanidad para la misma cosa: uno, el de la Secretaría de Salud Pública de la Nación y otro, el del Instituto de Previsión. En otros términos, llegaríamos a un desorden en la materia peor que el que existía antes de la creación de la Secretaría de Salud Pública. Este desorden, como dijimos ya, se produjo en los países que copiaron el plan alemán, sin tener en cuenta que Alemania contaba con un sistema asistencial casi completo cuando dicho plan se adoptó, mientras que aquí, como en otros países latinoamericanos, tenemos cubiertas apenas el 40% de nuestras necesidades asistenciales mínimas, incluyendo en ese 40% todos los servicios nacionales, municipales, provinciales y privados. Por estas razones Chile, para cumplir con los servicios de las cajas, tuvo que recurrir y recurre desde hace años a los hospitales de beneficencia, pues en veinte años solo ha logrado instalar muy pocos hospitales auténticamente propios de las cajas de previsión. El organismo de la previsión tiene demasiada tarea con el manejo financiero y con cubrir y organizar el otro 75% de los riesgos que no necesitan servicios hospitalarios. La previsión debe otorgar los fondos de ese 25% del Seguro Social para que el organismo técnico-médico haga las prestaciones o las mejore, utilizando o ampliando para ello la red hospitalaria que ya existe en el país. Como dicha red es totalmente insuficiente en el momento actual, pues faltan cien mil camas para llegar al mínimo indispensable, el cumplimiento del seguro —aun así— solo puede ser parcial e incompleto.

Organización médica indispensable

Si el organismo médico nacional con toda su enorme máquina asistencial solo cubre el 20% de las necesidades, ¿cómo podría el Instituto de Previsión afrontar solo esas prestaciones sin contar con las organizaciones médicas indispensables, aparte de que, aun poniendo a su servicio todos los hospitales del Estado, no podría cumplir con los compromisos contraídos en el seguro? Llegaríamos a una simulación de prestaciones médicas por las cajas, con la protesta lógica y justa de los afiliados por el servicio malo o insuficiente.

Pero estamos en buen pie desde la sanción del Decreto 16200/46, que coloca las prestaciones médicas a cargo de la Secretaría de Salud Pública y su financiación en manos del Instituto de Previsión, con lo cual evitamos el inconcebible sistema por el cual las cajas de jubilaciones dirigirían la asistencia médica del país. Los médicos, que no conocen este asunto, —a quienes les pido que presten atención a estos problemas— no se imaginan lo que hubiere ocurrido de haber seguido en el planteo original. La rectificación —que en honor a la verdad histórica— corresponde exclusivamente al general Perón, que enterado del asunto acordó su inmediata modificación y autorizó al que os habla a suscribir el Decreto 16200/46.

Gracias al elevado espíritu, comprensión del problema y entusiasmo de las actuales autoridades del Instituto de Previsión, a quienes expreso mi gratitud públicamente, hemos llegado a un entendimiento en lo que se refiere a la aplicación de la ley de Medicina Preventiva, con la creación del Consejo de Medicina Preventiva, entendimiento que deberá hacerse efectivo en otros aspectos de las prestaciones.

Seguro Social para 16.000.000 de personas

Ahora solo tenemos dentro del régimen de previsión a 3.000.000 personas; en el futuro será necesario organizar idénticos beneficios para los 16.000.000 de habitantes del país; recién entonces se habrá llegado al Seguro Social verdadero y existirá la Seguridad Social, considerada como la mejor arma defensiva contra la anarquía, la disolución y las teorías exóticas que solo germinan en la injusticia social.

Si se cumple el plan sanitario de construcciones de la Ley 13019, en el año 1952, estaremos en condiciones de atender todas las necesidades de la previsión, en materia de asistencia médica y todo se habrá hecho sin necesidad de hacer pagar, con antelación, fuertes descuentos de los salarios y sueldos de obreros y empleados, por servicios que no se prestan. Recién entonces será oportuno planear un reajuste de los aportes de las cajas para fines de previsión médico-social. Así lo ha entendido el Instituto de Previsión, por lo cual el Seguro Social argentino —en su aspecto de asistencia médica por lo menos— está en marcha, y por buen camino.

El ejemplo de Estados Unidos de América

EEUU nos ha dado el ejemplo. Ha seguido este criterio y está triunfando ampliamente en el asunto de las prestaciones médicas de los seguros. En efecto, salvo pocas organizaciones que tienen servicios médicos propios, todas las instituciones de previsión médica, obrera y no obrera, actúan por intermedio de las organizaciones asistenciales privadas o del Estado y no por sistemas médicos especialmente organizados por las Cajas de Seguro. De ese modo, en el año 1947 se prestaron servicios médicos para las cajas de previsión por un valor que llega a la fabulosa suma de 37.000 millones de dólares, todo ello en hospitales privados y del Estado. Su aplicación y manejo no les costó a las cajas más que el importe de los sueldos de doce mil

empleados en la administración central. De ese modo, los afiliados norteamericanos saben que la casi totalidad de lo que aportan se emplea en pagar un servicio médico efectivo y no en sueldos de una frondosa burocracia técnico-administrativa, como ocurriría si las cajas de previsión tuvieran que organizar sus propios hospitales.

Los sistemas en nuestro país

Sin ir muy lejos y buscando un ejemplo simple y próximo a nosotros: ¿cómo proceden las compañías de seguros particulares en Buenos Aires, cuando contratan un servicio médico para cubrir riesgos obreros? Simplemente, cobran los aportes y luego de descontar su ganancia, prestan los servicios médicos por intermedio de sanatorios particulares que le cobran a la compañía de seguros precios convencionales.

¿Por qué a ninguna compañía particular se le ocurre organizar hospitales propios y hacer las prestaciones por intermedio de organizaciones médicas de su exclusiva dirección? Sencillamente porque resulta antieconómico, además de complejo; porque se introduciría en la organización del seguro —*que es una organización puramente financiera*— un componente técnico altamente especializado, que además de tornar costoso el seguro obliga a montar una máquina administrativa que llevaría a la quiebra a cualquier empresa. Todos conocemos en nuestro país sanatorios privados dirigidos por médicos que hacen esas prestaciones a las compañías de seguros.

Las Cajas de Previsión del Estado no deben ni pueden actuar de manera distinta a las compañías privadas de seguros de la Argentina y de los EEUU, que tienen mucha experiencia. Lo lógico es, pues, que deleguen el cumplimiento de las prestaciones técnicas en los servicios asistenciales del Estado, del mismo modo que las compañías particulares de seguros delegan en sanatorios privados, por constituir estas organizaciones científicas un sistema asistencial que se defiende solo, pues su financiación no depende exclusivamente del seguro.

Superposición de sistemas

Poniéndonos en el caso hipotético de que el Instituto de Previsión pudiera alguna vez organizar sus prestaciones médicas en forma tan perfecta como para atender satisfactoriamente a sus tres millones de afiliados, al cabo de un tiempo ocurriría lo siguiente: que en las ciudades existirían dos hospitales: uno para atender al afiliado que dependería del Instituto de Previsión y otro para las familias de los afiliados, unos diez millones de personas que estarían a cargo de la Secretaría de Salud Pública de la Nación. El hogar es uno y la necesidad también una; no podríamos disociar la familia, por el solo hecho de que unos tienen derechos como afiliados y otros no. Los afiliados y sus familias pedirían con razón, que se los atienda a todos en el mismo lugar y en iguales condiciones de eficiencia. Para complacerlos, el Instituto tendría que extender su acción a la familia de los afiliados, en otros términos, a casi toda la población del país; y para semejante programa no contaría ni con los fondos, ni

con la organización técnica suficiente. Llegados a esta encrucijada no quedaría más remedio que incorporar la Secretaría o Ministerio de Salud Pública a las Cajas de Previsión, lo que es absurdo, o bien incorporar el Instituto de Previsión a la Secretaría de Salud Pública, lo que también es poco lógico. Esto no es una fantasía, pues el hecho ya se ha producido en varios países sudamericanos en donde existen los Ministerios de Salud Pública y Previsión Social. En otras partes, sin existir un ministerio con tal denominación, como en Chile, el Instituto de Previsión o Cajas de Seguro, dependen del Ministerio de Salud Pública y no del Ministerio de Trabajo.

Ambas soluciones, sea la supeditación a lo sanitario o la supeditación al trabajo, son a nuestro juicio erróneas.

La previsión como ente autónomo

La previsión debe estar manejada por un órgano financiero autónomo, un Banco del Seguro Social con funciones específicas, como son prever los riesgos, organizarlos por cuenta del Estado y pagar los siniestros que se vinculen con el trabajo o con la salud, pero ese Banco o Instituto de Previsión jamás podría ser un organismo de asistencia hospitalaria. Sería en cierto modo ridículo. Si en la Argentina llegamos a la autonomía de la previsión —y creo que llegaremos dada la comprensión de las autoridades— habremos puesto las cosas en su verdadero terreno.

En Alemania pudo desarrollarse el sistema con matices diferentes incluso un sistema dualista, porque ese país tenía una organización social y médico-sanitaria muy adelantada, una economía, una organización estatal y una psicología diferente, muy dispar si se la compara con la de los países americanos de origen hispánico. El pueblo alemán llegó a ser el más previsor; todas sus clases sociales estuvieron, gracias al Seguro Social, amparadas en cualquier emergencia o infortunio. Por eso se ha dicho que Bismarck —proponiéndoselo o no— le había entregado a Alemania, con su seguro social, la más poderosa arma militar, ya que, al mismo tiempo que aseguraba la fortaleza física y mental del material humano, le imprimía un sello de solidaridad nacional, tan fuerte, que la cohesión del pueblo alemán fue indestructible. Muchos se sintieron contrarios al sistema, por suponer que semejante proceso orgánico de solidaridad nacional, conducía fatalmente a crear un poderoso estado militar.

El temario del Congreso y los fundamentos del Plan Sanitario Nacional

Vivimos tiempos de revolución y en el orden de la salud pública se ha iniciado una era que podríamos llamar de la reconstrucción sanitaria del país. Todos los temas oficiales de este Congreso son nuevos dentro de la preocupación médica corriente;

han sido planteados con gran precisión por sus organizadores. Debo destacar con satisfacción que todos los temas preexisten y ya están discutidos en el Plan Sanitario Nacional, plan que desgraciadamente es poco conocido por la clase médica. El mérito de la Asociación Argentina de Higiene reside en haber tomado los puntos más salientes de nuestro programa, el haberlos circunscriptos y promovido su discusión pública. Mayor mérito sería si se tomara como base de la tarea de este Congreso los cuatro tomos del Plan Sanitario y se lo sometiera a un examen crítico para mejorarlo, rectificando errores, enriqueciendo conceptos, modificando la orientación de puntos mal planteados a fin de que la sanidad argentina marche, hacia el horizonte que no por lejano, dejamos de percibirlo con claridad.

Vosotros, entre todos los médicos, sois los más capaces de realizar esta tarea, por vuestra preparación humanística y sociológica.

La nueva política sanitaria

Los puntos de vista de la Secretaría de Salud Pública de la Nación para operar la reforma sanitaria del país, fueron desde un comienzo, completamente opuestos a los vigentes hasta la revolución. Comenzamos por la centralización de las organizaciones médicas desde el día en que creó un organismo nacional fuerte, precisamente para obtener esa centralización, propósito que aún no se ha cumplido totalmente, si no en forma muy parcial. Pretendemos que exista centralización de las directivas técnicas y descentralización ejecutiva; para ello hubo que crear una doctrina y una política sanitaria, que el suscrito ha expuesto ante el gremio médico tantas veces como le fue posible.

Comenzamos enunciando con insistencia, el concepto positivo de salud como dominante sobre el criterio negativo de enfermedad; establecimos que dentro de las enfermedades debe prestarse más atención a las que, por su frecuencia, plantean un problema a las masas y al Estado, como son los accidentes, las enfermedades degenerativas e invalidantes; sustituimos el criterio de asistencia pública, o sea el de un simple auxilio de emergencia a la desesperación, por el de asistencia médica integral, que es el del servicio permanente al sano y enfermo en todos sus aspectos; divulgamos la noción de que al enfermo no solo hay que curarlo, sino rehabilitarlo, subsidiarlo si hace falta, con tal de obtener su recuperación para la sociedad; llegamos al medio rural, donde la idea moderna de la unidad sanitaria y del centro de salud, ha sido superada por nuestro concepto del “centro sanitario”, que crea un nexo racional entre la medicina sanitaria y la medicina asistencial; cambiamos la concepción del hospital, para definir a este, no como un simple depósito de enfermos en tratamiento, sino como un centro de cultura y protección de la familia, donde se apliquen al mismo tiempo las normas de la asistencia, de la sanidad, del servicio social y de la medicina preventiva; de ese modo llegamos a la doctrina más avanzada de la medicina argentina, la del “centro sanitario” concatenado con la “ciudad hospital”; abordamos a fondo el problema del enfermo crónico, como algo que merece una solución distinta a la del enfermo agudo. La quimioterapia y los antibióticos, al

reducirá a un mínimo las enfermedades agudas, han elevado, estadísticamente, a un alto nivel las enfermedades crónicas, las cuales no son en última instancia sino la suma de pequeñas enfermedades agudas mal tratadas o descuidadas por el médico, el enfermo y la sociedad.

Campañan sanitarias gigantescas

Decidimos la erradicación efectiva y eficaz de las endemias por campañas sanitarias integrales que han merecido el calificativo de “gigantescas” por un eminente sabio europeo, el doctor Folke, miembro del Instituto Carolingia de Suecia. Llevamos a los técnicos a un nuevo planteo en materia de estadística vital, al afirmar que no interesa el hecho numérico y la cantidad aislada, sino que es fundamental calificarla con la calidad del factor humano; no basta la simple compilación de cifras, el estudio de las tendencias, dispersiones, correlaciones, en otras palabras, la simple biometría, sino que es indispensable juzgar las cifras a la luz de la eugenesia y de la antropometría, transformada en biotipología, para llegar a un auténtico concepto de higiene de la raza.

Problema fundamental de Gobierno

Todo este programa se apoya moralmente en el concepto cristiano de la solidaridad social y legalmente en la obligación del Estado de afrontar el problema de la salud como problema fundamental de Gobierno, que debe ser resuelto —en su financiación— por vía del seguro de enfermedad o de salud o por la creación del fondo de Salud Pública, al que se refieren las leyes 13012 y 13019. Solamente con una financiación social —con el aporte de los beneficiarios— podremos transformar los actuales fundamentos de la asistencia médica en la Argentina, iniciada sobre las bases de la caridad o de la beneficencia, que ejerce, principalmente, y en gran escala, el Estado, tomando los fondos de rentas generales, cuando lo lógico es que el servicio médico, en todos sus aspectos, merezca una financiación específica a la que nadie se opondría por su contenido humano y su utilidad inmediata.

Las enfermedades como problema social y como materia de Estado

Las ciencias médicas han conseguido un milagro en estos últimos cincuenta años. A fines del siglo pasado, una persona al nacer tenía una vida probable de cuarenta y dos años; actualmente el promedio de la vida humana es de sesenta y siete años, es decir, hemos logrado prolongar la vida del hombre. Ahora pregunto: ¿vale la pena vivir esa vida prolongada artificialmente por la medicina? Si bien el progreso de la ciencia

de la longevidad es admirable, existe la contraparte de que esa mayor sobrevida va acompañada de un elevado índice de enfermedades invalidantes y degenerativas, que torna la vida en algo poco confortable, y por ende, poco feliz. Prolonguemos pues la vida, pero en forma tal que no sea una maldición, sino una síntesis del bienestar físico, mental y social —es decir, de la salud— para que el ser humano, durante su mayor sobrevida, no sea un desgraciado, una carga para el Estado o su familia, sino un ser útil a sí mismo, a la sociedad y a su patria.

Al expresarnos en estos términos entiendo que planteamos el principal problema de la medicina social de nuestros tiempos. A ustedes, los higienistas, les corresponde indicar los medios para resolverlo.

La contabilidad sanitaria

Lo primero que tenemos que hacer —a nuestro juicio— es analizar las condiciones de vida del pueblo, mediante un sistema de contabilidad sanitaria, que permita apreciar la salud pública con “índices sanitarios” o “índices de salud”, tan simples y gráficos, como para orientarnos sobre las condiciones de la salud colectiva, *de las condiciones de felicidad en la sobrevida a que nos hemos referido*, y poder comparar el estado físico y mental de un país, zona o territorio con respecto a otros países, zonas o territorios.

Esa contabilidad de la salud pública se podría abordar creando un conjunto de referencias numéricas a las cuales se les adjudicaría un porcentaje o valor determinado. De la suma de esas referencias sanitarias, se tendría un total que mediría, aproximadamente, el índice de salud colectiva. Por ejemplo: un pueblo en donde la vacunación antivariólica no es obligatoria se clasificaría con un cero, mientras aquellos que tienen por ley la vacunación compulsiva deberían ser clasificados con 100. Entre estas dos cifras existiría una serie de puntajes intermediarios, según el número de vacunados.

Ejemplo complejo: la tuberculosis

Otro ejemplo un poco más complejo: la tuberculosis. Sabemos que en esta endemia gravitan varios factores: el enfermo, la vivienda, la alimentación y las posibilidades de hospitalización. Si un país está en condiciones de aislar precozmente a todos sus enfermos de tuberculosis, someterlos a reposo y tratamiento, ese país le habrá quitado a la tuberculosis un elevado porcentaje de su peligrosidad social. Si, además, ese país, tiene viviendas y alimentos suficientes, habrá conseguido reducir aún más el peligro y elevar su puntaje de salud, frente a la tuberculosis. Es sabido que los grupos sociales, con buen alojamiento y alimentos suficientes, solo registran siete casos de tuberculosis cada diez mil personas, contra veintidós casos, que se señalan en los grupos sociales más pobres, donde la miseria y la tuberculosis rondan de la mano alrededor de la mala vivienda y la escasa comida. Las posibilidades de internar y aislar precozmente a los tuberculosos, constituyen el factor principal para

terminar con esta enfermedad. Está demostrado que el grado de desarrollo de la tuberculosis, en un país, guarda relación directa con el número de camas para internación de enfermos. Dinamarca ha terminado con la tuberculosis, pero tuvo que disponer para ello de dos camas por cada fallecimiento por tuberculosis. Dinamarca tendría así cien puntos en tuberculosis. En cambio, nosotros estaríamos muy cerca del cero, porque de lo único de que disponemos es de alimentos, y en cambio carecemos de viviendas suficientes y nuestras posibilidades de aislamiento precoz de los tuberculosos son lamentables. De acuerdo al índice de Dinamarca de dos camas por cada fallecimiento por tuberculosis, deberíamos tener en la Argentina treinta y dos mil camas sanatoriales, ya que, en nuestro país, fallecen por año, dieciséis mil personas por tuberculosis. Para atender el problema contamos en total nada más que con cuatro mil camas incluidas nacionales, provinciales y municipales. Pensamos con el Plan Quinquenal, llegar en 1952 a dieciséis mil camas, una por cada fallecimiento. Estaremos recién para e época en la mitad de la solución.

Índices de contabilidad sanitaria

La Argentina, dentro de la contabilidad sanitaria, en el rubro de tuberculosis no podría pasar de diez puntos, aunque en viruela merecería cien, en paludismo setenta, en lepra cincuenta, etc. En materia de provisión de agua potable y de cloacas, la capital federal tendría, por ejemplo, cien puntos, pero otras ciudades del país estarían en cero. Este sistema de índices de conjunto, superaría la estadística corriente, al crear un “rating”, es decir, un rango computable, como se computan los riesgos dentro de un seguro de vida; serían los “rating” de los riesgos de enfermedad tomando el conjunto de una población. Y estos índices podría hacerse por zonas en nuestro propio país, y apreciar la evolución de los hechos en el tiempo; serían, pues, las pruebas gráficas de la eficacia o ineficacia de la sanidad.

Con el tiempo los problemas sanitarios actuales no existirán más. Si alguien dentro de cincuenta años leyera estas líneas, seguramente se sonreiría pensando en nuestras dificultades y angustias de hoy; quizás para entonces no serán más un problema la tuberculosis, la lepra, la alienación mental y la falta del mínimo indispensable de camas.

Pero tendrán seguramente otros problemas sanitarios nuevos y que ahora ni siquiera sospechamos. Si por desgracia dentro de cincuenta años siguiéramos con los mismos problemas de hoy, ello indicaría que el manejo de la salud pública estuvo en manos incompetentes para desgracia del país.

Los pueblos y las épocas

Cada época tuvo sus problemas sanitarios. Así, en el año 1900, figuraba a la cabeza de las causas de muerte la neumonía, con 304 casos por cada cien mil habitantes; en 1940 bajó a 40 por cien mil y actualmente, en 1948, con los antibióticos, su cifra es

despreciable. El problema ha desaparecido. En 1900 aún los países más civilizados tenían 236 muertes por tuberculosis por cada cien mil habitantes; hoy esos países las han reducido a cifras que no pasan de 48 por cien mil. Pero la tuberculosis debe desaparecer, como desapareció la neumonía, la viruela, la fiebre amarilla, la peste y tantas otras enfermedades que están en franca regresión. En 1900 las enfermedades del riñón mataban 155 personas por cada cien mil de población; hoy solo mueren 47, lo que consagra otro buen éxito de la medicina.

En cambio han aparecido nuevos problemas. Las cardiopatías que en el año 1900 producían solo 112 bajas por cada cien mil habitantes, hoy producen 355 por cien mil. Solo la medicina preventiva, al descubrir precozmente al cardíaco puede aliviarnos del problema, pero será necesario crear al mismo tiempo, un sistema social para adecuar el trabajo moderno, propio de la civilización industrial, a las condiciones y capacidad cardiovascular del organismo humano, y derivar los cardíacos comprobados hacia un régimen de rehabilitación. El cáncer en 1900 determinaba 66 muertos por cien mil; hoy determina 174 habiéndose, pues, triplicado su frecuencia. La arteriosclerosis, que a principio del siglo no figuraba entre las diez causas principales de muerte, en nuestros días determina 13 fallecimientos por cada cien mil habitantes; ello puede explicarse porque el número de personas a los sesenta y dos años es muchísimo mayor que en el año 1900.

Se plantea el problema de las enfermedades crónicas

Frente al aumento real de las cardiopatías y del cáncer, tenemos el incremento aparente de la arteriosclerosis que acabamos de señalar; también existe un aumento “aparente” de las hemorragias cerebrales. La hemorragia cerebral determina en nuestra época el 10% de los fallecimientos, pero su colocación entre las diez causas más frecuentes de muerte obedece al hecho de que ha desaparecido o disminuido considerablemente la mortalidad por ciertas enfermedades infecciosas, tales como la difteria, que en 1900 ocupaba el octavo puesto, con 66 muertes por cada cien mil de población y que hoy no determina más que 10 fallecimientos por cada cien mil de población, lo que es una cifra inapreciable.

La diabetes es otro problema social, pues las líneas de tendencias son fuertemente ascendentes. La diabetes, en 1900, no figuraba entre las diez principales causas de muerte, pero ya en el año 1900 aparece con 16 fallecimientos por cada cien mil; en 1920 sube a 19 casos; en 1930, llega a 26 y actualmente tenemos 45 fallecimientos por diabetes en cada cien mil de población. Todo ello a pesar de la insulina.

En cambio, las enfermedades del hígado y de la vesícula que en el año 1900 producían 34 muertos por cada cien mil de población y completaban el conjunto de las diez causas principales de muerte en esa época, han descendido a menos de 20 por cien mil, lo que implica una reducción de casi el 50%. Esta disminución obedece a la práctica de la cirugía precoz, al progreso de la dietética y a la desaparición de la tifoidea como foco séptico vesicular; se podrá, en el futuro, conseguir una reducción mucho mayor, una vez de que dispongamos del número suficiente de hospitales.

Existen otras enfermedades que no figuran en los cuadros de mortalidad, pero que tienen una gran incidencia sobre el trabajo nacional, sea porque producen muchos inválidos o porque determinan ausentismo en forma alarmante. El reumatismo es un gran factor de invalidez obrera; por eso hemos creado dos hospitales climático-termales para obreros, para tratarlos precozmente y evitar las invalideces por esta enfermedad tan multiforme y compleja.

El ausentismo y los accidentes de trabajo

El ausentismo es otro serio problema nacional que influye poderosamente sobre el rendimiento. De cada mil obreros, faltan diecisiete más de ocho días consecutivos por influenza o gripe. El vulgar resfrío es un gran enemigo del trabajo, y él solo determina un 60% de las causas de ausentismo. Para combatirlo es necesario regular la temperatura de los locales de trabajo y evitar la promiscuidad que difunde rápidamente el contagio. En otros términos, cumplir con las directivas de la Medicina del Trabajo y de la Higiene Industrial. Otra solución eficaz será la vacuna antigripal que se está preparando en el Instituto Bacteriológico Malbrán, cuya eficacia preventiva es indiscutible, tanto que creo que, si se aplica en masa a la población obrera, podremos reducir casi a cero el número de enfermos de gripe. Todo depende de nuestra capacidad de producción. EEUU, donde la vacunación antigripal es costeadada por los propios industriales, no alcanza a cubrir sus necesidades y, por supuesto, no exporta dicha vacuna. Esto nos ha llevado desde el año pasado a preparar nuestra propia producción para este año, con todo éxito, aunque todavía no podríamos afrontar una vacunación en masa de los obreros.

Los accidentes no industriales, producidos en el hogar y en la vía pública, determinan un ausentismo al año de once obreros por cada mil, prolongándose dicha ausencia por más de ocho días.

De cada 10.000 muertes al año por accidentes en nuestro país, 8.000 se producen fuera de los ambientes de trabajo, y si calculamos que cada muerte por accidentes, supone, en proporción, 200 heridos, llegamos a la conclusión de que la traumatología y cirugía de urgencia debe atender al año alrededor de un millón de accidentados, por causas no industriales. Corresponde, pues, al mismo tiempo que se afronta la campaña de seguridad en el trabajo, la profilaxis de los accidentes en las fábricas, efectuar una acción conjunta en pro de la seguridad pública, en el tránsito y en el hogar, y en los ambientes no industriales. Porque de allí proceden el 80% de los accidentados.

La medicina social como actividad típica del Estado

Toda la exposición tiene a probar que la actual higiene y la medicina social constituyen una rama fundamental del Gobierno; que las orientaciones sociales y económicas de nuestro país, exigen que el higienista actual sea al mismo tiempo un

sociólogo y un estadista. Si antes no se podía ser un buen higienista sin ser, al mismo tiempo, bacteriólogo, hoy no se pueden afrontar los problemas de la medicina de las masas, sin un criterio político y económico, sin un criterio de justicia social, sin el “justicialismo” del general Perón que, al propugnar soluciones trascendentes para el estándar de vida del pueblo, ha resuelto problemas médico-sociales, con un criterio de verdadero médico higienista. Sus desvelos tienden a garantizar la capacidad física y mental de los trabajadores y —al asegurarles su derecho a la salud— les asegura, también, su felicidad, su rendimiento en el trabajo y preserva la capacidad de producción de nuestra patria, porque sabe, que cada día, es más exacta aquella genial exclamación de Nicolás Avellaneda: “¡Todo se salvará mientras el país trabaje!”

Algunas posibilidades y propósitos de la Primera Exposición de Salud Pública¹

Hace 28 años se inauguró en Buenos Aires una exposición de Higiene y algunos años más tarde el Museo Municipal de Higiene, que fue clausurado en 1931 por razones de economía.

Estos son, escuetamente, los únicos antecedentes que he podido recoger, afines con la Primera Exposición de Salud Pública que hoy tenemos el honor de inaugurar. Entre aquellos acontecimientos ya lejanos y el de hoy, existe una inmensa distancia, en las proporciones del hecho, en su sentido y orientación, en sus fines y propósitos; por ello, podemos afirmar que la Primera Exposición de Salud Pública es también el primer esfuerzo orgánico realizado en nuestro país para presentar el conjunto de dos años de labor sin tregua y sin descanso, y que se traduce materialmente aquí en 14.000 metros cuadrados de superficie cubierta.

Dos años atrás esta exposición hubiera sido una utopía y quizás nadie se hubiere atrevido a realizarla, por la sencilla razón de que ni el 20% de la información, de las síntesis de hechos e ideas, de las formas y cosas, existían en aquel entonces.

Todos los países del mundo han realizado exposiciones de este tipo; muchos, los más adelantados, las transformaron en museos permanentes con el propósito de educar a la población y mantenerla informada sobre los adelantos de la ciencia médica, constituyéndolas al mismo tiempo, en sede de escuelas de Educación Sanitaria, que es uno de los sistemas más eficaces para formar un nuevo tipo de trabajador social, el educador sanitario o monitor de higiene y una nueva especialidad: el médico especialista en pedagogía sanitaria popular.

La exposición de Dresden

En el año 1911 el mundo pudo contemplar, entre curioso y sorprendido, el notable espectáculo de la Exposición Internacional de Higiene en Dresden. Dicha exposición se transformó al año siguiente en el Museo Alemán de Higiene, que bien pronto adquirió fama mundial por ser un centro de atracción sin precedentes para profanos, médicos, estudiantes, educadores e industriales. El Museo de Dresden ocupaba un parque de 35.000 metros cuadrados, de los cuales 22.000 metros estaban cubiertos por la exposición permanente. Con el ejemplo de Dresden, se efectuaron más tarde otras exposiciones permanentes como las de Higiene y Profilaxis del Trabajo de

¹Discurso al inaugurar la Primera Exposición Argentina de Salud Pública, el día 17 de julio de 1948.

Berlín, la de Higiene de Dusseldorf, la de Puericultura de Berlín, la de Medicina Tropical de Londres, ciudad donde existe, además, el Museo de Higiene y Seguridad del Trabajo que ocupa una manzana al lado de la Abadía de Westminster.

Difusión sanitaria en Estado Unidos

En EEUU en estos últimos años el sistema de difusión sanitaria por medio de las exposiciones ha tomado un incremento admirable, y forma parte del propósito inteligentemente cumplido por el Public Health Service, institución oficial equivalente a nuestra Secretaría de Salud Pública, de formar una auténtica conciencia sanitaria nacional. En dicho plan cumple un gran papel la Fundación Kellog, que, además de preparar estos actos, está empeñada en la formación de miles de educadores sanitarios, seleccionándolos entre médicos, maestros y profesores.

En la técnica sanitaria moderna la formación de una conciencia nacional sobre los problemas de la salud pública, constituye un paso previo e indispensable, ya que sin educación y cultura sanitaria, poco se puede hacer en beneficio del pueblo, pues es el mismo pueblo el agente de su salud, el único que racionalmente conducido es capaz de gravitar con eficacia en la preservación del capital biológico, que no es solo anatomía, fisiología o patología, sino toda persona humana integralmente concebida.

El Instituto de Educación Sanitaria

La Secretaría de Salud Pública cuenta ya con su Instituto de Educación y Propaganda Sanitaria, y en su tarea, aunque incipientemente, ha logrado ya formar un concepto popular en nuestro país de que es más importante perfeccionar la salud que curar la enfermedad. En una segunda etapa enseñaremos, caso por caso, problema por problema, cómo se hace o se debe hacer para que todo el mundo tenga su salud a cubierto de los miles de enemigos invisibles o emboscados en los lugares aparentemente más insospechables.

Colaboración de los poderes públicos

Quiero agradecer públicamente a los señores gobernadores de provincia, que no solo han contribuido con sus stands sanitarios, sino que también nos honran con su presencia; a los señores ministros del Poder Ejecutivo Nacional que nos han brindado su apoyo, exponiendo la obra médico-social de sus respectivos ministerios, y a los señores industriales vinculados a la industria de la alimentación y de medicamentos y de tantos otros materiales indispensables al funcionamiento de una organización tan compleja como la de Salud Pública. Quiero también dejar constancia de la labor de gran mérito realizada por la comisión honoraria a cuyo cargo estuvo la organización de la muestra, así como de la colaboración aportada por el periodismo.

La obra del excelentísimo señor presidente

Excelentísimo señor presidente: La sanidad pública y la naciente medicina social argentina os deben todo, porque vos habéis hecho algo más que darnos el respaldo moral y material, que ni eso hicieron otros Gobiernos; nos habéis dado hasta la doctrina, que se desenvuelve como una consecuencia lógica de vuestra filosofía política. Gracias a vos, señor, la ciencia médica nacional ha dejado de ser mera espectadora de las angustias de nuestro pueblo, o entristecida comentarista del panorama médico-social —papel que desempeñó durante tantos años—, para convertirse en una ciencia de aplicación concreta por medio de los múltiples organismos de acción especializada que habéis creado.

De vuestra doctrina social ha nacido el plan sanitario argentino y vuestro pensamiento fecundo fertilizó las iniciativas y mantuvo el entusiasmo y la fe, una de cuyas expresiones es la exposición que hoy inauguramos, inspirada en vos, como he dicho; por eso es sobria, criolla, sencilla y precisa como es vuestra palabra, y también noble, generosa y elevada como son vuestros sentimientos.

El stand “María Eva Duarte de Perón”

Dignísima señora de Perón: En todos los países del mundo se han hecho obras como la que hoy inauguramos; cualquier país civilizado puede ostentar con orgullo, como índice de su cultura, una muestra sobre la acción en materia de salud pública, pero ningún país del mundo puede brindarnos un ejemplo como el vuestro —que está aquí presente en el pabellón de la obra médico-social “María Eva Duarte de Perón”—, que si bien es una limitada expresión de la magnitud de vuestro empeño, viene, sin embargo, a poner la nota de comprensión y solidaridad humanas, de cordialidad generosa y de emoción incontenible.

Señora, os habla un hombre incapaz del elogio cortesano, un hombre formado en las disciplinas de la ciencia que no se paga de palabras y que está libre de sospechas de cualquier otro interés. Os digo, entonces, invocando mi condición de médico, que no puedo ocultar mi admiración frente al contenido simbólico del stand “María Eva Duarte de Perón”, de vuestras palabras que lo auspician, y que tampoco puedo ocultar mis sentimientos frente a las cifras que traducen vuestra acción, y ante la documentación objetiva y gráfica de la tarea que realizáis en beneficio de los no pudientes. Os confieso honradamente, que los médicos y funcionarios oficiales, dominados tal vez por el tecnicismo o simplemente por la rutina burocrática, no podríamos imprimirle a la obra médico-social ese acento de honda sensibilidad, ese contenido emocional, con que vos enriquecéis nuestra tarea de técnicos.

En nombre de los miles de enfermos agradecidos, hasta quienes habéis llegado para ofrecerles ayuda, además de vuestro gesto imponderable que supone algo que los médicos y la ciencia no pueden ofrecer, os agradezco y os rindo el homenaje de esta exposición, que es la síntesis de un enorme esfuerzo, de muchas horas de preocupación, y de incontables pequeños sacrificios anónimos, abnegados, humildes y silenciosos.

Las enfermedades del aparato digestivo y la medicina social¹

Tengo el honor, como secretario de Salud Pública de la Nación, de traerles a ustedes el saludo del excelentísimo señor presidente de la República, general Juan Perón, quien me ha pedido especialmente les manifieste que pone a disposición de los señores delegados de los países americanos y europeos aquí reunidos, todos los elementos de que dispone el Gobierno de la nación y todas las facilidades necesarias para visitar el país, conocer sus instituciones y organizaciones médicas, y que os reitero al mismo tiempo de que su mayor deseo es que tengáis una cómoda y feliz estadía en nuestra patria.

Como secretario de Salud Pública me he impuesto desde el principio, en actos de trascendencia científica como el de hoy, el propósito de exceder el formalismo protocolar, para fijar, aunque sea someramente, el pensamiento de nuestra institución en la materia de que se trata, y en esta circunstancia no creo que deba apartarme de esa práctica que ya es una costumbre.

Hasta hace poco, una reunión de gastroenterólogos no habría tenido trascendencia pública y su interés no habría pasado sin duda del ámbito puramente académico. Hoy las cosas ocurren de otra manera. Hoy estamos en nuestro país, más allá de la simple consideración casuística de la medicina individual, y así hemos abordado la patología del tubo digestivo desde el punto de vista de la medicina social. Para la medicina social no cuenta tanto el enfermo como la enfermedad, ni interesa el valor intrínseco de los métodos de investigación, diagnóstico o tratamiento o de las operaciones más indicadas en un caso dado, sino las cifras estadísticas que traducen la magnitud de los problemas que le crea al Estado la existencia de ciertas enfermedades. En ese sentido, la Secretaría de Estado a mi cargo está profundamente preocupada y deseosa de promover un movimiento entre los médicos y especialistas para concretar soluciones prácticas en terrenos que hasta ahora eran cultivados exclusivamente con el criterio de la medicina individual, como ocurre en la gastroenterología.

Las afecciones gastrointestinales

Los seguros sociales con sus estadísticas nos han abierto los ojos, y ahora estamos en condiciones de apreciar los problemas con una orientación que en el caso nos obliga a considerar a la gastroenterología como una rama importantísima de la salud pública.

¹Inauguración de la Primera Jornada Panamericana de Gastroenterología en la Academia Nacional de Medicina, el día 18 de julio de 1948.

Las enfermedades del tractus digestivo determinan la jubilación por invalidez de 33 afiliados por cada 1.000, como causa principal, y como causa subsidiaria de 22 más. Total, 55 por mil. En este cómputo excluimos el cáncer del aparato gastrointestinal. En nuestro país existen 3.600.000 afiliados a las cajas de jubilaciones, de los cuales un 7 por mil dejan de trabajar por invalidez. Vale decir que anualmente pasan a la pasiva 25.000 personas que tienen que abandonar sus tareas por razones de enfermedad; de ellas 1.325 por afecciones gastrointestinales.

Tratándose de cálculos actuariales, los argumentos deben darse en cifras, y de las que hemos apuntado resulta evidentemente que es un buen negocio para el Estado, invertir cualquier suma para montar una buena organización médica y prevenir o hacer profilaxis de los padecimientos del aparato digestivo, ello sin contar el valor económico que representa para la sociedad una vida, lo mismo que los problemas conexos que plantea un inválido o una muerte en una familia, con el consiguiente trastorno o desorganización del hogar y el dolor humano que puede y debe evitarse y que no tiene compensación crematística.

Acabamos así de considerar el problema desde el punto de vista del Estado, financieramente; del social, económicamente; del de la familia, afectivamente.

Las cajas de jubilaciones

La experiencia de nuestras cajas de jubilaciones demuestra que cada 20 años pasan a la pasiva por invalidez la décima parte de los afiliados; de donde resulta que sobre 3.600.000 afiliados, tendremos 360.000 jubilados por invalidez dentro de 20 años. De ellos, según la estadística, 19.800 lo serán por afecciones gastrointestinales, sea como enfermedad principal o como subsidiaria. Para ese entonces lo que habrá costado al Estado mantener esos jubilados inválidos representa la suma de 200 millones de pesos; 200 millones de pesos que habrá que cargar en la cuenta de la gastroenterología. Este balance resulta de la capitalización de los 1.375 inválidos producidos anualmente por las enfermedades del aparato gastrointestinal. Demás está decir que dicha cuenta puede aumentar o disminuir según la capacidad y aplicación de nuestros gastroenterólogos, y de los medios de acción con que cuenten para la lucha las organizaciones de Salud Pública.

Pero ocurre que el país no solo está formado por los 3.600.000 afiliados a las cajas de jubilaciones a que me he venido refiriendo hasta ahora, sino que queda la enorme masa de no afiliados, unas 12.400.000 personas. Si aplicamos nuestros índices a esa masa humana, descubrimos que en el país existen 64.000 enfermos del hígado y vesícula, de los cuales 1.610 son inválidos; 33.000 enfermos del estómago y duodeno, de los cuales 1.600 son inválidos; 200.000 enfermos proctológicos incluidos los hemorroidarios, entre los cuales felizmente la invalidez es menor y no llega al 1 por mil.

Las “minor diseases” inciden en la economía

En esta síntesis me he concretado principalmente a las enfermedades del tubo digestivo que determinan situaciones más o menos graves; pero existen las otras, las transitorias, las de los síndromes mínimos, las “minor diseases” que no tienen traducción actuarial, pero que por el ausentismo inciden pesadamente y con mayor extensión que las graves en la economía. Sabemos que de cada 1.000 personas, 87,6 padecen de trastornos del aparato digestivo de mayor o menor importancia. De acuerdo a este índice en la República Argentina existe un millón de personas con afecciones del tubo digestivo. Es precisamente de ese millón de semienfermos, o enfermos por temporadas, de donde procede luego la nómina de inválidos con jubilación o sin ella pero que de una u otra manera gravan las finanzas públicas o privadas y desde luego la economía de la nación.

La experiencia hospitalaria en materia de enfermedades del aparato digestivo

En nuestros hospitales el 10,4% de los internados están allí por afecciones del tubo digestivo. Si nos atenemos a las cifras del Plan Quinquenal de Salud Pública, tendríamos que sobre el total de camas a construir, debemos destinar 16.000 para atender las afecciones digestivas, lo cual implicaría, al precio actual de las construcciones, una inversión de 240 millones de pesos. Ubicándonos en el supuesto de la solución teórica de las 16.000 camas, su sostenimiento sería, al costo actual, de 160.000 pesos diarios o sea cerca de 60 millones de pesos al año; suma a la que habría que agregar 24 millones de pesos de amortización, que es el 10% del costo original, índice utilizado para calcular lo que se pierde por reposición y destrucción de materiales en un hospital.

Frente a estas cifras tan elevadas debemos buscar un camino menos costoso y más directo. Entiendo que la mejor solución es multiplicar, en todo el país, los centros gastroenterológicos de tipo dispensario, concebidos de acuerdo a las orientaciones de la medicina preventiva, a fin de diagnosticar y tratar precozmente a los enfermos del aparato gastrointestinal; con ello reduciremos las necesidades de internación. Instalando una red de dispensarios es posible aminorar el número de camas requeridas, ya que el otro camino, el del régimen asistencial vigente, sin sistema ambulatorio especializado, nos lleva fatalmente a las cifras fantásticas antes señaladas.

Red de dispensarios o “centros gastroenterológicos”

El doctor Bonorino Udaondo ha tomado a su cargo la instalación de la red de dispensarios gastroenterológicos en todo el país, que funcionará bajo el comando técnico de la Dirección de Gastroenterología de la Secretaría de Salud Pública de la Nación.

Ustedes dirán si el Estado puede o no aplicar un método eficiente de profilaxis de las enfermedades del tubo digestivo, a fin de evitar que los pacientes lleguen a una situación tal en que tengan que internarse forzosamente porque por descuido del mismo interesado o del médico —mal diagnóstico y peor tratamiento—, como ocurre ahora, se transformen de enfermos verticales en enfermos horizontales.

Del panorama estadístico argentino en materia de afecciones gastrointestinales, surge evidentemente, comparando datos, que la tuberculosis del intestino y peritoneo ha caído en 25 años en un 75,4%; el cáncer de estómago y del hígado en un 17%; el cáncer de la boca y anexos en un 35%; en cambio, el cáncer del intestino, peritoneo y recto ha aumentado en un 46%. El número de fallecimientos por obstrucción intestinal bajó en un 38% y los por cirrosis de hígado en un 60%. Todas estas cifras demuestran la tendencia al descenso de ciertas afecciones gastrointestinales con el perfeccionamiento de la técnica y en cambio el aumento de otras. Estoy seguro de que podremos obtener, en pocos años, una caída casi perpendicular de estas enfermedades con la aplicación de los principios de la medicina preventiva en gastroenterología.

El catastro radiográfico

Así, por ejemplo, en el problema de las mal llamadas dispepsias crónicas, ellas solas determinan, como lo han demostrado las compañías de seguros, un 32% de sobrecarga de mortalidad, con relación a un grupo normal, lo cual significa la necesidad de imponer el catastro radiográfico a todos los hombres de más de 40 años que acusen el más leve trastorno digestivo.

Tenemos pendiente un gran problema: el de los cálculos al hígado. En 1910 se señalaba una mortalidad por esta enfermedad de 1,3 por 100.000, y hoy, no solo no ha bajado, sino que se llega al 1,5 por 100.000, es decir existe un aumento del 15%.

Entiendo que el problema es especialmente serio para nuestro país, porque quizás por nuestro régimen de alimentación, las colecistitis calculosas y las no calculosas señalan año a año un pronunciado aumento. Por ser este un tema de interés nacional, felicito y agradezco a este Congreso el haber fijado como asunto fundamental y único de la conferencia el de la colecistitis no calculosa, asunto que, por otra parte, es la primera vez que se lo encara en un congreso internacional. Podremos escuchar ahora vuestro autorizado consejo y recoger experiencia para una interpretación justa del problema, tan controvertido por las distintas escuelas gastroenterológicas.

Felicito, repito, al Comité Organizador y en especial a su presidente, profesor Carlos Bonorino Udaondo, honrándome de contarle entre mis más eficientes colaboradores en la Secretaría de Salud Pública de la Nación.

Debo destacar, además, la presencia en este Congreso del doctor Bockus, relator oficial del tema, a quien todos profesamos un profundo afecto y le estamos reconocidos por su acción en la Universidad de Pensilvania, pues no nos ha pasado inadvertido su gesto de reservar para los latinoamericanos 15 de las 30 plazas de su curso

de gastroenterología para graduados, no obstante las miles de solicitudes que le llegan de todas partes del mundo.

Hago votos para que de esta primera jornada surja la organización definitiva de la Sociedad Interamericana de Gastroenterología, y que sea este Congreso un acto más de solidaridad entre nuestros pueblos unidos en los comunes afanes de la ciencia, el trabajo, la paz y la justicia.

Política sanitaria argentina¹

Las palabras que acaba de pronunciar el señor presidente de la Liga por los Derechos del Trabajador las considero dictadas, en lo que se refiere a mi persona, por generosa condescendencia, por amistad acendrada en comunes entusiasmos y anhelos que se concretan en esta entidad, la Liga por los Derechos del Trabajador, surgida como una consecuencia de las grandes concepciones políticas, económicas y sociales del general Perón.

Voy a ocuparme en esta ocasión de la política sanitaria argentina, pero antes de entrar en materia quiero pedirles disculpas por no haber traído escrita mi conferencia. He preferido dejar librada a la espontánea creación del momento, la expresión de ideas que me han llevado muchas horas de reflexión, con la esperanza de que lo que pierda en precisión lo ganaré en sinceridad.

¿Existe una política sanitaria argentina?

El primer planteo es el de saber si existe una política sanitaria argentina. Podemos contestar afirmativamente; pero es indudable que ella no existió hasta que nuestro país no tuvo una política social y económica, y si actualmente la sanidad tiene personería oficial y hay una política argentina de salud pública, es gracias a que previamente se ha estructurado una doctrina política y económica nacional, que nació y sigue desarrollándose merced a nuestro presidente y líder, porque de él emanan, en efecto, las ideas directivas y es él el inspirador de nuestra doctrina médico-social. Nosotros, lo que hemos hecho, ha sido desarrollar sus ideas generales en nuestro ámbito profesional, tecnificarlas y aplicarlas a la solución de los problemas sanitarios del país.

Veamos qué ocurría hasta 1946. Nuestra sanidad era una cosa pasiva. Esperaba que las enfermedades se produjeran, que las epidemias aparecieran, determinando alguna catástrofe, para que recién el pequeño y modesto organismo nacional fuera a salvar los escombros con escasos recursos y pobrísima inspiración.

Han pasado solamente dos años y ya contamos con una organización que no está esperando que aparezcan las enfermedades ni los enfermos, sino que actúa activa y orgánicamente en todo el país, atacando las enfermedades allí donde se presenten, casi siempre antes que se presenten, y resolviendo los problemas en cualquier lugar de nuestro territorio, desde Tierra del Fuego hasta La Quiaca.

¹Disertación realizada en la Liga por los Derechos del Trabajador el 29 de julio de 1948, correspondiente al ciclo de conferencias magistrales organizado con la participación de diversas personalidades del país. Versión taquigráfica del periódico Octubre. Reproducido en los Archivos de la Secretaría de Salud Pública.

¿Qué es política? Según la definición clásica, es el arte o la ciencia de gobernar. Dicho arte o ciencia para que existan como tales requieren previamente una organización de ideas y de principios que pueden constituir o no un sistema, pero que tienen un fin práctico inmediato: el manejo racional de la cosa pública en servicio del bienestar general —del bien común— de los habitantes de determinado país, pueblo o nación.

Entendida así la política, existe, pues, —podemos asegurarlo— una política argentina en materia de sanidad, porque ya contamos con una doctrina que ha tomado cuerpo y que constituye, en cierta manera, una novedad para nuestro país. Desde que el general Perón afirmó que su programa consistía en asegurar un mínimo de bienestar a los argentinos, y en evitar que en nuestra patria existiesen demasiados ricos y demasiados pobres, desde ese momento se puede decir, quedó colocada la piedra angular de una política médico-social argentina, la que es consecuencia lógica y natural de esos enunciados peronistas.

Las primeras ideas sobre salud pública

A través de historia se verifica que los hombres primitivos atribuían la enfermedad a un sortilegio o a la magia; los hebreos la imputaban al enojo de Jehová; los griegos y todos los paganos conceptuaron después a la enfermedad como un peligro público, y de allí nacieron las primeras soluciones sobre higiene pública. En el Medioevo, la Iglesia creó los hospitales de la caridad cristiana, no obstante lo cual, se interpretaba la enfermedad como la posesión del hombre por el demonio. En los viejos sistemas absolutistas y en los modernos totalitarismos, la sanidad tenía o tuvo las características de una verdadera policía sanitaria. En épocas posteriores al Renacimiento, la enfermedad es considerada dentro de las teorías democráticas, como un mal o una carga que debe afrontar la colectividad, un mal que debe ser enjugado a fin de mantener la eficiencia de esa colectividad sin olvidar por eso, en ningún momento; el hondo sentido cristiano de la obra en favor de los enfermos. Lo que ha pasado en las democracias es que no se llegó rápidamente a una sistematización, a una doctrina estatal sobre la salud, porque realmente la salud, como materia de Estado, comienza recién a estructurarse en 1853, con las primeras conferencias internacionales. Por eso, nuestra Constitución no habla ni una palabra sobre salud pública; a lo sumo menciona el concepto de bienestar general, pero no adquiere dicho concepto las precisiones que tiene el texto en materia de educación o de aduanas o de defensa militar nacional. Las constituciones más modernas de otros países han incorporado ya la materia de salud pública a los dictados básicos de su organización nacional.

El problema de la salud es materia de Estado

Esta transformación de conceptos nos lleva paulatinamente y en forma inevitable a aceptar que el problema de la enfermedad, mejor dicho, el de la salud, es una materia de Estado, siempre que se conciba al Estado como organización política de la sociedad para el bien común. Es evidente que actualmente no puede haber medicina sin medicina social y no puede haber medicina social sin una política social del Estado. ¿De qué le sirve a la medicina resolver científicamente los problemas de un individuo enfermo, si simultáneamente se producen centenares de casos similares de enfermos por falta de alimentos, por viviendas antihigiénicas —que a veces son cuevas— o porque ganan salarios insuficientes que no les permiten subvenir debidamente a sus necesidades? ¿De qué nos sirve que se acumulen riquezas en los Bancos, en pocas manos, si los niños de los pueblos del interior del país andan desnudos por insuficiencia adquisitiva de los padres y tienen así que soportar índices enormes de mortalidad infantil, del 300 por mil, como ocurre en algunas mal llamadas provincias pobres, que yo llamaría más bien, provincias olvidadas?

¿Cómo puede enorgullecerse la medicina de aplicar sus técnicas cada vez más perfectas para resolver situaciones individuales, si por cada caso que resuelve tiene infinidad de problemas colectivos de salud que nunca podrán ser resueltos por iniciativa personal del médico?

Los problemas de la medicina, como rama del Estado, no podrán ser resueltos, si la política sanitaria no está respaldada por una política social. Del mismo modo que no puede existir una política social sin una economía organizada en beneficio de la mayoría, tampoco puede existir una medicina destinada a la protección de la colectividad sin una política social bien sistematizada para evitar el hambre, el pauperismo y la desocupación.

Los objetivos de la ciencia médica

Para comprender bien nuestros objetivos de gobierno en materia sanitaria es previo fijar con claridad los fines de la ciencia médica organizada y dirigida por el Estado en beneficio de la mayoría, es decir, de los no pudientes.

¿Cuáles son, pues, los fines de la medicina? Ante todo, prolongar la vida. Sabemos que la vida, por obra de la medicina, ha aumentado de duración, en los últimos cincuenta años, un promedio de 20 a 25 años. Prácticamente vivimos una generación más que antes. Pero, para afirmar esa conquista, esa prórroga, hasta ahora no se ha inventado nada mejor para cuidar al sano o al enfermo curado que mejorar las condiciones de su existencia y de trabajo, a fin de que el rendimiento de ese hombre y de la colectividad aumente en propio beneficio y en beneficio de toda la nación.

Si se estudian sectores sociales diversos, se comprueba que entre los más pobres y dentro de una misma ciudad, allí donde hay subalimentación, mala vivienda y escasos salarios, la longevidad es menor, la talla y el peso más bajos y el coeficiente de inteligencia también más bajo. La condición social, constituida por el régimen de

trabajo y las formas diversas de existencia, determinan índices de morbilidad y de mortalidad también diversos. En los estratos sociales populares hay más enfermos y más fallecimientos. Las diferencias hacia abajo de orden económico-social son, pues, causas de esos índices de morbimortalidad más elevados. Este es un hecho que nadie discute aquí ni en ninguna parte. Se comprende, entonces, cuánto sentido encierra la frase del general Perón, pronunciada recientemente al inaugurar la Exposición de Salud Pública, cuando dijo, más o menos: “Proclamo igual derecho para todos los argentinos frente a la enfermedad y frente a la vida. Todos los argentinos deben tener el mismo derecho a vivir sanos, a ser bien atendidos en caso de enfermedad y a las mismas posibilidades para prolongar su existencia en forma de ser felices y útiles a los suyos y a la sociedad”. Al expresarse así, el general Perón no hizo sino glosar su principio, enunciado en los “Derechos del Trabajador”, referente al derecho a la salud; derecho a la salud que es concurrente con el de la seguridad social y el del bienestar, como hemos sostenido nosotros en nuestro artículo sobre la “Doctrina Peronista del Bienestar Social”².

El “derecho a la preservación de la salud”

La frase del otro día del presidente es muy sintética, pero muy precisa: resume el fondo de lo que él ha enunciado con el nombre de «derecho a la preservación de la salud», que es sinónimo del derecho a la vida y al bienestar.

Pero el derecho a la salud comporta, como todo derecho, un deber social: el deber de cada individuo de cuidar su propia salud en el estado de salud, superando su instinto de conservación, que no acusa reacciones más que en la enfermedad. El Estado debe cuidarlo, pero el individuo está también obligado a cuidarse, pues para llegar a ser adulto, a ser hombre capaz de producir y rendir ha costado mucho a su familia y al Estado, el cual, si sufre algún accidente o se enferma, trata de recuperarlo para la sociedad.

Es necesario hacer comprender al pueblo que todos tenemos obligación de cuidar nuestra salud, que nuestra salud no es totalmente nuestra, sino que pertenece a la familia que formamos y al Estado, que nos cuidan hasta que llegamos a ser una unidad productiva. Si pudiera calcularse en cifras lo que cuesta llevar a un niño hasta los 18 años, resultarían cantidades fantásticas, ilustrativas sobre el esfuerzo que hace la colectividad en bien de cada uno de nosotros y que, por lo mismo, de hecho nos impone un deber: el deber de solidaridad social de no violar los principios sanitarios por ignorancia, descuido o despreocupación.

Hasta sería aceptable la sanción de un Estatuto de la Salud, que todos los ciudadanos contraeríamos el compromiso moral de respetar.

²*Yapeyú Revista Continental* N° 55, de junio de 1947, y *Archivos de Salud Pública*, N° 8, de julio del mismo año, tomo II.

Historia social del hombre enfermo

Desgraciadamente, todavía nuestros médicos están encastillados en la idea de la medicina del individuo, aun cuando algunos han percibido ya la necesidad de que junto con la historia clínica del “enfermo”, se levante la historia social del hombre. A la par de los factores propios de la biología perturbada, se acumulan una serie de factores indirectos que concurren a determinar una enfermedad. Por eso, debemos concebir un sistema que permita levantar la historia clínica de cada caso concreto que abordemos en un hospital, y al lado de ella, la historia social de ese hombre enfermo. Esa historia social debe contener otros elementos de juicio: profesión, psicología, sistema de trabajo, alimentación, organización familiar, etc.³

He dicho que existe una doctrina sanitaria, que deriva de la doctrina del general Perón, reiteradamente enunciada en sus discursos, y he repetido que estas ideas no aparecen solo en estos últimos dos años, sino que ya las encontramos germinando en la época de la actuación del general Perón en la Secretaría de Trabajo y Previsión.

Últimamente hemos tenido una comprobación muy curiosa que ratifica en gran parte lo que hemos dicho en varias oportunidades: que la política de salarios y de vivienda, que desarrolló el general Perón desde la Secretaría de Trabajo y Previsión, ha hecho más por la salud de la población necesitada que todo lo que pudimos haber hecho los médicos en muchos años. Por ejemplo: observamos una caída de la mortalidad infantil en el norte, que no sabíamos a qué atribuir. Como esta caída coincidió con la “dedetización” de la zona, pensamos que habría sido consecuencia de la desaparición de las moscas, consecuencia indirecta de la “dedetización”; sabemos que las moscas son transmisoras de enfermedades de los niños.

Pero un análisis más detenido nos convenció de que se debía primordialmente a que el obrero rural gana más, y a que los niños andan más abrigados y limpios, se alimentan mejor y viven en mejores condiciones de higiene.

Con buenos jornales en el norte, desaparecerán poco a poco los niños flacos, desnutridos y fisiológicamente miserables. La salud pública debe completar esa obra natural de la política social.

El aspecto actual de los niños del norte no es ni sombra de las sombras que fueron hasta hace tres años aproximadamente, pero nadie discute que falta mucho por hacer y que estamos recién al comienzo de una obra efectiva, concreta y orgánica.

Características de la política sanitaria argentina

He hablado de política “sanitaria”, eso en realidad la palabra *sanitaria* está mal empleada, a menos que se la tome como sinónimo de salud pública. Deberíamos decir “política médico-social” o “política argentina de salud pública”, términos que serían

³En ese sentido, recordamos los numerosos e importantes trabajos conceptuales del doctor Mariano J. Barilari, con el propósito de sistematizar y esquematizar la anamnesis con fines psicomáticos. Hace 18 años, el autor publicó con el doctor Barilari el primer trabajo sobre “Esquema de la historia clínica”, de acuerdo a principios que hoy reiteramos y aplicamos.

mucho más precisos. Pero empleamos la palabra “sanitaria” un poco por hábito y otro poco por extensión. Más adelante precisaremos el sentido restringido de lo que entendemos —en nuestra organización— por sanidad.

¿Por qué decimos “argentina”? Porque toda política sanitaria o de salud pública tiene que ser nacional por muchos motivos. Las condiciones geográficas, las condiciones de vida, las costumbres, los factores epidemiológicos y sociales y una serie de circunstancias, son específicas de cada país, por lo cual su política sanitaria debe ser distinta. No obstante ser nacional, la política sanitaria no puede dejar de ser universal en cuanto a las ideas y principios en que se inspira, e internacional en cuanto a los problemas comunes a todos los países, especialmente entre los vecinos con problemas lógicamente similares. Esto tiene la ventaja de que nutriéndose la acción en principios universales se evitan los sectarismos, la lucha de escuelas y las orientaciones unilaterales, sin dejar por eso de acentuar lo nacional, autóctono o vernáculo. El concepto de nacional —en sentido menos lato— podría ser sustituido por regional o zonal.

Ha sido necesario que la política sanitaria argentina a que me vengo refiriendo se afianzara sobre bases jurídicas nuevas y actuales.

Ley 13012 y Ley 13019

El Congreso Nacional sancionó el año pasado la Ley 13012 y la Ley 13019, que respaldan toda la estructura de esta política sanitaria argentina.

La Ley 13012 es la base del Código Sanitario Nacional. Consta de 6 artículos, de los cuales el tercero tiene 59 incisos. El artículo segundo trata de las jurisdicciones nacional y provincial, es decir, lo que compete a las provincias y a la nación. En él se respeta el criterio federal de nuestra Constitución por analogía, ya que el problema de salud pública no se contempla explícitamente en nuestra Carta Magna. En el artículo tercero, se enumeran todas aquellas facultades del organismo nacional de salud pública y las asienta como principios básicos para el desarrollo ulterior de la codificación. Es una ley de bases y al mismo tiempo de facultades del organismo nacional. En los restantes artículos —4, 5 y 6— establece como principio la necesidad de la creación de un fondo de salud pública, y se sugiere el seguro de enfermedad o de salud.

La Ley 13019 es la ley sintética que regula el plan actualmente en vigencia. En el artículo primero se establece el número de camas a construir y a distribuir en todo el país y se enumeran los institutos de investigación, que son 26. Estos institutos están destinados a comandar toda la organización sanitaria y médico-social. En estos momentos el país ha incrementado su dotación en 10.000 camas y con respecto a los institutos de Salud Pública previstos en la Ley 13019, se han instalado todos en un solo año. Era necesario comenzar por ahí, porque esos institutos están destinados a formar los técnicos, los hombres que harán los planes de detalle para la ejecución de cada uno de los trabajos. Es claro que no tienen todavía estos institutos su amplio desarrollo; pero ya está el núcleo central: los desarrollos posteriores vendrán en los próximos cuatro años. Por ahora, de algunos institutos solo tenemos las plantas pilotos.

¿Cómo se han aplicado o se están aplicando estas dos leyes básicas, la 13012 y la 13019? Estas dos leyes han sido estudiadas en nuestro plan analítico, que consta de cuatro tomos y de más de cuatro mil páginas. El plan sintético implícito en una ley, tiene que ser materia de un análisis detallado antes de entrar en ejecución. Ese es el motivo de nuestro plan analítico, conocido por todos los interesados en los problemas argentinos de salud pública. Ambas leyes son tan elásticas que permiten que se haga no un plan analítico sino diez planes analíticos. La ley permite esas posibilidades al organismo de ejecución, que en este caso es la Secretaría de Salud Pública de la Nación.

La Ley 13019 crea, además, un organismo central colegiado encargado de las construcciones hospitalarias, que es el Consejo Nacional de Construcciones Sanitarias, y permite una financiación bastante ágil para actuar eficientemente en la construcción, habilitación y funcionamiento; proporciona, de ese modo, una gran autonomía en materia de construcciones sanitarias. Es cierto que la construcción de hospitales en sí configura el aspecto concreto y material del conjunto, pero de ninguna manera es lo fundamental. Hay otras cosas tan importantes o más importantes que la construcción de hospitales, cosas que de ponerse en funcionamiento reducirán en mucho la necesidad de dichos hospitales. El ideal sería que los hospitales no existieran y para ello hay que poner en acción ese otro 30% del plan, que es puramente de estructuración, de organización y de fiscalización. Si estamos bien organizados en los aspectos no constructivos, en los aspectos ajenos a la arquitectura, llegaremos al ideal del general Perón, quien, con ese talento intuitivo que lo caracteriza, me manifestó un día, al inaugurar un hospital en Tartagal: “Me agrada entrar a este hospital porque no hay un solo enfermo; están todas las camas vacías”. Y agregó esta reflexión: “Cuando todos los hospitales tengan tantas camas vacías, entonces lo podré felicitar, porque la medicina habrá triunfado”.

Sistematización y ejecución del plan

¿Cómo hemos sistematizado la ejecución del Plan de Salud Pública? Hemos partido de un principio muy simple: el hombre aislado, en su propio medio biológico, padeciendo una enfermedad producida por fallas de orden interno, es materia de la medicina asistencial. Cuando ese hombre se enferma porque lo atacan bacterias desde afuera, porque el medio físico (aire, agua, suelo, clima, etc.) lo envuelve y lo perturba, entra a jugar lo que se llama la medicina sanitaria. Y cuando actúan sobre el hombre factores que no provienen del medio biológico interno ni del medio físico o bacteriológico, sino que provienen del alimento, de la mala vivienda, del vestido deficiente, de perturbaciones de orden psicológico; en una palabra, de causas originadas en el ámbito social, entonces actúa la medicina social.

Tenemos, pues, las tres grandes ramas de nuestro organismo de ejecución: medicina asistencial, medicina sanitaria y medicina social.

La medicina asistencial es individual; la sanitaria siempre defiende grupos o núcleos colectivos; y la social toma la colectividad entera, es decir, la sociedad. La

medicina asistencial se ocupa exclusivamente del medio interno; la sanitaria, del medio físico y el bacteriólogo; la social, del medio económico familiar y profesional. La medicina asistencial toma a su cargo ese microcosmos que es el individuo; la sanitaria, el mesocosmos, que es el medio ambiente fisicoquímico y biológico; la social, el macrocosmos, que es toda la órbita humana o medio circundante o comundo, si de alguna manera hemos de traducir a Driesch en su concepto de “*Umwelt*”.

Además hay características que diferencian en sus métodos a esas tres grandes ramas: la medicina asistencial tiende a resolver el problema individual cuando se ha planteado, es pasiva; la sanitaria es meramente defensiva, pues trata de proteger; la social es activa, dinámica, y debe ser fatalmente preventiva.

La medicina asistencial es reparadora de las fallas patológicas individuales; la sanitaria es profiláctica —concepto que involucra la defensa contra agentes patógenos directos y transmisibles—; la social es preventiva —no confundir con profiláctica— porque aborda los factores indirectos de la salud, es decir, los sociales como concausa de las enfermedades degenerativas (p. ej.: cardiopatías, cáncer, diabetes, reumatismo).

Estas son las tres grandes ramas de la Secretaría de Salud Pública de la Nación y de cada una de ellas se desprenden todas las direcciones técnicas especializadas. Naturalmente, esta división es convencional a los fines de la ejecución, pero la realidad es indivisible, pues, por ejemplo, allí donde se hace medicina individual, se debe hacer medicina sanitaria y medicina social y viceversa.

Los grandes problemas de la salud pública argentina

No voy a explicar en detalle los grandes problemas sanitarios porque no me alcanzaría el tiempo.

Solamente quiero enunciar cómo planteamos los problemas fundamentales, porque entiendo que plantear un problema con claridad es tenerlo prácticamente resuelto. Por lo menos, en vías de solución.

En medicina nos hemos pasado muchos años conversando; ahora debemos entrar en acción, y para ello solo se requieren las cuatro o cinco ideas fundamentales que he expuesto y que señalan nuestros objetivos trascendentes.

Lo primero que hemos hecho, pues, es plantear nuestros grandes problemas sanitarios nacionales, que son los siguientes:

1. Falta de camas.
2. Epidemias y endemias graves, comenzando por el flagelo más terrible que aún no podemos exterminar, pero que creo que dentro de cuatro años lo tendremos en vías de dominar: me refiero a la tuberculosis. El paludismo, que lo tenemos prácticamente liquidado. La lepra, cuya solución consiste en tener 4 o 5 grandes establecimientos además de los que ya tenemos para internar a los leprosos que aun circulan y contagian. Es un problema que se puede circunscribir rápidamente. La brucelosis, el tracoma, la uncinariasis,

son problemas conocidos y cuyas soluciones son posibles de alcanzar con una buena organización. Las venéreas han tenido una reducción del 30% sobre los datos de 1946.

3. Mortalidad infantil y disminución de la natalidad en los grandes centros urbanos. Hay factores de orden social que inciden en la mortalidad infantil que tendrán que desaparecer. Podemos reducir la mortalidad infantil del interior aproximándola a las cifras *aceptables* de la Capital Federal. La mortalidad infantil en la Capital Federal es del 42 por mil y, en cambio, en Jujuy es del 200, 250 y 300 por mil. Buenos Aires en 1898 tenía una mortalidad de casi 200 por mil y actualmente su cifra se acerca a la de los países más civilizados. ¿Por qué no hemos de lograr en el norte la misma reducción? Como plan inmediato hemos creado en un año 50 centros de protección al niño y a la madre; en 20 años anteriores se habían creado 48; nosotros, en un año hemos creado 50. Son centros simples, económicos, que permiten una acción muy eficaz. Esperamos instalar en los cuatro años restantes 400, distribuyéndolos profusamente por todo el territorio de la República. En este sentido, hemos reducido nuestro programa inicial, un poco ambicioso y lo hemos circunscrito a cosas más prácticas y concretas. En algunos centros urbanizados estamos levantando maternidades integrales; pero, por ahora, la solución más simple es el centro de higiene maternal e infantil. No se trata de discutir qué es lo que hay que hacer. Eso ya lo sabemos. Lo que tenemos que discutir es cuál es el camino más directo, más barato y más rápido para llegar al objetivo que es: reducir la mortalidad infantil.
4. La subalimentación en el interior. Según la estadística del profesor Escudero, hay un tercio de nuestra población en estado de subalimentación, que no come lo suficiente para vivir en estado de salud. Es un problema médico-social y al mismo tiempo un problema económico de distribución de los alimentos. Hay una mala distribución de nuestra riqueza alimenticia.
5. La invalidez y la muerte prematura, que nos produce en la Argentina una sangría anual de 50 mil hombres que no debieron haberse muerto y que mueren por falta de cuidados médicos o medidas preventivas.
6. El costo de los medicamentos es, evidentemente, una cuestión que tenemos que resolver, y que todavía no tiene visos de solución, a pesar de “EMESTA” y de nuestros esfuerzos en ese sentido. Las medidas compulsivas no pueden ser definitivas. Hay que buscar la materia prima, facilitar el desarrollo de la industria privada y hacer que el pueblo pueda disponer de medicamentos tipificados y estandarizados. En estos momentos, solamente el 30 o 35% de la población compra medicamentos, porque son sumamente caros y no están al alcance de todos. El costo de producción industrial es muy alto, y en el interior del país es difícil que el pueblo pueda adquirir medicamentos tan costosos. Solo puede solucionarse eso con una industria adecuada, encauzada por el Estado, a fin de producir medicamentos tipificados a bajo costo para los sectores menos pudientes, sin perjuicio de aquellos que por

su presentación pueden calificarse de “lujosos”. En materia de industria farmacéutica, hay muchos lujos, pero tampoco se puede volver —porque es imposible— al régimen patriarcal de la botica.

7. Otro problema es el de la coordinación de la higiene pública, evitando que las ciudades se construyan o desarrollen en forma antihigiénica, con sus mercados, plazas, edificios públicos y cementerios mal ubicados. Son problemas de higiene pública, que estamos estudiando por medio de nuestro instituto especializado, que ya ha producido importantes trabajos de investigación en la materia, con la colaboración de arquitectos urbanistas y médicos higienistas.
8. Los hospitales de beneficencia privados constituyen un problema de financiación muy serio. Lo que conviene, por ahora, es ayudarlos a subsistir y no incorporarlos al régimen del Estado, porque sería un gran peso para este y se perdería la colaboración de grandes núcleos de vecinos. Hay unos 800 hospitales de este tipo, y su sostenimiento a cargo exclusivo del Estado determinaría la inmediata paralización de nuestros fondos disponibles para las nuevas obras de salud pública. Para hacer las cosas nuevas que requiere el país, necesitamos que lo que ya existe siga funcionando lo mejor posible, sin gravar por ello las finanzas nacionales. Por eso soy contrario a la expropiación o nacionalización —por ahora— de esas organizaciones privadas, y soy partidario, en cambio, de ayudarlas y apoyarlas, a fin de que la iniciativa siga siendo privada, porque de esa manera haremos que todo el mundo contribuya a la salud pública y cumpla con el deber correlativo con respecto a sus conciudadanos menos pudientes.
9. El problema de la estadística lo hemos resuelto en parte mediante una organización de Demología Sanitaria. En esto, como en otras tantas cosas que el presidente ha señalado, no sabíamos cuántos éramos ni cuánto teníamos. Se han efectuado censos de establecimientos médicos y de enfermos. Realmente, es este un trabajo previo a cualquier elaboración de planes. Naturalmente que esta organización demológica nos está llevando mucho tiempo. Se trata nada menos que de determinar directamente el número de enfermos por cada tipo de enfermedad. Hasta ahora nos hemos manejado con índices que nos permiten apreciar la situación de modo indirecto, tomando grupos de personas que representan en pequeña escala a toda la colectividad. Hemos recurrido así, por ejemplo, a estadísticas de mutualidades, que tienen muy bien registrados a sus socios y a las enfermedades de estos. Hemos recurrido también a las estadísticas de poblaciones chicas. Y de ahí hemos obtenido algunos índices. Claro está que esto no es una estadística verdadera, sino meramente aproximada, y puede conducirnos a errores. Estos sistemas indirectos nos tenían convencidos de que el número de habitantes del país era de 14 millones, y resultó por el método directo del censo que somos 16 millones. Vale decir, que el sistema indirecto tiene un apreciable porcentaje de error, pero mientras no tengamos cifras más exactas debemos guiarnos por índices y

por los datos que hasta la fecha hemos podido acopiar, pues no podemos detener nuestra obra a la espera de la estadística exacta, en cuya tarea estamos.

10. El contralor del trabajo obrero y el sistema industrial de trabajo es para Salud Pública más bien un problema de educación sanitaria del obrero y del patrón.
11. Tenemos el problema de la organización de la medicina preventiva que por ahora es tarea de simple coordinación con el Instituto de Previsión, cumplida por el Consejo de Medicina Preventiva.
12. El problema de la utilización del clima como medio terapéutico. Hemos inaugurado ya dos hospitales termales para obreros.
13. La organización de la profesión médica, es una de las cuestiones más difíciles que tiene la salud pública, porque nuestra profesión no está organizada. Perón dijo, hace unos cinco años, que el problema fundamental, antes de organizar la salud del país, era el de organizar a los médicos, y les hizo a los colegas, una reflexión muy gráfica. Dijo el general Perón en un discurso que pronunciara en la Secretaría de Trabajo y Previsión (no recuerdo textualmente las palabras pero sí el concepto): “En la guerra cuando el enemigo invade a un país se le opone un ejército; no se da a cada habitante un fusil para que detenga al enemigo que avanza en forma metodizada. Con las enfermedades pasa lo mismo. Son ejércitos bien organizados y si dejamos que cada médico actúe aisladamente no vamos a acabar nunca con las enfermedades. Hay que organizar colectivamente la profesión médica para atacar los males colectivos”. Estas palabras pronunciadas por el general Perón hace cinco años, siguen constituyendo el programa más serio de trabajo para nosotros: organizar a los médicos. He ahí un enorme problema y los que son del oficio —y me escuchan— saben a qué me refiero. El ejercicio privado de la medicina se va restringiendo poco a poco, a pequeños núcleos sociales de población pudiente, que alcanzan apenas a un 10 o 15 por ciento de la población total. Los grupos no pudientes se mutualizan o gremializan o indirectamente socializan a la profesión: ese ya no es un problema que afecte al Estado, sino al ejercicio privado de los médicos. Ellos deben defenderse y solo podrán defenderse, cuando hagan lo que todo el mundo: unirse en una institución gremial seria y sin tendencias políticas.
14. El plan de educación sanitaria que se cumpla por medio del Instituto de Difusión y Propaganda Sanitaria.
15. La política sanitaria internacional. Últimamente hemos firmado varios tratados y hemos sido fundadores de la Organización Mundial de la Salud, actualmente reunida en Ginebra. Cada uno de los problemas enunciados está en vías de solución.

Los cuatro objetivos de la Secretaría de Salud Pública

La acción de la Secretaría de Salud Pública actualmente tiende a concentrarse en cuatro objetivos: *Primero*: Llevar el país a tener una cama por cada 100 habitantes, o sea, 10 camas por cada mil habitantes. *Segundo*: Organizar la profesión médica. *Tercero*: Llevar a todo el territorio la acción por medio de *campañas integrales* tomando zonas geográficas y sociales para exterminar las enfermedades endémicas, como la uncinariasis en Corrientes; el paludismo en las provincias del noroeste; el tracoma en las provincias del centro. *Cuarto*: Redacción definitiva del Código Sanitario de la Nación, de acuerdo a lo dispuesto por el artículo 10 de la Ley 13012.

Voy a decir algunas palabras más sobre la falta de camas. Está establecido que un país bien organizado debe tener 10 camas por cada mil habitantes, que se reparten según las distintas especialidades. Se toma como ejemplo para establecer los índices mínimos de necesidad de camas a países como Suecia, que han logrado, entre otras cosas, hacer desaparecer la tuberculosis porque llegaron a disponer de una cama por tuberculoso que se muere. Nosotros, en cambio, tenemos 16 mil tuberculosos y 4 mil camas, es decir, un déficit de 12 mil camas. Cargamos, pues, con 12 mil tuberculosos dispersos que infectan a sus familiares o a sus vecinos y como se calcula que cada tuberculoso antes de morir contagia a 10 personas pueden deducirse las consecuencias que entraña para el país la falta de camas. La única solución consiste en poder aislar a todo tuberculoso precozmente sustrayéndolo del medio familiar y curarlo. El ideal es, pues, llegar al mínimo indispensable de camas que tienen los países más adelantados.

Por la Ley 13019, a la que me he referido antes de un modo general, se calculan en 80 mil camas las necesidades totales de la nación. Con la elevación del número de camas también se solucionarían —entre otros— el problema de los alienados y de los leprosos.

Nuestro país con 16 millones de habitantes debería tener 160.000 camas para todo tipo de afecciones, comprendiendo afecciones clínicas, de cirugía, maternidades, patología de la mujer y del niño, cirugía especializada, asistencia de alienados, sanatorios para tuberculosos, colonias para leprosos, etc. Actualmente, en 1948, tenemos 70.000, es decir, que hay un déficit de 90.000 camas.

Las proporciones del número de camas por cada tipo de enfermedad son perfectamente conocidas por la técnica hospitalaria. Así se sabe que para alienados deben existir de 2 a 4 camas por cada mil habitantes. Nosotros no llegamos al 1 por mil.

Teníamos, en 1946, 60.000 camas, es decir, un déficit de 100.000 camas con respecto a la cifra real del número de habitantes del país. En aquel entonces, 1946, el cálculo de la población era de 14.000.000 de habitantes en todo el país; por eso el déficit calculado aparecía entonces solo de 80.000 camas. A dos años de aquel cálculo, a pesar de las 10.000 camas nuevas, seguimos, en verdad, con un déficit de 90.000, pues lo habíamos calculado —aclaramos— sobre 14 millones de habitantes en lugar de 16 millones. Sea cual fuere el déficit, lo cierto es que se ha reducido en 10.000 camas, computado en esta cifra no solo lo habilitado por la nación, sino por todas las organizaciones médicas municipales, provinciales y privadas.

El déficit se reducirá enormemente cuando comience la habilitación de los hospitales proyectados para cubrir la diferencia en 5 años.

Valor económico del hombre argentino

Muchas veces nos hemos preguntado cuánto pierde el país por causas de enfermedad. Los cálculos hechos en EE. UU. Para EE. UU., demuestran que allí se pierde al año diez mil millones de dólares por enfermedad. Nosotros, con la décima parte de población —y en el supuesto de que estuviéramos tan adelantados como ellos en materia sanitaria— tendríamos alrededor de 4.000 millones de pérdidas anuales por enfermedad, suponiendo, se entiende, una proporción de uno a cuatro entre el dólar y el peso. Para el cálculo se toma en cuenta:

1. Lo que se pierde por muertes prematuras o “evitables”, asignándole a cada hombre un valor actuarial determinado. Teniendo en cuenta que perdemos 50.000 hombres por muertes prematuras al año, llegaríamos también nosotros a una cifra de millones.
2. Lo que se pierde por invalidez, por jubilaciones prematuras. Sabemos que nuestras cajas conceden al año sobre 3.600.000 afiliados, 25.000 jubilaciones por ese rubro. Y si calculamos que cada uno de ellos cuesta al año 32.000 pesos, término medio, llegamos también a millones.
3. Las cifras de pérdidas más altas se originan en las enfermedades banales: resfríos, gripes, dolencias transitorias, *minor diseases*, que representan una pérdida cuantiosa para la colectividad. Se calcula que, término medio, el obrero está enfermo 8 días al año. Estimándose la población activa del país en 5 millones, tenemos que son 40 millones de días de trabajo que se pierden por razón de aquellas enfermedades. A un salario medio de \$10 diarios, resultarían 400 millones de pesos perdidos anualmente en concepto de “ausentismo” por enfermedad.
4. A esto hay que agregar lo que el Estado y los institutos privados gastan para atender al que se enferma, y lo que el individuo invierte por su cuenta en curarse, y el valor del trabajo que se pierde. Puede calcularse, en total, en \$400 millones al año, lo que se gasta en nuestro país para el sostenimiento de establecimientos médicos.

Calculamos que el público consume en todo el país medicamentos por valor de más de 200 millones de pesos, producidos por la industria farmacéutica y la farmacia. Son, pues, muchos los millones que anualmente se pierden por enfermedad, y ello constituye un lastre para la capacidad productiva del país. Cuando una nación es fuerte, puede soportar ese lastre, pero de todas maneras es una carga pesada, y a los médicos y hombres de Estado nos corresponde encontrar la forma de aligerarla.

Daniel Defoe, el autor de Robinson Crusoe, que además de novelista fue economista, dijo que el hombre es un capital en efectivo. Y Jean Bodin, en 1576, fundador

de la economía, afirmó, ya en aquel entonces, que *no hay mayor fuerza ni mayor riqueza que el hombre*. No puede haber una economía fuerte, una producción alta, sin un pueblo sano y fuerte. Esto lo sostuvieron siempre los viejos economistas, aunque los de ahora, especialmente en nuestro país, han olvidado totalmente los planteas iniciales de los fundadores; dominados por el tecnicismo bancario pareciera que solo vale el balance de pagos o el valor de los cambios o de los depósitos. Porque nadie se atrevería a discutir que a medida que nuestra riqueza nacional crece, también va creciendo el precio que tiene cada argentino. Posiblemente, hace cinco años un argentino no valía tanto; ahora, con el crecimiento de nuestra renta nacional, hay que cuidar a cada argentino como si fuera de oro, porque es un elemento de producción que cada día vale más y que justifica que gastemos todo lo que sea necesario en defensa de su salud y por ende, de su capacidad de trabajo.

Las etapas del servicio médico

La civilización es un concepto sobre el progreso humano que se refiere al adelanto material: la cultura se refiere habitualmente al progreso espiritual. En la evolución de la salud pública argentina —y en la de todos los países del mundo— se advierten seis etapas:

1. Prehistoria, falta de toda organización médica.
2. Asistencia caritativa de urgencia.
3. Sanidad y profilaxis de las enfermedades infecciosas, organizada por el poder público.
4. Asistencia médica completa con internaciones y contralor científico.
5. Asistencia médica científica a cargo del Estado con servicio social.
6. Asistencia médica, sanidad, y medicina social a cargo del Estado, con servicio social y cultural (educación sanitaria).

En la primera etapa, la prehistoria, es aquella en la que no hay nada, como en ciertos pueblos de Catamarca, La Rioja y Jujuy, donde la gente se muere sin asistencia médica. A lo sumo el curandero cumple los ritos más o menos mágicos de todos los pueblos primitivos.

En la segunda etapa de la evolución, los vecinos construyen una sala de Primeros Auxilios para atender lo más grave. Aparece así la organización de la asistencia caritativa que nace de sentimientos cristianos, filantrópicos o de simple ayuda mutua. La Sala de Primeros Auxilios es la primera expresión de la medicina asistencial organizada por el propio pueblo en un gesto de solidaridad y de defensa propia.

Interviene luego la comuna y entonces empiezan a actuar las autoridades y se pasa a otra etapa, que posee más fuerza que la anterior, la etapa de la sanidad. Cuando un enfermo se muere y no se sabe qué enfermedad infecciosa lo ha llevado a la tumba, se establece por el comisario del pueblo, por ejemplo, el cordón sanitario que generalmente se lo confunde con un cordón policial. La actitud del comisario

del ejemplo, sugiere, pese a su modestia, la etapa primaria de la sanidad organizada por el poder público.

Un día llega un médico que ha estudiado en Buenos Aires y que trae ideas científicas; reemplaza al curandero, al estudiante de medicina crónico que hacía de médico o al médico viejo. Tenemos entonces el componente científico agregado a la Sala de Primeros Auxilios, caritativamente creada por los buenos vecinos, quienes con ayuda de ese médico no cejan hasta verla convertida en un hospital con algunas camas sobre agregadas. Existe ya el germen de tres cosas: asistencia, sanidad y ciencia. Luego piden un subsidio y entonces la comuna les da unos pesos, la provincia otros y la Secretaría de Salud Pública termina la financiación y amplía las instalaciones. Un buen día los vecinos no pueden seguir con su hospital porque la vida está muy cara; entonces la Secretaría de Salud Pública de la Nación se hace cargo del mismo y se cumple el proceso de estabilización del servicio público.

Esta ha sido la evolución de nuestra asistencia y seguramente, la de cualquier otra del mundo. Hasta aquí hemos llegado nosotros, pero nos faltan las etapas sociales y culturales. Estamos dominados por la etapa científica.

De ese modo los médicos, cada vez más científicistas a fuerza de ver la lesión, nos hemos olvidado de otras cosas. El árbol nos ha impedido ver el bosque. Nos hemos quedado con la lesión visceral y nos hemos olvidado del macrocosmos, es decir, del ámbito social. Es necesario volver a ver fuera del microscopio.

Superando la etapa del hospital de socorro caritativo individual, del microcosmos; superando la etapa de la policía sanitaria viene la etapa del macrocosmos, la etapa social. Los servicios fueron caritativos al principio; se hicieron científicos más tarde y se completaron con una sanidad. Solo en estos últimos años se agrega el servicio social a la historia clínica del enfermo y hacen su aparición las visitadoras sociales, que siguen al enfermo y a su familia fuera de los muros del hospital. Recién estamos nosotros iniciando la etapa social de la medicina.

Etapa final de la cultura sanitaria

Prevedemos para el futuro, el desarrollo de una nueva etapa —la 6ª etapa— que irá más allá del servicio social: la etapa de la cultura sanitaria. El hospital con el tiempo no solo será un lugar de asistencia, de tratamiento, de investigación científica, de profilaxis, de sanidad, de servicio social, sino que será también un centro de cultura. Anexaremos a los hospitales, salones de actos y proyectores cinematográficos para educar a la población; para enseñarle a cuidar su salud, que no solo le pertenece a ella sino que es de toda la nación. Ya lo estamos haciendo en los pequeños hospitales de 14 o 30 camas, donde el salón de espera de consultorios externos se transforma a la tarde en sala de conferencias y de enseñanza a las madres y a los hombres. Y estamos agregando salas de espectáculos a los hospitales de crónicos y colonias.

Para que todo esto sea una realidad es necesario que los médicos no olviden que el hombre es un ente integral, que no hay “enfermos”, como decimos en nuestra jerga médica, sino “hombres enfermos” y al decir “hombres enfermos” nos referimos

a todo lo que es el hombre, por compleja que sea su estructura. El hombre no es solamente soma, sino también psicología, es todo un mundo, y el médico, al tener en sus manos, como las brujas de Macbeth, seres purificados por el dolor, los tienen en su máxima y más noble expresión. Es el médico el estudioso que más puede conocer el hombre, porque es la medicina la ciencia que más integralmente trata del hombre. Para ello es fundamental que el médico se aparte un poco del microscopio y deje de ver la lesión del órgano, para ver más las lesiones del sentimiento, del espíritu, del nexo familiar y social.

No nos preocupemos de que el ser humano sea algo inmenso aun en su concreción individual más humilde. Si bien es cierto que cada ser es infinito y hasta parece inabordable, no es menos cierto que para el médico que sabe acercarse a ese abismo del corazón humano no puede haber secretos. Pero es necesario también que él mismo se sublime frente al hombre-social, frente al hombre-familia, al hombre-sentimiento y descuide un poco su inmediato quehacer cotidiano con el hombre-somático; solo así será el médico un hombre culto y digno de su medicina, la más noble de las ciencias del hombre.

Lo material y espiritual en el proceso sanitario

He dicho que el proceso de la civilización es material y el de la cultura, espiritual. El edificio del hospital, el laboratorio, el técnico, los instrumentos son civilización; pero el espíritu que mueve esas cosas, será cartaginés o fenicio, si no adquiere un auténtico sentido cultural, es decir, espiritual.

Lo que digo del médico lo puedo aplicar al pueblo. No basta la presencia física del hospital, que solo resuelve un problema de socorro individual. Es condición "*sine qua non*" que ese hospital tenga un espíritu y un sentido cultural. Es necesario simultáneamente educar al pueblo para que pueda comprender las más altas expresiones de la cultura sanitaria, como es la medicina preventiva. Los pueblos del interior, sin asistencia, viven en la prehistoria, he dicho. Hay que llevarles la civilización que es el hospital. En los pueblos que ya tienen hospital, hay que llevarle al hospital un nuevo espíritu y al pueblo la cultura sanitaria, que es la medicina preventiva, síntesis del concepto de salud.

La medicina organizada y dirigida por el Estado es un caso particular de la racionalización, de la organización científica y ordenamiento racional de las actividades humanas que nació en Descartes, siguió con Taylor y con Fayol. Ellos hicieron la filosofía de la organización, pero no podemos olvidar a Solvay, creador de la "energética social", y Goldscheid, el visionario de la Economía Humana, que a principios de este siglo percibieron cosas que recién ahora las estamos redescubriendo. Recién ahora estas ideas están entrando en su faz de aplicación práctica. Aquellos hombres eran teóricos, visionarios; nadie pensó entonces que años después esas doctrinas iban a tener vigencia y actualidad, y que evitarían, en cierto modo, el choque del individuo con la sociedad.

Dogma: no hay enfermedades sino enfermos

Para que la política argentina de salud pública pueda ser una realidad concreta — insisto— es necesario que a nuestros colegas, los médicos, los entusiásmos con esta manera de pensar y encarar los problemas. Es necesario que los médicos argentinos aprendan a sustituir la medicina de la enfermedad por la medicina de la salud, un factor negativo por un factor positivo. Es preciso que los médicos destierren un dogma que, a mi juicio, ha hecho mucho daño a la medicina social. Desde que entramos al hospital como practicantes, todos nos dicen: *no hay enfermedades, hay enfermos*. Entonces, nosotros nos dedicábamos a ver enfermos de acuerdo a ese dictado práctico de la medicina individual. Hay que destruir ese dogma, que es perjudicial para la concepción de la medicina social.

En realidad hay enfermedades, no enfermos

Interesan las enfermedades y mucho más que los enfermos aisladamente considerados porque ellas afectan a las colectividades. No interesa tanto al médico sociólogo y al hombre de Estado, el enfermo concreto, sino su enfermedad; conocer por qué existe; ir a las causas mesológicas de esa enfermedad. Cuando se produce el fenómeno de un enfermo, ese hecho individual es un índice del problema colectivo. No hay, pues, enfermos, sino enfermedades.

Los médicos debemos pensar socialmente, así iremos, poco a poco, atenuando esta tremenda mecanización en que vivimos hoy en el campo de la medicina; excesiva bioquímica, excesiva física, excesivo desmenuzamiento de la personalidad orgánica del enfermo. Debemos pensar que el enfermo es un hombre, que es también un padre de familia, un individuo que trabaja y que sufre, y que todas esas circunstancias influyen, a veces, mucho más que una determinada cantidad de glucosa en la sangre. Así humanizaremos la medicina.

Me atrevería a decir que nuestro país está pagando en mortalidad y en morbilidad las lagunas de nuestra formación profesional. Esas lagunas que no fueron llenadas en la Facultad de Medicina, se traducen ahora en elevados índices de morbilidad y mortalidad. Claro que hay honrosas excepciones. En el interior existen médicos inteligentes y sensibles que comprenden el problema social, que lo ven y lo atienden; pero encontramos uno cada quinientos. Los demás, acuden al caso concreto, como quien dice, al detalle de la placa radiográfica.

La riqueza del país está en el hombre argentino

También es necesario que comprendamos todos, no solamente los médicos, que la nación no reside exclusivamente en nuestros campos, en nuestros cereales, en nuestros maizales; ni reside en la pureza de la sangre de nuestro ganado, ni en los depósitos bancarios, ni en las industrias cada vez más pujantes, ni en tantas otras

cosas materiales de las que estamos tan orgullosos. Aceptaría que la nación está en gran parte en nuestra geografía, en nuestra historia, en nuestros emblemas y tradiciones. Pero ni siquiera podríamos hacer residir la nación en las ciudades, por bellas que fueren, en los monumentos, en las plazas, porque todo nace y termina, en última instancia, en una sola cosa: en el hombre, y más específicamente, en el hombre argentino, que fue capaz de fertilizar esos campos, de criar ese ganado tan puro, de levantar esas ciudades, hacer la historia y crear los emblemas y tradiciones. En ese hombre argentino está la verdadera riqueza, la verdadera nación. Cuidar a ese hombre, cuidarlo física y mentalmente, es la mayor responsabilidad de la Secretaría de Salud Pública de la Nación.

Por eso, cuando me dicen que gastamos mucho, yo respondo que en realidad no hay una inversión más justificada ni más provechosa que la destinada a proteger la salud. A la larga, se beneficiará la colectividad. El Estado no puede ni debe organizar esta protección solamente por filantropía o por humanidad o por motivos sentimentales.

No quisiera abusar del lenguaje crematístico cuando digo que el Estado no hace ni puede hacer filantropía ni obras de caridad, ni las subestimo al calificar de sentimentales estas motivaciones; simplemente deseo probar que el rendimiento, la eficiencia del esfuerzo colectivo, la productividad del trabajo nacional —es decir, la riqueza— depende de la salud del pueblo, por eso el Estado al gastar en centros sanitarios, hospitales e institutos de investigación, hace una inversión lucrativa por muchos motivos.

Gastar en centros sanitarios, en hospitales, en institutos de investigación, es una operación lucrativa, repito; pero no se tomen mis palabras en su sentido material, porque el dolor, el sufrimiento humano, no puede ser objeto de especulación, ya que es un don, el de la vida y el de la salud, que nos viene de Dios para cumplir con nuestro destino, para hacer felices a nuestros hijos, para ser útiles a la sociedad y para asegurar la grandeza y prosperidad de la patria.

Cómo se puede llegar a formar una conciencia sanitaria popular¹

Los médicos hemos vivido durante un largo tiempo en el clima de la enfermedad. Nuestro horizonte científico nacía y terminaba en el enfermo; lo morboso constituía nuestro afán diario. Eran tantos y tan frecuentes los padecimientos de los hombres, que el médico debía concentrar sus preocupaciones en los medios y procedimientos para curar las enfermedades y sus causas. El progreso de la ciencia nos trajo un mejor conocimiento de la naturaleza humana, de los factores que conspiran contra su armonioso desarrollo y el descubrimiento de los medios adecuados para combatir la enfermedad y prolongar la vida útil del hombre.

De cruzado de la enfermedad a paladín de la salud

Cuando podía creerse que habíamos alcanzado la culminación de la obra médica en el sentido de la protección del ser humano, comprobamos los médicos que el patrimonio físico y psíquico podía ser enriquecido aún más en sus posibilidades vitales.

Y así el problema de la enfermedad, agobiante horizonte del médico de otrora, ha sido sustituido por el de la salud, horizonte lleno de luminosas perspectivas que brinda al profesional una actividad optimista, conforme a una doctrina fundada en el concepto de la perfectibilidad humana. El médico, de cruzado de la enfermedad, se ha convertido en paladín de la salud.

Ciencia y arte de conducir la máquina humana

Si acudimos a la consabida comparación del cuerpo humano con el automóvil, el estudio de la estructura mecánica de este puede ser referido a la anatomía, el del funcionamiento del motor y de las distintas partes del vehículo a la fisiología, el de los desperfectos de los distintos mecanismos a la patología y el de los medios para corregir los defectos a la terapéutica. Pero es evidente que no todos los propietarios de automóviles obtienen el mismo rendimiento de máquinas prácticamente iguales. Así, hay quien conserva su coche en condiciones eficientes al término de una década o aun de más tiempo, y otros que al cabo de ese plazo apenas si recuerdan la estrepitosa marcha del motor exigido en esfuerzos imposibles, que hubo de ser

¹Primera Conferencia de divulgación pronunciada en el salón de actos de la la Exposición de Salud Pública, y transmitida por radiotelefonía el 4 de agosto de 1948.

abandonado tras breve andar en el depósito de las cosas inútiles. Existen sin duda una ciencia y un arte de conducir el automóvil. Será mejor chófer el que sepa sacar mejor partido de su vehículo, el que conociéndolo más a fondo sepa cuidarlo mejor y obtener de él un servicio más prolongado y eficiente.

Apliquemos estos conceptos al ser humano. Existen también, efectivamente, una ciencia y un arte para conducir nuestro organismo del modo más conveniente, a fin de extender su duración y permitir el desenvolvimiento de toda su potencialidad con el máximo de provecho.

Enseñar tal ciencia y tal arte para procurarnos los niveles más altos de salud, o sea de resistencia y vigor de la persona en la totalidad de su ser, para hacernos más felices y más útiles, es el propósito de la medicina, tal como la concebimos y divulgamos desde la Secretaría de Salud Pública de la Nación.

La salud es perfectible

En el concepto común, la salud es el conjunto de reacciones del cuerpo que se opone al estado de enfermedad. Es mejor definirla en un sentido positivo, no como la ausencia de enfermedad, sino como la presencia del bienestar físico o mental. La salud como el individuo mismo, es perfectible, es decir, capaz siempre de ser mejorada. Aun sin revelar un estado de enfermedad, nuestro organismo será capaz de un rendimiento mayor si lo sometemos a determinados métodos que tienen por objeto perfeccionar las diferentes partes de nuestro cuerpo. Un atleta, gozando de buena salud, puede rendir mucho más mediante ciertos cuidados relacionados con el régimen de su vida. Algo análogo acontece en el caso de un obrero, respecto al trabajo y a su vida.

Y así como una vacuna puede darnos nuevas fuerzas protectoras contra ciertas infecciones, algunos cambios en la dieta son capaces de comportar una verdadera transformación en nuestro estado general.

Sobre la base de una alimentación de buena calidad, adaptada a las necesidades de cada cual, al ejercicio adecuado y conforme a las leyes de la naturaleza, estimulados los mecanismos mentales y bien desarrolladas las fuerzas morales que dan apoyo al espíritu, nos será posible asistir a la formación de hombres más capacitados y mejor dotados.

El deber de la salud

Entre los principios que informan la política social de nuestro presidente general Perón, e integrando la declaración de los Derechos del Trabajador, figura en su artículo V el que corresponde a la preservación de la salud. Queda asentado allí en términos claros e incontrovertibles el derecho a la salud en su sentido más amplio.

Pero en tanto que la doctrina ha querido dejar sentado lo que corresponde al individuo como derecho propio e irrenunciable, la fuerza de las circunstancias ha

demostrado que junto a ese derecho existen correlativamente una serie de obligaciones que configuran el deber de la salud.

Si cada ciudadano en mérito del derecho a que nos hemos referido debe ser objeto del cuidado de su salud física y moral, de igual modo tiene la obligación de hacer de su parte lo que corresponda para mantener su organismo en las condiciones de eficiencia sanitaria.

Tenemos, pues, que hacer comprender a cada uno la responsabilidad del deber de la salud, como obligación que deriva, por una parte, de ese sentimiento de elevada dignidad que es el propio respeto y, por otra, de las obligaciones que ligan al individuo con el grupo social del que forma parte.

Y así como el pueblo tiene que ser consciente de sus derechos, es tanto o más necesario tratándose de la salud, que comprenda sus deberes, pues lo uno no se concibe sin lo otro, ya que no es posible ejercer el derecho de la salud si no se está dispuesto al mismo tiempo a cumplir el deber de la salud.

Formación de una conciencia popular de la salud

La extraordinaria reforma que ha sufrido nuestra administración sanitaria en el curso de la revolución que estamos viviendo, ha permitido transformar la anticuada organización en modernas instituciones, las necesarias para proteger el patrimonio humano del país y ponernos al día con la realidad social del mundo.

Desde luego la realización de estos propósitos reclama métodos adecuados que deben cumplirse conforme a planes previstos. Hace falta crear una conciencia popular que predisponga el ánimo de todos hacia las nuevas ideas. Tenemos que despertar en el pueblo un interés por las cosas de la salud, por la propia salud. Y esto que puede resultar sencillo para quienes han visto desmerecer su persona por la enfermedad es paradójicamente más difícil en el caso de los que se consideran sanos.

La formación de una conciencia sanitaria nos lleva forzosamente a la necesidad de provocar cambios en la manera como piensa el pueblo sobre las cosas relativas a la salud, a fin de que se transforme en un colaborador activo en la obra de Salud Pública que es la obra del general Perón.

Un programa de información

Al promediar el siglo XVIII, Simón Andrés Tissot, médico suizo, publicó en Lausana, un libro titulado "Aviso al pueblo sobre la salud". Se hicieron numerosas ediciones en varios idiomas. Esa obra tuvo extraordinaria repercusión y fue todo un alarde de comprensión de la necesidad de enseñar a conducir con éxito la propia máquina humana.

Pero en aquellos tiempos y en los que siguieron, la higiene, como ciencia de la salud, estaba limitada a una doctrina negativa constituida por una larga lista de todo lo cual *no* debía hacerse y a una desteñida prédica, intrascendente y sin resultados prácticos.

Posteriormente el progreso de las ciencias médicas y sociales han desarrollado una doctrina positiva, en base al mejor conocimiento del ser humano, de su anatomía y de su fisiología, de su estructura física y de su composición química, de sus acciones y reacciones espirituales, doctrina según la cual se pueden y deben establecer normas y métodos para obtener de cada individuo una mayor eficiencia biológica y social.

En la actualidad contamos con numerosos recursos para llegar al pueblo y actuar sobre él para conducirlo por el camino de la salud. La Secretaría de Salud Pública de la Nación, ha considerado un amplio programa de información para divulgar entre el público los hechos científicos que conciernen a la protección y enriquecimiento del capital humano, para hacerle comprender al pueblo, aceptar y poner en práctica disposiciones legales relativas a la salud y despertar el interés por todo cuanto se refiere al cuidado y protección de su propio ser.

La información popular puede ser realizada empleando muy diferentes medios: diferentes por su naturaleza, por sus alcances y sus efectos, pero igualmente útiles si se conciertan para conquistar un objetivo común. La radiotelefonía, el cinematógrafo, las disertaciones públicas, el cartel, el periodismo, etc., constituyen vehículos eficientes de las ideas, que hace falta inculcar al pueblo para desarrollar en él la conciencia sobre la salud. Esta misma exposición en la que se ofrecen a la curiosidad general interesantes aspectos gráficos y documentales de los distintos problemas que debemos afrontar es un elemento eficiente en la acción de formar dicha conciencia pública.

En esta sala diariamente se desarrollan actos públicos de indudable interés que servirán para difundir conocimientos de notoria importancia. Distinguidos profesionales de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, ocuparán esta tribuna para vulgarizar en forma clara, concisa y amena, asuntos vinculados con las especialidades de su conocimiento.

Películas de cinematógrafo, de carácter educativo, pero no por ello menos atractivas, realizadas por la Secretaría de Salud Pública, serán exhibidas aquí todos los días.

El esfuerzo señalado y otros de naturaleza similar que se han cumplido, se cumplen y se cumplirán en todo el país, nos permitirán llevar a la práctica el programa de información que nos hemos propuesto como preparación indispensable y previa para la acción educativa que ha de realizarse sobre cada poblador del país. Nuestro objeto no es otro que perfeccionar la salud de cada argentino y de cada habitante de la Argentina, recordando que para la nación no hay ni puede haber mayor fuerza ni mayor riqueza que la libre expansión de la personalidad integral del hombre argentino.

Fernando de Castro, histólogo español y discípulo de Cajal¹

Cuando el señor embajador de España tuvo un día la deferencia de preguntarme cuáles eran los hombres de ciencia de España que, aquí, en nuestro país, más admiramos, el primer nombre que vino a mis labios fue el de Fernando de Castro.

Quizá si la misma pregunta hubiere sido formulada a un clínico o a un cirujano general —y no a un neurólogo como yo—, muchos otros nombres hubieran venido a colación porque, en verdad, España dispone fecundamente de muchos hombres de talento y su genio milenario nos ha brindado en este siglo una verdadera floración de hombres de ciencia, floración que comienza con la epopeya científica del glorioso don Santiago Ramón y Cajal.

Considero que la presencia de Fernando de Castro entre nosotros es un verdadero acontecimiento científico —y que el curso que hoy se inicia con un panorama filosófico de sus descubrimientos de treinta años— tendrá una trascendencia extraordinaria para el progreso en nuestro país, no solo de la neurología, sino de toda la ciencia médica en general. El desarrollo de las doctrinas de Fernando de Castro puede revolucionar las bases de la medicina, como hace cincuenta años las conmovió aquel oscuro y humilde médico español, que después de conquistar la gloria, siguió trabajando más allá de la gloria: vuelvo a referirme al maestro, ejemplo y orgullo de todos nosotros, a don Santiago Ramón y Cajal.

La carrera del profesor Castro

Fernando de Castro se inició en las investigaciones neurológicas al lado de él, allá por el año 1917, y se inició como simple practicante del laboratorio del maestro, en la Cátedra de Histología de la Facultad de Medicina de Madrid. De modo, pues, que precozmente desde estudiante, siendo apenas un cadete, y antes de haber egresado, adquiere la técnica de la investigación y precisamente de esa época datan sus primeros trabajos sobre el tema que durante treinta años lo ha preocupado: el estudio de los ganglios linfáticos.

En el año 1922 fue designado profesor y ayudante de clases prácticas de Histología y al ser jubilado don Santiago Ramón y Cajal el 1° de mayo de ese mismo año, lo acompañó en su retiro al Laboratorio de Investigaciones Biológicas —actual

¹Palabras pronunciadas al presentar al profesor Fernando de Castro, en la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, con motivo de la iniciación de su curso sobre “La fina estructura del sistema nervioso vegetativo periférico” el día 31 de agosto de 1948.

Instituto Cajal— para seguir trabajando al lado del maestro como becario de la Junta para Ampliación de Estudios.

Al egresar como médico preparó su tesis de doctorado sin abandonar por ello sus tareas docentes, recibiendo el grado de doctor en octubre de 1922.

En 1925 fue designado por concurso profesor auxiliar de Histología en la Facultad de Medicina de Madrid y ese mismo año, becado por la Junta de Ampliación de Estudios, para trabajar con el profesor Boecke en Utrecht (Holanda).

En el año 1929, a propuesta del propio don Santiago Ramón y Cajal, nuestro ilustre huésped fue nombrado ayudante del Instituto Cajal, donde hizo prácticamente toda su carrera de investigador.

En 1933 fue nombrado por oposición y unanimidad de votos, Catedrático Numerario de Histología y Anatomía Patológica de la Universidad de Sevilla.

En 1934 trabajó en Turín con el profesor Lovi, en cultivos de tejidos como “*Fellow*” de la Fundación Rockefeller.

Por decreto del 1° de mayo de 1935 se dispuso su traslado a Madrid, designado catedrático de la Universidad —agregado al Instituto Cajal— para que pudiera continuar sus investigaciones neurológicas, cargo que viene desempeñando en ese alto centro de estudios de prestigio mundial, como jefe de la sección Neurohistología.

Sus principales trabajos

Los trabajos fundamentales de Castro pueden concretarse en los siguientes asuntos básicos: 1°) Sobre glomus carotídeo y seno carotídeo. 2°) Sobre degeneración y regeneración del sistema simpático. 3°) Sobre regeneración funcional y heterogénea con nervios de actividad intermitente y función constante. 4°) Sobre la reconstitución de arcos reflejos artificiales en el sistema simpático, utilizando para ello, anastomosis cruzadas de nervios. 5°) Sobre la distribución segmental medular de las fibras pregangliónicas y actividad funcional según la modalidad de la fibra.

He aquí en ajustada síntesis la vida y la obra de Fernando de Castro, y si me siento honrado al presentarlo ante el cuerpo médico argentino, es porque siento por él la más grande admiración que no ha hecho más que crecer desde el tiempo en que sin tratarlo, ya lo conocía por los juicios elogiosísimos de dos grandes maestros de la histopatología y anatomía comparada, desaparecidos ambos: me refiero al doctor C. U. Ariens Kappers de Amsterdam, director del “Instituto de Investigaciones Cerebrales” y a don Pío del Río Hortega, cuyo recuerdo es tan caro a nuestros afectos y a nuestra veneración de amigos y discípulos.

Laín Entralgo, otra brillante síntesis de España, médico y filósofo, ha dicho en su libro sobre “Historia y Medicina” que hay tres maneras de ser médicos: profesionalmente, técnicamente y científicamente. Por el primer camino solo resolvemos el problema “cómo vivir”; por el segundo, el de “cómo hacer”, y por el tercero, el de “cómo saber”. Pues bien, Fernando de Castro está en el terreno del conocimiento puro, en el “cómo saber”, precisamente en aquel punto donde la medicina deja de ser técnica o profesión, para volver a ser ciencia y subsumirse en la Biología.

El pensamiento de Cajal, su revolución científica, giró alrededor de una sola idea muy simple: la de descubrir “dónde” y “cómo” se hace el contacto de las neuronas y así descubrió la ley de la sinapsis, de que había contigüidad y no continuidad. Fernando de Castro, retomando el pensamiento vivo de Cajal, ha tratado de investigar “cómo” se regula esa contigüidad y ha llegado a descubrir que más que el factor fisicoquímico gravita en la sinapsis un nuevo factor: la neuroglia, la oligodendroglia, elementos que él ha estudiado durante años, en los ganglios como satélites neuronales, para concebir una doctrina funcional admirable y revolucionaria; elementos oligodendróglicos periféricos que también fueron muy bien estudiados morfológicamente en la Argentina por don Pío del Río Hortega y por nuestro colaborador el doctor Julián Prado.

No puede, pues, haber elegido Fernando de Castro tema más fundamental que el de hoy, tema cuyo solo enunciado es por sí mismo un homenaje a la memoria del gran maestro de todos los hombres de ciencia latinos: don Santiago Ramón y Cajal y de quien él, de Castro, es aventajado y talentoso discípulo.

Doctor Fernando de Castro: Estáis en vuestra casa y como secretario de Salud Pública en nombre del Gobierno de la nación y oficiosamente del mundo médico argentino, como presidente de la Sociedad Argentina de Neurología y Psiquiatría y profesor de Neurocirugía de esta Facultad de Medicina, os saludo, y saludo en vos a España, madre inmortal vuestra y nuestra.

El cinturón de bosques periurbanos frente a la insalubridad del Bañado de Flores del Riachuelo¹



El presidente Juan Domingo Perón y Ramón Carrillo en la partida de camiones a una campaña de salud pública.
Fuente: Archivo General de la Nación.

El 2 de agosto de 1946, por iniciativa del excelentísimo señor presidente de la nación, general Juan Perón, se dictó el Decreto 5289, con el propósito de concretar un plan de saneamiento que encare de una vez por todas viejos y aparentemente insolubles problemas que afectan directamente a la salud de la población de los centros urbanos y suburbanos y principalmente a la del Gran Buenos Aires.

¹Discurso pronunciado al poner en funcionamiento la Comisión Permanente de Higiene Urbana y Suburbana, en el Instituto de Higiene Pública, el día 13 de septiembre de 1948.

Los problemas concretos de saneamiento urbano y periurbano no podrán ser resueltos hasta tanto no se estudien las cosas con unidad de criterio y de propósitos, pues mientras existan cinco jurisdicciones para afrontar el mismo asunto —como es el caso de la insalubridad de las aguas del Riachuelo—, ninguna decisión fundamental se podrá aconsejar al Poder Ejecutivo de la Nación.

La finalidad perseguida por el Decreto 5289 —que hoy llevamos a la práctica poniendo en funcionamiento la Comisión Permanente de Higiene Urbana y Suburbana— ha contado con el más amplio apoyo del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, del Ministerio de Obras Públicas de la Nación, de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, de la Administración General de Obras Sanitarias de la Nación y del Instituto de Higiene Pública de esta Secretaría de Estado.

Quiero dejar constancia de nuestro agradecimiento al señor gobernador de la Provincia de Buenos Aires, coronel Domingo Mercante, al ministro de Obras Públicas de la Nación, general Juan Pistarini, al intendente Municipal, doctor Emilio Siri y al administrador general de Obras Sanitarias de la Nación, ingeniero Juan Hugo César, quienes, al designar los técnicos necesarios para integrar la comisión coordinadora de los estudios, han demostrado elevada comprensión y hondo sentido de la responsabilidad, pues evidentemente todos anhelamos una solución concreta para tan perentorias cuestiones de salubridad pública.

Coordinación de funciones

Si hasta ahora se demoró la constitución definitiva de la comisión, fue debido a que simultáneamente con su creación se organizó el Instituto de Higiene Pública en la Secretaría de Salud Pública de la Nación, el cual tomó a su cargo la recopilación de antecedentes y materiales, realizando los estudios y censos preliminares sobre urbanismo y sanidad rural, no solo en lo que dichos datos son o pueden ser útiles para el problema de Buenos Aires, sino para todos los municipios del interior. Desde su organización, el Instituto de Higiene Pública ha cumplido importantes funciones de asesoramiento a los municipios de territorios y provincias que requirieron su colaboración en materia de zonificación, instalación de mercados, urbanismo, cementerios, contralor sanitario del abastecimiento alimenticio, estudios sobre aguas potables, evacuación de desechos, basuras y saneamiento de suelos, etc.

Las previsiones del doctor Tomás Perón

Con todos los elementos de juicio de orden médico, recopilados en dos años de trabajo del Instituto y que se refieren a la sanidad urbana y suburbana, considero llegado el momento de poner en marcha a la Comisión Permanente de Higiene Urbana y Suburbana, pues desde los estudios del doctor Tomás Perón, el ilustre abuelo del señor presidente de la República, que fue el primero en poner en evidencia la peligrosa contaminación de las aguas del Riachuelo, pareciera que los médicos argentinos se

hubieran desentendido de los problemas de la higiene pública; al menos, los trabajos en la materia son tan escasos, que llama la atención por su desproporción con la importancia de los trabajos realizados dentro de la técnica médica propiamente dicha. Si en el orden de la investigación, de la clínica y de la cirugía puede la medicina argentina estar orgullosa, no ocurre lo mismo en cuanto examinamos lo atinente a la higiene pública o a la medicina social. Por eso, la Secretaría de Salud Pública de la Nación, que tiene a su cargo la aplicación de la ciencia médica como rama del Estado, ha insistido y puesto su acento sobre la medicina social durante estos dos años y ahora tomará el problema de la higiene pública para llevarlo en todo su desarrollo a la conciencia pública y a la conciencia de las autoridades de aplicación.

La higiene del Gran Buenos Aires

Comenzamos hoy con los problemas del Gran Buenos Aires y para ello el Decreto 5289 fija con toda precisión los objetivos del plan, que serían los siguientes, según lo establece el artículo 1:

- a) El saneamiento y nivelación para su adecuado desagüe del Bañado de Flores, como asimismo de toda la zona que se encuentra sometida a la influencia poco saludable del Riachuelo y del Río Matanza, todo ello con vistas a una futura urbanización.
- b) La eliminación de las inundaciones de los barrios de Boca y Barracas, determinadas por las crecientes del río, con criterio de saneamiento, en concordancia con el plan integral adoptado por la Intendencia Municipal para la urbanización de ambos barrios.
- c) El saneamiento previo de las márgenes del Riachuelo en el tramo que aún no ha sido canalizado, o en su defecto el régimen conveniente para conseguir la purificación de sus aguas.
- d) Plan integral de saneamiento de baldíos, grandes y pequeños, no solo de la Capital, sino también de los municipios limítrofes, mediante la extirpación sistemática de roedores y focos sépticos urbanos.
- e) La desratización sistemática y coordinada con todas las autoridades del Gran Buenos Aires, suprimiendo definitivamente los factores que determinan su subsistencia.

Partimos de un programa concreto

Estos solos enunciados indican claramente que la comisión que hoy constituimos tiene ya un programa perfectamente trazado por el Poder Ejecutivo de la Nación, y si ello no fuera suficiente, el artículo 3 establece las bases de un plan complementario que resumimos a continuación:

- a) Urbanización total de las riberas desde Punta Lara hasta San Fernando, mejorando o creando nuevos accesos al río.
- b) Urbanizar nuevos espacios libres dentro de la Capital Federal y sus zonas limítrofes, de modo tal que puedan ser utilizados por la población.

Si se llegara a realizar este plan, Buenos Aires podría poner de algo que es patrimonio y orgullo de las grandes ciudades europeas: el cinturón periurbano de bosques.

El cinturón periurbano de árboles

Quiero aquí rendir homenaje al viejo maestro y eminente neurólogo doctor Christofredo Jakob, recordando que fue él quien hace casi cuarenta años habló por primera vez del cinturón de bosques periurbanos de Buenos Aires y propuso en un Congreso del Niño, el siguiente voto: “Que el cinturón periurbano de bosques y praderas naturales es una necesidad higiénica, pedagógica, estética y moral para Buenos Aires y sus niños”.

La concentración urbana produce lenta pero inexorablemente una serie de consecuencias antibiológicas, antihigiénicas y antisociales.

Masas de seres humanos y de animales, consumen y corrompen el aire de la ciudad y como si esto no fuera bastante, las chimeneas, las fábricas, las industrias, los automotores, etc., contribuyen aún más a viciar intensamente, no solo el aire, sino el agua y el suelo.

Por eso todas las grandes ciudades del mundo han procurado rodearse de grandes bosques naturales (los parques internos artificiales son insuficientes) para desinfectar y limpiar la atmósfera, regularizar el clima, evitar los cambios bruscos de temperatura y protegerse contra los vientos fríos o calientes, manteniendo las condiciones climáticas óptimas para la vida en estado de salud.

Si se lee el trabajo recientemente publicado en los *Archivos de Salud Pública de la Nación* por la comisión que, presidida por el doctor Roque Izzo, estudió el aire que respiramos en Buenos Aires, no podemos menos que reconocer que la atmósfera de nuestra ciudad es una de las más irrespirables del mundo.

Londres, París, Berlín, Munich, Viena, Hamburgo, Frankfurt, Dresden, etc., ofrecen el magnífico ejemplo de sus bosques periurbanos, siendo por añadidura dichos bosques una fuente de recursos para los respectivos municipios; así, por ejemplo, en Berlín la forestación costó —en su tiempo— doscientos millones de marcos, pero el capital fue recuperado en 20 años con la venta de maderas.

La valorización parasitaria enemiga del bosque

Buenos Aires, que ha sido tan poco favorecida por la naturaleza, ofrece una monotonía que puede ser compensada por la forestación periurbana. Siempre estamos a tiempo para luchar contra el espectro del loteo, la especulación y la valorización parasitaria a expensas de la comunidad.

Nadie puede discutir que nuestros niños necesitan extensas zonas de bosques, donde las escuelas, las familias, los obreros, el pueblo puedan con poco gasto realizar cómodas excursiones. Para comprender el déficit de espacios libres no solo en la ciudad, sino aun en sus alrededores, basta ver el paradójico hacinamiento

dominguero en pleno “bosque” de Palermo, —que para las necesidades de la población es apenas como un “jardincito” de terraza— y basta comprobar idéntico fenómeno en el Balneario Municipal, en la Avenida General Paz, en las canchas de deportes, en fin, en unos pocos lugares más al aire libre, no siempre bien provistos de vegetación.

La necesidad del bosque en la filogenia de la humanidad

Quizá no exista impresión más honda para el alma del niño que la sumersión en el silencio y el misterio de los bosques, en virtud de algo imponderable del espíritu humano, de alguna reminiscencia ancestral; el bosque transfiere al hombre un sentimiento íntimo y profundo, emergente tal vez de la filogenia lejana de la humanidad, ya que la selva parece haber sido cuna y fuente de nuestra especie. No sería aventurado afirmar que el genio europeo, el genio occidental, su capacidad productora en la ciencia y en el arte, ha nacido del contacto emocional de sus hombres con la naturaleza pura y sencilla de los hermosos y “civilizados” bosques del continente.

El general Perón en su discurso a los agricultores, habló del equilibrio económico entre la agricultura y la industria, y otras veces ha reiterado su concepto del equilibrio dinámico entre salarios y precios, entre la producción y el consumo. Quienes estamos familiarizados con su pensamiento, alcanzamos a percibir que este concepto del equilibrio entre los factores sociales es uno de los principios fundamentales de su doctrina; si lo desarrollamos en nuestro propio ámbito de observaciones llegaremos a conclusiones interesantes. Esta macrópolis —válgame el neologismo— que es Buenos Aires, responde a un fenómeno de “progreso” vertiginoso irregular y desplanificado, si es que aceptamos el “progreso” como sinónimo de desarmonía, puesto que dicho progreso nos ha llevado al desencuentro del hombre con la naturaleza, de la ciudad con el campo, antítesis que conspira constantemente contra la única finalidad de la industria humana que no puede ni debe ser otra que la conservación y mantenimiento de la vida en condiciones de salud física, moral y social, ya que la felicidad del hombre es el comienzo y el fin de todo lo que hacemos. Si se produce energía, se elaboran productos, se preparan obras y se organizan servicios, es porque se desea armonizar el hombre consigo mismo y con su medio, y ello solo se conseguirá por una evolución equilibrada pero dinámica, y no por un progreso indefinido, tipo fin de siglo, que ya sabemos a dónde nos ha conducido: a las dos guerras mundiales que sacudieron cataclísmicamente la civilización de occidente. Pero ese equilibrio dinámico de la sociedad solo se conseguirá por una revalorización del hombre y por la limitación de esta hipercivilización mecanizada que ha puesto en peligro a la especie humana.

Quizá mi condición de médico me permita apreciar el fondo humano y práctico de la doctrina del señor presidente, pues estoy convencido de que únicamente por la vía por él señalada podremos llegar al equilibrio orgánico, moral y social de las masas, cultivar nuestra personalidad, realizando culturalmente los más altos destinos del espíritu humano, y todo esto solo será posible el día en que la industria no

devore a los hombres y en que el capital esté al servicio de la sociedad, porque es indudable que tiempo llegará en que los monstruos industriales y los supercapitales sean recordados como ahora recordamos al plesiosaurio o al megaterio.

Diferentes maneras de violar las leyes naturales

El ser humano tiene su fuente de vida en los tres componentes de nuestro planeta: en el aire, atmósfera; en el agua, hidrósfera y en la tierra, litósfera. La civilización, al generar las grandes concentraciones humanas, y al ampliar los sentidos y posibilidades de acción del hombre mediante la técnica, ha violado las leyes naturales, modificando por su obra, su propio medio ambiente que es el aire, el agua y el suelo. El hombre es una estructura que toma la energía de esos elementos, la transforma y la distribuye, y por lo mismo, su vida y su salud dependen de las fuerzas que capta y emplea.

Estamos ante un cambio tan tremendo, tan profundo y radical de las condiciones de vida del ser humano y de su ambiente natural, que solo puede ser comparada esta evolución con la que se produjo en el período glacial, cuando la flora y la fauna sufrieron las mutaciones más extraordinarias que quepa imaginar.

En el fondo de este cambio —que ahora presenciamos— determinado por la ciencia y la técnica, reside quizá la causa de casi toda la patología actual, e incluso, sin que la afirmación pueda considerarse aventurada, la etiología oculta de las crisis económicas, sociales y políticas y aun de las guerras.

Higiene pública: protección del aire, del suelo y del agua

Pues bien, la higiene pública, en sentido restrictivo y tal como la entendemos nosotros, tiende precisamente a proteger al hombre de esos cambios que inciden sobre el aire que respira, sobre el agua que bebe y sobre la tierra, los ríos y los mares que le proporcionan alimentos. Por eso, sanear el aire, el agua y la tierra, limitando así la morbilidad y la mortalidad supone: el agua potable y la destrucción de los detritus inherentes a la actividad humana; reglar el ordenamiento de las ciudades y la ubicación de sus edificios peligrosos, como mercados, cementerios, industrias y hospitales; determinar la orientación, ventilación y asoleamiento de la vivienda; como así también asegurar el abastecimiento colectivo de alimentos con criterio sanitario. Si la “Carta de Atenas”, que rige el urbanismo y la arquitectura moderna, hubiera sido redactada por higienistas, no habría sido mejor de lo que es, pues los grandes arquitectos que fueron sus autores resumieron en ella todos los conocimientos actuales en materia de higiene pública, que para nosotros es una síntesis de la higiene urbana, suburbana y rural, terminando en última instancia en la protección del suelo, del agua y del aire, considerados con relación al hombre, como fuentes de todo bien cuando son puros y de todos los males cuando se encuentran contaminados.

No hay límites entre higiene pública y privada

La vieja higiene se dividía en higiene privada y pública, división actualmente artificial e inexistente. Se entendía por higiene privada la que hacía el individuo y escapaba por consiguiente a las disposiciones legales; incluyéndose en ese orden el alimento, la vivienda, el vestido, los deportes, el descanso, etc. Pero he aquí que todos esos problemas han dejado de ser problemas exclusivos del individuo, pues interesan a toda la colectividad; se han borrado los antiguos límites entre la higiene pública y la privada, pues también la salud individual le interesa al Estado, tanto como al mismo individuo, y así lo consagran los principios de la medicina preventiva y las leyes de seguridad social.

La higiene pública, en cambio, ha extendido sus dominios, y desde sus orígenes, desde el momento en que el hombre comienza a vivir en sociedad, hasta la fecha, su evolución ha sido ascendente, gobernada al principio por el instinto, después por las costumbres y, finalmente, por las leyes. Se inicia como normas religiosas en todos los pueblos de Oriente, e incluso en Grecia, donde el Templo de Asclepio sirve de cuna a Hipócrates. Con Roma comienza otra etapa, señalada ya por la acción del Estado, por la construcción de acueductos y cloacas, intactas aun después de veinte siglos y que sirvieron de ejemplo a las ciudades medievales.

La higiene del campo y de la ciudad

Pero no nos equivoquemos pensando que la higiene pública, es solo la higiene de las ciudades, pues si analizamos un poco advertimos de inmediato que conviene destruir un preconceito frecuente: la gente suele creer que la vida en el campo es de por sí sana. Nada más erróneo. En efecto, en el ambiente rural, siendo la natalidad igual o mayor que en las ciudades, el número de niños que se mueren es abrumadoramente superior. Con todos sus inconvenientes, el hombre de la ciudad está mejor protegido sanitariamente que el hombre del campo a quien lo acechan peligros de los que aquel está a cubierto.

Para el campesino el agua y el suelo contaminados son tan peligrosos como para el hombre de la ciudad el aire viciado. Basta un ejemplo: la contaminación de las aguas de bebida como consecuencia del mal sistema de eliminación de excretos y aguas servidas, y así tenemos la tifoidea y la anquilostomiasis, que determinan la miseria física y mental de grandes zonas rurales.

Si el problema de la higiene de la vivienda es dramático en las ciudades por la falta de planificación, por el hacinamiento y la promiscuidad, por la mala ventilación, falta de aire y sol, piénsese que los peligros de enfermedad son mucho mayores en el campo, donde por ignorancia de sus habitantes viven a veces no solo hacinados —mal inaceptable en nuestro vasto territorio— sino avecinados con graneros, estercoleros, establos, corrales, etc., que es como decir con insectos y roedores transmisores de enfermedades comunes al hombre y a los animales.

Cómo deben concebirse las futuras ciudades argentinas

Nuestro país, en el que dentro de cincuenta años, existirán centenares de nuevas grandes ciudades, no tiene aún un plan sanitario de urbanización; las ciudades siguen surgiendo al azar, en lugares determinados muchas veces por la conveniencia de loteos impresionantemente pequeños, como si no tuviéramos toda la pampa por delante, y tampoco se han tratado de regular las plantas urbanas de nuestros clientes del interior, con el criterio de la “Carta de Atenas”, que es el criterio sanitario, salvo en los casos estudiados por nuestro Instituto de Higiene Pública. Las soluciones deben preverse ahora, antes de que el tiempo y el crecimiento del país las hagan más difíciles o costosas, por no decir imposibles.

El simple problema del agua potable está muy lejos de ser resuelto definitivamente y prueba de ello son las epidemias de tifoidea que aún tenemos en gran escala en provincias consideradas sanas, como Mendoza o la provincia de Buenos Aires, por ejemplo, y la tenemos aún en las barbas de Buenos Aires.

El fenómeno Mills Reincke

Es un hecho conocido que las corrientes de los ríos, arroyos y napas de donde se extrae el agua de bebida, se contaminan fácilmente si no existe un contralor sanitario permanente y esa contaminación procede de los desechos humanos y animales, así como de las aguas servidas industriales. Mills Reincke describió el fenómeno que lleva su nombre, según el cual, cuando existe contralor sanitario del abastecimiento de agua potable, desciende no solamente el índice de mortalidad por tifoidea y otras afecciones de origen hídrico, sino también todas las enfermedades.

De este hecho de observación surgió el famoso teorema de Allen Hazen, cuyo enunciado establece que por cada muerte por contaminación del agua que se evita con el contralor sanitario, se salvan al mismo tiempo tres muertes de otro origen.

Para los municipios y pueblos sin obras sanitarias, sin redes colectoras, la Secretaría de Salud Pública de la Nación, por medio del Instituto de Higiene Pública, ha preparado un conjunto de normas y un reglamento que está a disposición de todas las autoridades comunales, a las cuales interesamos en su aplicación si quieren proteger a sus habitantes.

Riachuelo y Bañado de Flores

No es necesario remitirse a las zonas rurales para afrontar un crudo problema de aguas contaminadas. Tenemos el Riachuelo y tenemos el Bañado de Flores en plena capital, lugar destinado actualmente a “olla de basura” o basural.

La zona adyacente al Riachuelo está constituida por terrenos bajos, por una formación geológica de origen palustre, extendida a ambos márgenes e integrada, en parte, por tierras profundas de composición areno-arcillosa con sedimentos de

conchillas, que atestiguan su origen marítimo. En efecto, en otras épocas, esta parte del continente estaba, sin duda, cubierta por el mar. Al producirse el levantamiento geológico y el alejamiento del mar, las napas que saturaban los sedimentos del loess cuaternario, sufrieron un descenso gradual, favoreciendo con el llamado “retiro de las aguas del Río de la Plata”, el saneamiento natural y espontáneo de muchos kilómetros cuadrados de tierra que prácticamente fueron ganados al río.

Este hecho permitió incorporar a tierra firme una gran extensión de terrenos, que antiguamente eran intransitables, pues permanecían constantemente inundados.

El alejamiento del río coincidió con el deslizamiento de las aguas superficiales hacia los planos profundos del subsuelo lo que supone —como dijimos— un saneamiento operado por la misma naturaleza. Sin embargo, este proceso natural no se cumplió por igual en todas partes; en algunos puntos, los perfiles edafológicos ofrecen capas impermeables a poca profundidad, lo que determina verdaderas “ollas pantanosas”, donde el agua permanece estancada sin escurrimiento posible. Tal es el caso de los terrenos adyacentes al Riachuelo y tal es el caso del Bañado de Flores que pertenece a la misma formación geológica.

Islotes en un mar de insalubridades

Los terrenos bajos y pantanosos de la Capital Federal se imbrican con terrenos altos, donde se ha edificado gracias al esfuerzo personal de los propietarios, quienes con tenacidad y empeño se han puesto al abrigo de inundaciones resolviendo individualmente su problema, pero esa tenacidad y empeño son dignos de mejor causa, ya que lo único que esos propietarios consiguen es vivir sobre islotes antihigiénicos rodeados de un mar de insalubridades.

Existen dos causas principales de las crecientes del Riachuelo: los vientos del sureste, que tanto temen los pobladores de la Boca, y las lluvias que enriquecen los afluentes del Riachuelo, esto es, el Río Matanza y el arroyo Cildañez. Los desbordes o inundaciones periódicas y las lluvias contribuyen a mantener las ollas pantanosas y aumentan la humedad ambiental, intensificándose los olores pestilenciales originados en la falta de desagües cloacales y en el desborde de los pozos negros colmados. Como si esto no fuera suficiente, el Bañado de Flores se utiliza como vaciadero de basuras y desperdicios, donde no es raro ver vacas lecheras alimentándose de ellos y centenares de personas profesionalmente dedicadas a la recolección y clasificación de las basuras.

En los días de calor la basura entra en putrefacción y fermentación, la atmósfera se torna irrespirable, las ratas y las moscas viven allí como en un paraíso, se reproducen activamente y transforman aquello en el foco de infección más importante de Buenos Aires.

Bien resuelto el problema podría, sin embargo, transformarse todo eso en un jardín, como se han resuelto problemas similares o más graves aún en Nueva York y otras ciudades de EEUU, lo mismo que en Panamá.

El rellenamiento sanitario como solución simple y barata

La solución más simple y económica es, creemos, la aplicada precisamente en esas ciudades. No tenemos, pues, mucho que estudiar, sino simplemente aplicar el sistema llamado de “*rellenamiento sanitario*”, que conocemos perfectamente y estaríamos en condiciones de poner en práctica inmediatamente, siempre que así lo considere conveniente la comisión que hoy dejamos constituida.

En lo que concierne al Riachuelo, si bien es cierto que se ha procedido a la rectificación del mismo, en una gran extensión, realizando un esfuerzo admirable desde el punto de vista técnico y económico, no es menos cierto que se han dejado de lado ciertos factores sanitarios dignos de ser seriamente considerados. Por ejemplo, en pleno curso del Riachuelo y de su afluente el arroyo Cildañez, se efectúan poluciones de desechos orgánicos y químicos procedentes de las fábricas y viviendas costeras, lo que produce una verdadera contaminación de las aguas de un tipo *sui generis*; la fermentación de la materia orgánica agota prácticamente la reserva de oxígeno del agua, de suerte que ni siquiera los peces pueden vivir en ella, lo cual explica que desde el Puente de la Noria hasta la boca del Riachuelo no se encuentren ni vestigios de fauna fluvial.

Los peces, con buen sentido de previsión, remontan el Riachuelo hacia zonas donde no se vuelcan desperdicios o bien emigran hacia el estuario, a fin de no perecer en las aguas contaminadas y desoxigenadas.

Con las crecidas del Río de la Plata se agrega un nuevo círculo vicioso a los ya señalados en los bajos del Gran Buenos Aires: los pantanos mismos, los bañados que podrían ser limpios si se alimentaran del agua de lluvia, se contaminan a su vez al recibir las aguas desbordantes del Riachuelo.

La síntesis del problema

He presentado sin exageraciones un panorama de la higiene pública de Buenos Aires, un panorama que muchos conocen quizás mejor que yo; lo he hecho como médico y como secretario de Salud Pública de la Nación, y como tal no puedo ni ignorar el problema ni cerrar los ojos a la verdad; tengo así la satisfacción de que al mismo tiempo que planteo públicamente la cuestión, esbozo las soluciones y las pongo en manos más competentes que las mías.

El excelentísimo señor presidente de la nación conoce perfectamente el asunto, y su digna esposa, María Eva Duarte de Perón —sensible como siempre a las inquietudes del pueblo— ha recibido el clamor de los vecinos y me ha hablado reiteradamente de la cuestión, preocupada y deseosa de resolverla.

Es a vosotros, los miembros de la Comisión Permanente, a quienes toca el honor y la responsabilidad de concretar en los hechos la más grande de las empresas de urbanismo y salubridad que hay que acometer actualmente en el país.

Cuando hayais cumplido vuestra tarea, cientos y cientos de familias argentinas os deberán el bienestar y sobre el Bañado de Flores y los pantanos del Riachuelo se

levantarán barrios parques tan hermosos como el de Palermo Chico, el cual también en tiempos no lejanos fue un vaciadero de basuras.

Como secretario de Salud Pública, yo os auguro, en nombre del Poder Ejecutivo Nacional, el más completo y feliz de los éxitos.

Cifras y hechos en materia de medicina tecnológica¹

La Dirección de Medicina Tecnológica de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, ha realizado durante dos años una tarea empeñosa de organización, difusión y coordinación de la medicina e higiene del trabajo, de la protección de los obreros en la fábrica y de lucha contra las enfermedades profesionales y del trabajo. Para dicho fin, el personal de esta Secretaría ha realizado la siguiente tarea: 27.143 exámenes clínicos; 3.532 exámenes para el catastro roentgenfotográfico; 750 estudios médico-tecnológicos en industrias; 392 investigaciones de biofísica; 291 de toxicología; 329 de química industrial; 1.140 de ingeniería sanitaria industrial; 901 casos estudiados para fines relativos a la fisiología del trabajo.

En la tarea vinculada a la rehabilitación de inválidos, se han hecho 710 moldes de yeso para fabricar prótesis diversas. Asimismo, han sido examinadas 8.641 fábricas, con un total de 619.044 obreros; se han distribuido 546.064 unidades de material ilustrativo y de propaganda; han sido empadronadas —a los efectos de confeccionar los respectivos legajos sanitarios— 19.083 fábricas; se pronunciaron 356 conferencias, de las cuales 310 fueron directamente en diversos locales de trabajo y 46 por radio.

Igualmente se han dictado 126 cursos de primeros auxilios en fábricas, 38 cursos para enfermeras industriales y otros 45 para técnicos en seguridad. Estos cursos son dirigidos desde la Escuela de Asistentes Industriales, que cuenta con 120 inscriptos.

El problema de la brucelosis viene siendo especialmente tratado en el ambiente de los frigoríficos, habiéndose practicado 6.129 extracciones de sangre a obreros de los mismos y realizados 5.930 reacciones de Huddleson.

Funciones de la medicina tecnológica

Son funciones de la Dirección de Medicina Tecnológica, derivadas de la Ley 12912 y la Ley 13012, las siguientes:

- a) Estudiar y propiciar la solución de los problemas vinculados con la higiene y la medicina del trabajo, realizando las investigaciones científicas necesarias.
- b) Practicar el examen de los trabajadores para descubrir precozmente la disminución de su capacidad laborativa debida a factores exclusivos o coadyuvantes del trabajo que realiza.

¹Disertación efectuada por intermedio de L.R.A. Radio del Estado y transmitido por la Cadena de Emisoras Privadas, el 14 de septiembre de 1948, inaugurando los actos de la Primera Semana de la Salud del Trabajador.

- c) Estudiar la influencia de los ambientes de trabajo de las distintas industrias sobre el organismo del trabajador, tratando de colocarlos en el máximo de salubridad.
- d) Estudiar la acción del trabajo de cada industria, sobre el organismo humano, para fijar las normas a que debe ajustarse a fin de no perjudicar la salud del trabajador.
- e) Proponer todas las medidas previsibles para evitar los accidentes de trabajo, considerando las condiciones físico-psíquicas del trabajador, las instalaciones y los materiales que se emplean.
- f) Promover, organizar, coordinar y fiscalizar la asistencia médica de los accidentados del trabajo o de los afectados por enfermedades vinculadas al trabajo, buscando su reeducación y readaptación profesional.
- g) Promover, organizar, coordinar y fiscalizar las obras de asistencia social para toda invalidez física o mental buscando la rehabilitación de su capacidad laborativa.
- h) Dar las normas a que deban someterse, los servicios médicos sociales de los establecimientos industriales existentes o a crearse.
- i) Aconsejar a los industriales las medidas necesarias para el cumplimiento del Código Industrial.
- j) Llevar las estadísticas necesarias para conocer las causas, frecuencia, periodicidad y número de los accidentes en cada industria.
- k) Colaborar con las autoridades respectivas en la creación, organización y funcionamiento de escuelas y cursos para la especialización del personal técnico profesional y auxiliar, destinados a los servicios de su jurisdicción.
- l) Estudiar y colaborar en la solución de los problemas vinculados a las indemnizaciones por accidentes del trabajo y la creación de seguros obreros contra los mismos y contra las enfermedades profesionales.
- m) Colaborar en la acción de la educación sanitaria y propaganda higiénica en materia de medicina del trabajo.
- n) Colaborar en la solución de los aspectos médicos de la previsión social.

La obra realizada en dos años

Durante dos años se ha realizado una silenciosa, diaria y tesonera campaña de educación sanitaria de los obreros mediante conferencias, millones de afiches colocados periódicamente en las fábricas, difusión de conceptos y consejos por la radio y el cine, culminando con la instalación de un museo de higiene industrial. Este esfuerzo realizado con verdadera abnegación y sacrificio por el personal de la Dirección de Medicina Tecnológica, ha tenido que afrontar innumerables dificultades desde su creación, organización y desarrollo. Actualmente, si bien no está terminada su estructura definitiva, puede ofrecer ya al servicio público cuatro instituciones dependientes, que son: el Instituto de Clínica Tecnológica, el Laboratorio de Investigaciones sobre higiene industrial, el Museo de Medicina Industrial y el Taller de Rehabilitación de obreros inválidos. Dentro de poco tiempo se inaugurará el flamante Hospital Tecnológico con 500 camas, que significará una verdadera y profunda innovación en el país en lo que se refiere a la medicina del trabajo, por los nuevos principios en que fundamentará su acción médico-social.

Para cerrar este esfuerzo y llevar al conocimiento del pueblo la tarea realizada, la oficina de Difusión Sanitaria Industrial ha resuelto intensificar sus trabajos en el curso de la corriente semana, organizando para ello la Primera Semana de la Salud del Trabajador, que hoy —desde esta emisora— tengo el honor de inaugurar.

En toda esta tarea no hemos hecho sino cumplir con entusiasmo y patriotismo las directivas que nos ha impartido el general Perón, cuya preocupación más trascendente es precisamente velar por la felicidad y el bienestar de los trabajadores, lo que constituye el principio y el fin de sus desvelos y afanes.

La cirugía argentina vista desde el gobierno de la salud pública¹



Ramón Carrillo en la inauguración del 7º Congreso Interamericano de Cirugía.

Fuente: Archivo General de la Nación.

Ha sido para mí un gran honor aceptar la invitación de las autoridades de este Congreso, para pronunciar, en nombre del Gobierno de la nación, las palabras inaugurales en mi doble carácter de secretario de Salud Pública y de cirujano. Agradezco y aprecio la deferencia y gentileza de mis colegas.

Frente a cirujanos, frente a una asamblea de los mejores técnicos en materia de cirugía, acostumbrados a las ideas concretas y a las normas precisas, haría un mal papel si me conformara con cuatro conceptos convencionales.

Por eso quiero señalar algunos aspectos que me sugiere la cirugía, vista desde ese gran observatorio de la medicina argentina que es la Secretaría de Salud Pública de la Nación.

¹Discurso de inauguración del XIX Congreso Nacional de Cirugía, el día 3 de octubre de 1948.

La organización de los servicios quirúrgicos

La mayor dificultad con que tropezamos es estructurar en nuestro país una organización estándar o tipificada de los servicios de cirugía, servicios que, como todos vosotros sabéis, están condicionados a pequeños detalles. Mientras una institución seria, integrada por cirujanos de experiencia, no colabore en la racionalización de los procedimientos —y en las normas de organización quirúrgica—, seguiremos con la anarquía actual en cuanto al rendimiento y costo de los servicios.

Como consecuencia de esa falta de normalización, ocurre que solo disponemos en el país de estadísticas muy parciales, todas ellas confeccionadas con los criterios más variados y contradictorios, de tal manera que en este momento no es posible realizar un balance general sobre morbilidad, mortalidad y letalidad operatoria. En ninguna rama de la medicina gravita más la ecuación personal que en la cirugía, pero existen ciertos problemas que, por falta de una estadística integral, no pueden ser aclarados, entendiéndose por estadística integral el resumen actuarial de las actividades quirúrgicas del país, cualitativa y cuantitativamente consideradas. Pongo por caso el problema de los operados de vesícula y de úlceras gastroduodenales: según las estadísticas de las compañías de seguro, viven más los no operados que los operados. ¿Qué podemos contestar los cirujanos a todo esto? Posiblemente no contestaríamos nada y, si contestáramos, es probable que las respuestas habrían de ser muy diferentes.

La comprobación de la estadística

La estadística quirúrgica nos muestra hechos muy notables, sobre todo cuando las cifras se analizan panorámicamente y en el tiempo. Por ejemplo, en un hospital polivalente (Hospital Nacional de Clínicas) en 1881, en nuestro país, sobre un total de 5.309 internaciones se operaron solo 172 pacientes, es decir, 3,2%. Las dos terceras partes de las operaciones fueron de urgencia, 72 amputaciones, 23 aperturas de abscesos y 18 extracciones de proyectiles. Solo se operó un caso por una afección quirúrgica abdominal. En 1923, cuarenta y dos años más tarde en el mismo hospital, sobre un total de 20.565 internaciones, se operaron 16.405 personas, es decir, el 79,8% del total de casos.

Estas cifras evidencian, matemáticamente, la evolución vertiginosa de la cirugía en estos últimos años, que del 3% del volumen total de enfermos, pasa al 70% en ese hospital.

Las estadísticas demuestran también que en la actualidad se opera el doble de casos que en 1910; que, por ejemplo, con respecto a esa fecha, el número de apendicectomías es el triple y que el número de amigdalectomías es diez veces mayor.

Sistematización estadística en la cirugía

Es conveniente fijar las bases de la sistematización estadística, de esa sistematización que propicio para que puedan contribuir los servicios de cirugía al bien de la salud pública y a la fiscalización general de sus propios resultados:

- a. Hay que establecer el número de intervenciones quirúrgicas por cada mil personas.
- b. Hay que determinar el porcentaje de las afecciones quirúrgicas que ocupan los primeros planos de frecuencia; en otros términos, la tabla de morbilidad quirúrgica de la población.

Algunos países más adelantados que nosotros en materia de estadísticas, han logrado establecer que el índice normal es del 65 por mil, es decir que, de cada mil personas, 65 son sometidas a intervenciones quirúrgicas y que, de cada cien enfermos concurrentes a un hospital, ocho necesitan tratamientos quirúrgicos.

Necesidad del índice general

Todos estos índices en nuestro país no están elaborados de un modo especial, aunque debido a la falta de hospitales (tenemos menos de la mitad de las camas de cirugía necesarias) es muy probable que no coincidan con los índices americanos, aparte de que existirían grandes variaciones regionales. Además, la cirugía argentina, en el futuro, tendrá que afrontar dos caudalosas corrientes de enfermos que convergerán sobre nuestros colmados servicios de cirugía: una, procedente de los reconocimientos médicos preventivos, en grandes series, que se está extendiendo por todo el país, y otra, de los servicios médicos de las clases obreras impuestos por la ley de medicina preventiva y curativa, ley que puede considerarse como el primer ensayo de seguro de enfermedad en nuestro país.

Existirán entre nosotros 12 millones de personas que deben ser atendidas en servicios públicos por diversos motivos, unas por no pudientes, y otras por el desarrollo del seguro, el primero y fundamental el del Instituto de Previsión; incluimos en el concepto de seguro la asistencia en las mutualidades.

Cirugía y medicina social

Entre esos 12 millones se producen 60.000 casos quirúrgicos por año, lo que crea un serio problema social y de técnica asistencial, y es aquí precisamente donde la cirugía —arte y ciencia individual por excelencia— empieza, por primera vez, a tomar contacto con las grandes cifras, es decir con la medicina social. La contribución médico-social más importante de la cirugía se vincula, principalmente, con la ortopedia y la traumatología. Las cajas de enfermedad de Alemania, que solían llevar

estadísticas muy exactas, ya habían establecido que sobre 1.000 días de enfermedad, la caja debía pagar 78 por traumatismos, 70 por afecciones tuberculosas, 65 por reumatismos, 50 por gripe, etc.

Sin embargo, la ortopedia y traumatología tienen en nuestro país un desarrollo sumamente pobre, materialmente pobre, ya que tenemos excelentes profesionales. Como secretario de Salud Pública puedo y debo informar que en los hospitales de nuestra jurisdicción existen inconvenientes para la buena organización de los servicios de traumatología, por falta de médicos especializados. No tengo ningún favoritismo por la ortopedia y traumatología; hablo por lo que surge de un somero análisis de la estadística de dichos hospitales, ya que todos, actualmente, están dotados de servicios de traumatología y ortopedia, pero son manejados con más buena voluntad que experiencia.

Índices del déficit de organización

Desde mi cargo no he hecho otra cosa que repetir e insistir sobre la valorización social de las enfermedades y sobre la necesidad de contemplar el panorama estadístico, pues allí debe buscarse inspiración y orientación para localizar los males reales y más frecuentes.

Hace poco, al inaugurar el Congreso de Gastroenterología, señalé la importancia que tenían las afecciones del tubo digestivo y el enorme costo que significa para el Estado, como consecuencia del mal planteo de la asistencia de los enfermos gastrointestinales. Hoy, frente al problema quirúrgico de la patología digestiva, debo insistir de nuevo sobre su importancia, pues de cada 1.000 habitantes, 9 son operados de apendicitis, 3 por enfermedades quirúrgicas gastrointestinales diversas, 3 de hemorroides y 2 de úlcera gastroduodenal.

Resulta que en nuestro país se producen 15.000 casos de apendicitis al año, de los cuales se operan únicamente 8.000. No obstante la alta cifra de operados al año, se consignan en los certificados de defunción 1.200 fallecimientos por apendicitis —la mayor parte sin haber sido operados u operados en malas condiciones—, lo que no es nada halagador. La cifra es posiblemente mucho mayor de 1.200; existen grandes zonas del país donde la gente se muere sin asistencia; por eso los certificados de defunción no documentan en realidad todos los casos de muerte por apendicitis, pero esos 1.200 muertos anuales por esa causa en nuestro país es, en cierto modo, una prueba de insuficiente organización quirúrgica y no culpa de los cirujanos.

El ordenamiento de la estadística

Sugiero como tarea futura de este Congreso, que nos pongamos de acuerdo sobre los procedimientos y nomenclatura de la estadística quirúrgica, para que todos hablemos el mismo idioma y lleguemos a un ordenamiento central, uniforme,

estandarizado y tabulado de los datos de todo el país conforme a lo) más modernos adelantos de la estadística.

De lo contrario nos seguiremos manejando con cifras parciales tomadas de grupos hospitalarios que se orientan con criterios estadísticos heterogéneos, por ejemplo, los de Salud Pública por un lado y los de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires por otro. En nuestros hospitales, de cada 100 enfermos atendidos, 15,5% fueron por cirugía menor y 1,5% por cirugía mayor; dejamos aclarado que, sobre el total de casos quirúrgicos, 33% son por accidentes, fracturas y heridos.

Resulta claro que la insuficiente organización de los servicios quirúrgicos o su pobre dotación, para el caso es lo mismo, determina un aumento de los costos y un escaso rendimiento del trabajo. Ya lo demostró Bohler en 1923, al hacer el estudio comparativo de costos y resultados de una mala organización, frente a una buena organización quirúrgica. Naturalmente, cuando el Estado paga caro, muy pocos son los que se conmueven por ello, estado de ánimo imputable a la falta de educación política; mientras que cuando pagan las compañías de seguros, el costo de la asistencia quirúrgica es lo considerado en primer término. Bohler, pudo afirmar, con documentos en la mano, que un traumatizado bien atendido —dentro de una organización eficiente—, se paga a sí mismo y aun se gana dinero.

Digresiones útiles

Pido disculpas por estas digresiones, pero las considero útiles para todos los cirujanos, que como son hombres absortos en la tarea cotidiana y la técnica, no suelen ver el paisaje, empeñados como están en trabajar en su lote de tierra. Yo mismo, lo declaro honradamente, de no haber mediado la circunstancia fortuita de tener que enfrentar seriamente los problemas generales de la asistencia médica del país, no hubiera apreciado toda la importancia que tiene para el Estado el contralor estadístico en cirugía. Como especialista en una rama quirúrgica, me hubiera sido imposible levantar la cabeza de mi propio sector de trabajo. Cushing —como neurocirujano no puedo dejar de citarlo— ha dicho que el “cirujano es un clínico que ha aprendido a manejar sus manos”, pero yo agregaría lo que Cushing —maestro en estadística— se olvidó, y diría: “el cirujano es un clínico que ha aprendido a manejar sus manos y a controlar los resultados”.

Podría haberme referido al progreso y a las limitaciones de la cirugía argentina —aprovechando la inauguración del Congreso Nacional de Cirugía—, pero he preferido consignar estas reflexiones sobre la cirugía en función de la colectividad, ya que tal como va evolucionando la medicina, pronto deberemos reformar aquel famoso refrán de la antigua medicina de la India: “El médico que no domine simultáneamente la cirugía y la clínica, se parece a un pájaro con una sola ala”. Esto decían los viejos médicos hindúes. Pues bien; con el tiempo nos convenceremos de que un cirujano que no sepa clínica y que no tenga al mismo tiempo un concepto cabal de la estadística sanitaria será un pájaro sin alas: no le quedará ni siquiera el ala del proverbio.

Para terminar, diré que mi mayor deseo es que el XIX Congreso Nacional de Cirugía, se coloque bajo la advocación de un gran espíritu de la cirugía argentina, de un hombre que la enaltecíó y la honró, enaltecíndonos y honrándonos a todos los cirujanos, porque hizo de la cirugía no solo una obra de la mano —como quiere la etimología—, sino un esfuerzo permanente de la inteligencia y un fruto del corazón: me refiero al doctor Enrique Finochietto, de quien podemos repetir lo que Dieulafoy dijo de Trousseau: “murió pensando en sus amigos y olvidándose de sí mismo”.

Entrega del premio “Juan D. Perón”¹



Ramón Carrillo entrega credenciales de cronistas sanitarios en el Congreso de Higiene en Ciudades.

Fuente: Archivo General de la Nación.

En nombre del cuerpo médico y colegas aquí congregados, tengo el honor, señor presidente de la nación, de presentaros nuestros saludos y agradecer vuestra presencia en este recinto de la Escuela Superior Técnica de Salud Pública que, a nuestro juicio, es una de las creaciones más trascendentales del Gobierno de la nación.

El excelentísimo señor presidente de la República, desde su cargo de secretario de Trabajo y Previsión, tuvo siempre una profunda preocupación por los problemas técnicos vinculados al trabajo, a la higiene industrial y a la seguridad del obrero. Reiteradamente ha expuesto su pensamiento en discursos y en conversaciones personales. Desde la Secretaría de Salud Pública tratamos de promover entre los médicos, investigaciones, estudios y trabajos de carácter monográfico sobre estos problemas,

¹Versión taquigráfica de las palabras pronunciadas el 11 de octubre de 1948, en el acto de entrega del premio “Juan D. Perón”, con la presencia del excelentísimo señor presidente de la República.

que tan directamente interesan a la política del actual Gobierno, desgraciadamente descuidados por la Facultad de Medicina, en la cual nunca existió ni existe la cátedra de medicina del trabajo e higiene industrial.

Para suplir esa ausencia se creó, dentro de la Escuela Superior Técnica de Salud Pública, la cátedra de Higiene del Trabajo, y, además, para fomentar el interés de los colegas, se creó este premio, que lleva el nombre del general Perón, porque fue él, en realidad, el promotor de la iniciativa.

El interés que ha despertado la competencia se traduce en el número de trabajos que se han presentado: 46 trabajos de investigación, libros sobre medicina del trabajo, investigaciones parciales sobre problemas de las fábricas, realizadas por médicos.

Para tener una idea de la orientación de este premio, voy a dar lectura al artículo 5 de la resolución por la cual se crea el mismo. Dice así: "Créase el premio 'Juan D. Perón' para el mejor estudio técnico o científico sobre medicina del trabajo e higiene industrial, premio que consistirá en cinco mil pesos, medalla de oro y diploma. El premio será bianual: podrá ser adjudicado, por esta vez, entre los mejores trabajos que se presentaren hasta fin del corriente año, pudiendo participar libremente todas las personas competentes en la materia, sean médicos o no".

El premio fue adjudicado por un tribunal constituido por los profesores de Higiene y Medicina Social y de Epidemiología de la Facultad de Medicina, por el decano de la misma Facultad y por el presidente de la Comisión Permanente de Investigaciones Científicas de la Secretaría de Salud Pública de la Nación y por el director de la Escuela Superior Técnica. La selección fue muy difícil, dado el valor de las contribuciones presentadas. Correspondió el premio, por la mayor precisión del trabajo, a los doctores Urbandt, Novarini y Francone, tres técnicos que han realizado el trabajo en colaboración, cada uno en su respectiva especialidad; es un verdadero tratado sobre el problema actual en la República Argentina. El doctor Urbandt es, además, profesor de Higiene y Medicina Industrial de la Escuela Superior Técnica.

Señor presidente: al poner en vuestras manos la medalla y el diploma que haréis entrega a los premiados, conferís un honor, no solo a los directamente honrados con el premio, sino a todos los médicos de la Secretaría de Salud Pública, quienes ven con profunda simpatía vuestra presencia en esta casa, como lo habéis comprobado por el cariñoso recibimiento que os han tributado. Esta casa, ahora modesta, con el tiempo, será el eje y la base de la formación de los técnicos en materia sanitaria en la República Argentina, porque vuestra presencia los estimula, ya que ella significa que tenéis fe en nosotros los médicos.

Muchas gracias, señor presidente.

El problema de la prostitución¹

El concepto de prostitución

Constituye una tarea sumamente ardua definir el complejo fenómeno de la prostitución. Lo demuestra así, la extraordinaria discrepancia que se advierte en los ensayos realizados por los numerosos y destacados publicistas que, desde los más heterogéneos puntos de vista, han abordado tan escabroso tema.

Así, si prostituo, etimológicamente significa “*todo tráfico obsceno del cuerpo humano*”, es evidente que el concepto expresado en esos términos es demasiado lato y no se adapta exactamente al objeto al que se lo pretende aplicar. Buscando una mayor precisión, ciertos autores la han definido como “el abandono ilegítimo que hace una mujer de su cuerpo a otra persona, para que esta tenga con ella placeres prohibidos” (Richelet); otros, como “la deshonestidad practicada como negocio por el cuerpo humano” (Schrank); o como “la habitualidad del acceso promiscuo” (Rocco); o bien, definen a la prostituta diciendo que es “aquella que públicamente y sin amor se entrega al primero mediante una retribución” (Regnault), etc.

Todas esas definiciones adolecen de defectos sustanciales; algunas, como la de Richelet, introducen un factor, el de la ilegitimidad, que provoca una seria confusión, pues resultaría imposible aplicarla a la prostitución tolerada por la ley; otras, como en general las restantes citadas, son imprecisas.

Quizás escape a esas críticas, la propuesta por Flexner, con relación a la prostituta, que sería “toda mujer que por interés se entrega a cualquier individuo con absoluta indiferencia emocional para el mismo”; pero, a nuestro juicio, solo de un estudio, aun cuando más no sea que sintéticamente realizado, del fenómeno a través de sus manifestaciones en la historia y en la realidad de los distintos países contemporáneos, puede surgir el concepto claro y preciso, o, por lo menos, la intuición que permita encontrar la ubicación exacta del problema.

De todos modos, no parece discutible que la prostitución constituye un fenómeno social y que, por lo tanto, implica un entrecruzamiento de conductas que aparecen interfiriendo entre sí (prostituta y lenón: ambos factores y la autoridad pública, etc.), la historia de las normas que han pretendido y pretenden regularlo habrá de arrojar alguna luz en ese sentido, si es cierto que la norma al apuntar hacia valores determinados, significa implícitamente la existencia, en la realidad, del desvalor que se opone a aquel.

¹Trabajo realizado con la colaboración de la Dirección de Código y Legislación Sanitaria, publicado en octubre de 1948 en los Archivos de la Secretaría de Salud Pública de la Nación.

Por lo expuesto, el próximo apartado estará destinado a señalar, a grandes rasgos, la evolución de la legislación y la costumbre, preferentemente en la civilización occidental, y será dividido, a efectos de una mejor sistematización, en cuatro secciones en las que serán considerados los aspectos que, a nuestro juicio, son los fundamentales.

Historia de la prostitución a través de la ley y la costumbre

Los regímenes legales de la prostitución

Es un lugar común muy conocido el que dice que la prostitución es tan antigua como la humanidad misma. No obstante ello, no es posible aceptar esta afirmación sin algunas reservas, nacidas de la necesidad de caracterizar el fenómeno con la debida precisión. Si por prostitución se entiende el simple hecho de la promiscuidad sexual, puede convenirse en que, desde los primeros tiempos de la humanidad, ha existido prostitución. Al menos, ello es lo que resulta de las teorías que afirman la existencia de la sociedad matriarcal, como anterior a la patriarcal; de acuerdo con sus principales expositores, Bachofen, Mac-Lennan y Morgan, la sociedad humana parte del estado de promiscuidad más amplio; luego, se produce el tipo de familia consanguínea, que se caracteriza por las uniones de hermanos y hermanas en un grupo; después, se excluye el comercio sexual mutuo entre hermanos, persistiendo el matrimonio entre varias hermanas de un grupo con maridos de otro grupo, hasta que, paulatinamente, se van sustituyendo los matrimonios por grupo por los matrimonios por parejas y así se va arribando a la monogamia.

La prostitución en la Antigüedad

Como se advertirá fácilmente a través de lo expuesto, solo se puede denominar prostitución a esos tipos de uniones promiscuas, reconociendo a dicho término un sentido extremadamente lato. En un sentido ya más restringido, que es, empero, más amplio que el que en la actualidad se le asigna, la prostitución solo pudo tener lugar luego de establecida definitivamente la familia monógama; es entonces cuando aparecen los tipos de prostitución que algunos historiadores llaman religiosa y hospitalaria; la primera, realizada en holocausto de ciertos dioses, es propia de los pueblos paganos de la Antigüedad y la segunda, en homenaje a la hospitalidad debida a los extranjeros, aparece también imbuida de principios religiosos o supersticiosos, toda vez que se atribuye al extranjero el carácter de enviado de los dioses.

En Babilonia e Israel

Herodoto menciona la ley de los babilonios, según la cual toda mujer nacida en el país estaba obligada a concurrir una vez en su vida, al templo de Venus, donde debía entregarse a un extranjero que le arrojaba el dinero invocando a la diosa Milita. Tal costumbre se fue extendiendo a otros pueblos de la Antigüedad y perduró hasta el siglo IV de nuestra era, siendo preciso que Constantino la prohibiera por una ley, destruyendo además los templos consagrados al culto de Astarté, que reemplazó, en Heliópolis, por una iglesia cristiana.

También en Egipto la prostitución, en el sentido consignado, reinó desde los tiempos más remotos. Bueno es señalar, sin embargo, que si bien sus leyes permitieron el infame tráfico, lo proscribieron de los lugares sagrados.

Entre los hebreos se encuentran ya normas legales más precisas; rige allí, aparentemente por primera vez en la historia, un principio prohibicionista, aunque limitado a la mujer hebrea.

En efecto, la ley de Moisés (capítulo XXIII del *Deuteronomio*) prescribe que “no habrá prostitutas entre las hijas de Israel”. Se supone que es por ello que los mercados del tráfico sexual aparecen ubicados en las encrucijadas de los caminos, donde se apostaban las mujeres extranjeras que lo ejercían.

En Atenas y Esparta

En Atenas había alcanzado enorme difusión la prostitución sagrada, esto es, el comercio carnal en los templos y la consiguiente ofrenda del dinero a los dioses. Se dice que Solón, al ver enriquecerse los altares y los sacerdotes con esas prebendas, habría resuelto hacer que las mismas ingresaran a las arcas del Estado; para lograrlo, fundó, según se cuenta, un establecimiento servido por esclavas compradas y mantenidas por el Estado, las que venían así a contribuir a engrosar las rentas del erario público. Existirían razones fundadas para creer que su propósito —y ello debe ser destacado en homenaje a la memoria del ilustre legislador ateniense— habría sido el de reducir la prostitución a un pequeño núcleo de mujeres, desterrándola de los hogares de Atenas.

En Esparta la situación era distinta y Licurgo, al decir de Aristóteles en su *República*, solo preocupóse de imponer la abstinencia a los hombres al punto que Platón, en el primer libro de *Las Leyes*, le atribuye la responsabilidad por la incontinencia de las mujeres espartanas.

Ahora bien; sí, en general, puede admitirse que en Grecia la prostitución era tolerada por las leyes, cabe destacar que estas trataban con cierta severidad a las prostitutas, a las que se negaban todos los derechos inherentes a la ciudadanía y se consideraban solidarias por los hechos ilícitos cometidos por cualquiera de ellas; sus hijos, también participaban de la ignominia, de la que solo se purificaban sirviendo con gloria a la república. Según Plutarco (vida de Solón), los hijos de las prostitutas no estaban unidos a la madre por ningún deber filial.

En las leyes romanas

La implantación de un régimen legal de la prostitución en Roma solo tuvo lugar mucho tiempo después de su fundación; la legislación de las primeras épocas tendía principalmente a salvaguardar el vínculo matrimonial, reprimiendo severamente las violaciones a los deberes de fidelidad conyugal. Es muy posible entonces que la prostitución fuera libremente ejercida. Salvo alguna referencia contenida en la *lex Julia*, solo se encuentra estructurado un régimen legal en las obras de Ulpiano, bajo el título *De ritus nuptiarum* (libro XIII), donde se define la prostitución, como el comercio público de la mujer, ya sea que se prostituya en un lugar de libertinaje, ya sea que frecuente las tabernas u otros sitios en que no guarde su honor. Por comercio público se entiende el acto sexual realizado por la mujer con cualquier hombre, sin elección, excluyendo de ese concepto las conductas de la mujer adúltera, de la doncella que se deja seducir y de la mujer que por dinero tiene relación con uno o más hombres. Para Octaviano debe incluirse, en cambio, a la mujer que se prostituye públicamente, aun sin tomar dinero.

La jurisprudencia, empero, se orientaba exclusivamente en el sentido de mantener la protección al matrimonio castigando el adulterio; únicamente desde este punto de vista se ocupa de la prostitución, cuya fiscalización quedaba encomendada a los ediles y los censores. Las cortesanas debían presentarse personalmente solicitando autorización para el comercio sexual (*licentia stupri*) ante el edil, el que procedía a inscribirlas en un registro. Esa inscripción jamás podía borrarse y la mujer quedaba por siempre estigmatizada con la nota de infamia. La que no cumplía con el requisito legal de la inscripción, era condenada al pago de multa y expulsada de la ciudad.

Tácito (*Annales*, libro II) expresa que la ley imponía a las cortesanas el deber, ya señalado, con el objeto de castigar a las impúdicas “obligándolas así a tomar acta de su propia deshonra”.

Temperancia entre los bárbaros

Entre los bárbaros, podría decirse, en general, que el régimen jurídico imperante era el del prohibicionismo más o menos absoluto. Los galos y los germanos no admitían la prostitución; si alguna mujer era sorprendida en ese ejercicio, se la expulsaba inmediatamente de la localidad, y, a menudo, moría en manos del pueblo. Tales costumbres debieron evidentemente variar cuando Julio César fundó, en la Galia, la dominación romana, pero es preciso señalar que la ley sálica no admitía la existencia de cortesanas en el pueblo franco. Lejos de ello, sancionaba con multa al que trataba de *stria* o meretriz a una mujer de raza noble, sin probar su aserto.

La ley de los ripuarios no imponía el destierro a la mujer “ingenua” que se abandonaba a muchos hombres, pero el que era sorprendido con ella pagaba una fuerte multa, que representaba el conjunto de la sanción que hubiere correspondido a todos los que le precedieron.

Con respecto a los visigodos, se recuerda un decreto del rey Recaredo que prohibía la prostitución bajo penas muy severas, consistentes en castigos de azotes y la expulsión del pueblo de la culpable, la que si volvía al lugar y reincidía era nuevamente azotada y luego entregada en esclavitud.

El régimen legal establecido por los romanos en las ciudades galas, continuó su vigencia aun después de las conquistas de los francos, pero estos siguieron sometidos a la ley sálica, a la que añadieron únicamente las leyes de los alemanes, los bávaros y los ripuarios.

La fusión de las razas y las costumbres solo se viene a producir cuando la conversión de Clodoveo y de los sicambros al cristianismo. Más adelante nos referiremos a la influencia de este hecho sobre las normas que rigieron la conducta en lo que atañe al tema que se está considerando.

Pureza y continencia cristianas

Previamente, será necesario hacer alusión, aunque no sea más que brevemente, a la doctrina que imperó en el curso de los siglos en la Iglesia cristiana. Dicha doctrina fue desde un principio la de la pureza y la continencia. Los padres de la Iglesia exigieron de los fieles una vida casta y decente.

Los concilios y los sínodos, antes del siglo XV, no se refieren, es cierto, de un modo particular a la prostitución, pero condenan, en general, todas las formas del libertinaje. Son de citar, no obstante, algunas disposiciones aisladas, tales como la del libro VII de las Constituciones, que califica a la prostitución de conjunción contra legem; la del canon cincuenta y cuatro del concilio de Elvira o de Elna, en el Rosellón, que, fundada en el perdón otorgado por Jesucristo a Magdalena arrepentida, permite recibir en la comunión de los fieles a una mujer que habiendo sido cortesana, casara con un cristiano. Es preciso llegar al siglo XVI para encontrar sistematizada, en las actas de los concilios, la regulación normativa de la Iglesia; el concilio de Milán, bajo el episcopado de San Carlos Borromeo, introduce en el texto de las Constituciones un título especial, De meretricibus et lenonibus (Nº 65), cuyas normas no tienen, evidentemente, la pretensión de arrancar el mal de raíz, pero demuestran un claro y terminante propósito de evitar los estragos que el mismo puede causar sobre la moralidad pública, tendencia esta que es, por otra parte, la que parece haber predominado desde los orígenes de la Iglesia. Recordemos que San Agustín (“Tratado del orden”, libro II, capítulo 12) se expresaba en los siguientes términos: “suprimid las cortesanas y lo trastornaréis todo por el capricho de las pasiones”.

Diseñada así a grandes rasgos la opinión de la Iglesia y conocida la costumbre de los pueblos bárbaros y la ley romana, fácil es comprender que la influencia de dicha opinión sobre estas, debió traducirse en instituciones que no pudieron ser idénticas.

El código de Justiniano

Con relación a los bárbaros, debe destacarse que, desde Clodoveo hasta Carlomagno, la legislación eclesiástica domina al código de Justiniano y a las leyes teutónicas; como consecuencia de ello, la prostitución tiende a desaparecer de las ciudades, y aunque el feudalismo ha traído aparejados otros fenómenos de corrupción (recuérdese la entrega de las mujeres siervas al amo), no encuadran estos estrictamente en aquella denominación. El régimen legal prohibicionista está puesto de manifiesto a través de las capitulares de Carlomagno: por una de estas, se dispone que las prostitutas sean llevadas, por el que les dio asilo, hasta la plaza del mercado, donde debían ser azotadas y si el obligado se resistía a llevarlas, era también azotado; por otra, dictada en 805, se prohíben distintos excesos sexuales, entre los que se cuenta la prostitución, estableciéndose que la culpable perdería su calidad y sus derechos e iría a la prisión hasta el día de la penitencia pública. Los sucesores de Carlomagno dictaron nuevas capitulares en el mismo sentido, que incluían diversas pruebas de las conocidas con la denominación genérica de “juicios de Dios” (prueba de la cruz, del agua, del fuego, etc.).

En el Imperio romano, según ya se ha insinuado más arriba, la influencia de la Iglesia se concreta en un régimen jurídico que hubo, necesariamente, de ser distinto del que se acaba de considerar. Los emperadores cristianos, procuraron más bien atacar la prostitución en sus causas y sus excesos, antes que intentar hacerla desaparecer totalmente; de ahí que los códigos de Teodosio y Justiniano no contengan normas orgánicas y sí solamente disposiciones aisladas, tales como el reconocimiento del derecho de la meretriz de obtener una retribución y las que reprimen las diversas formas de proxenetismo (sobre estas últimas volveremos más adelante).

Antecedentes franceses

No sería posible recoger la historia de los regímenes legales que, en materia de prostitución, imperaron en cada uno de los países de Europa durante las edades media y moderna. Basta a nuestro entender, referirse a los vaivenes experimentados en la legislación de uno de los países más representativos de la evolución de la cultura europea, a través del tiempo, como lo es Francia. Allí la prostitución no tuvo, durante un prolongado lapso, un régimen legal reglamentario; los principios morales y el derecho la repudiaron, pero la perseverancia con que las cortesanas les arrostraron, abierta o encubiertamente, debe haber sido la causa determinante de la implantación paulatina de un sistema legal, que podría atribuirse a Luis VII, o quizás más precisamente a Felipe Augusto, en razón de haber sido este último el creador del *rex ribaldorum*, que era algo así como el gobernador supremo de los agentes de la prostitución.

La realidad es que durante el reinado de Luis VII existieron ya verdaderas cofradías de cortesanas, llamadas estas ribaldas; pero cuando ascendió al trono Luis IX, su primer pensamiento fue el de poner coto a esos excesos, aunque el mismo

no fue inmediatamente concretado en normas prohibicionistas. Buscó, de todos modos, combatir la prostitución por medio de la religión y la caridad, y es así que durante su reinado se fundaron establecimientos de refugio para “pecadoras arrepentidas”, verdaderas instituciones de lo que actualmente se denomina asistencia social. Más adelante, lleva a la práctica su propósito de extirpar radicalmente la prostitución, prohibiéndola sin reserva en todo el reino; en una ordenanza del mes de diciembre de 1254, dispone que las ribaldas sean expulsadas y despojadas de sus bienes e impone, además, penas pecuniarias para “quien alquile casa a ribalda o reciba ribalda en su casa”.

Poco tiempo le fue suficiente, a pesar de todo, para reconocer que la prostitución era un mal necesario y así, en 1256, dicta una nueva ordenanza cuyo contenido implica reintegrar la prostitución a su primitiva situación de licitud. Se comienza a diseñar, a partir de este instante, una nueva etapa en la historia del sistema reglamentarista; de los comentarios entresacados de obras de autores especializados, se desprende que se permitía a cualquier mujer traficar libremente con su cuerpo, siempre que lo hiciera en los locales y calles que habían sido utilizados para tales fines desde tiempos remotos.

La tendencia reglamentarista

Como ejemplos de esa tendencia reglamentarista, que, naturalmente, no hubo de cristalizar de inmediato, son dignos de citarse el reglamento que habría sido dictado en el año 1347 por Juana I; esta ordenanza, escrita en lengua provenzal, establecía una casa pública en Avignon para la que prescribía diversas normas, tales como la prohibición de dejar entrar hombres el viernes y el sábado santo y el día de Pascua, etc., y una orden impartida en el año 1374 por el preboste de París, estableciendo la hora en que debían retirarse de ciertas calles las mujeres que allí se reunían; han existido varias ordenanzas análogas, tales como la del 30 de junio de 1935, pero era común en todas ellas la tendencia de localizar el ejercicio de la prostitución en ciertas calles.

Hubo un intento de restablecer el sistema prohibicionista, cuando Carlos IX, en el año 1560, promulga y pone en vigencia nuevamente la ordenanza de Luis IX del año 1254. Prohíbe, por ese medio, “a toda persona alojar y recibir en su casa, por más de una noche, gente baldía y desconocida”; proscribía también los “burdeles, berlanes, juegos de bolos y dados”, imponiendo a los jueces que no apliquen la ley, la pena de privación del empleo.

En las principales ciudades, el poder municipal, apoyándose en el edicto de Carlos IX, persiguió activamente a la prostitución sin que tal persecución alcanzara, empero, los lugares públicos en que, desde el reinado de San Luis, se permitiera su ejercicio, hasta que una cédula real de 1565 o 1566, sirvió de base para que una nueva ordenanza del preboste de París, suprimir todo vestigio de prostitución lícita. Según la opinión de ciertos autores, la principal causa de esta medida estribaría en que la enfermedad venérea “había hecho de cada lupanar un foco permanente de infección”.

Ahora bien; si es cierto que la abolición de los prostíbulos logró alejar de las ciudades los lugares de libertinaje, no fue suficiente para expulsar las prostitutas de la corte y del ejército, que siempre arrastraban en sus séquitos una multitud de ribaldas. Ello motivó un edicto del 6 de agosto de 1570, por el que se dispuso el desalojo de las mujeres públicas de la corte, bajo penas de azotes y marcas y otro análogo para las que seguían a los ejércitos. Este último hubo de ser reproducido en los mismos términos, por Enrique III, el 15 de octubre de 1588.

Inoperancia del prohibicionismo

Todas estas medidas prohibicionistas no parecen haber logrado jamás su objetivo de un modo total; a fines del siglo XVI y principios del XVII, a pesar de que hubieron muchas prostitutas y rufianes o proxenetas castigados, la prostitución seguía desarrollándose; ello, no ha constituido, por otra parte, un fenómeno único en la historia del mundo, pues en Alemania las mismas medidas adoptadas después de la Reforma trajeron la misma consecuencia, razón por la cual hubo de implantarse un régimen de tolerancia más amplio aún que el anterior, hasta el punto que, según se ha dicho, se ha llegado al extremo de haber “reconocido que el número de prostitutas no era suficiente para la población y que era preciso aumentarlo”.

En Francia, empero, las disposiciones prohibicionistas alcanzaron una vida más duradera y para combatir la expansión del grave problema, se esboza en el año 1648 un proyecto instituyendo un establecimiento donde habrían de ser encerradas las prostitutas y sometidas a un régimen disciplinario estricto, proyecto que fue realizado luego por la ordenanza real del 20 de abril de 1684, que implicó el implantamiento de la pena de internación correccional de las rameras.

Es interesante observar que el procedimiento sumarisísimo establecido en esta disposición, provocó numerosos abusos que originaron duras críticas de los juristas de la época, todo lo cual dio lugar a que en el año 1713, se dictara una ordenanza real que reglamenta minuciosamente las etapas procesales para la aplicación de la sanción referida, si bien distintos autores han estado contestes en admitir que, en los hechos, no se introdujo mejora alguna en la situación de las prostitutas.

Nuevamente nos vemos en la necesidad de señalar el fracaso de este régimen prohibicionista. En París, la prostitución continuó ejerciéndose abiertamente; la administración pública aplicó arbitrariamente el poder de policía de que estaba investida, tolerando a veces todos los excesos que solo motivaban su intervención cuando el escándalo había rebasado los límites de lo posible, si bien en este último caso, llegaron a adoptar medidas tan drásticas, que han sido calificadas, por algunos autores, como monstruosas.

Donde se aplicaba un régimen verdaderamente draconiano, era en los reglamentos de guerra. Así, una ordenanza real del 25 de junio de 1750, disponía, en su artículo 602, el arresto de toda mujer sorprendida con soldados, caballeros o dragones y su remisión al juez del lugar y en el artículo 604, que en caso de que tal mujer fuera extranjera o sin “declaración”, el comandante de la plaza la haría azotar

y expulsar de la villa, bajo apercibimiento de que en caso de regreso a la misma incurriría en pena de prisión.

Nuevas disposiciones y vanos resultados

En tanto, en París, los abusos de la prostitución continuaban, hasta el extremo de motivar una ordenanza del 16 de noviembre de 1778, invocada aún como el origen y la base de los poderes ejercidos por el prefecto de Policía de París, en materia de prostitución, ya que es su antecesor, el lugarteniente de policía, de quien emana. Desde el punto de vista de su contenido normativo, tal ordenanza no hace sino remitirse a las antiguas disposiciones dictadas por la autoridad real. En cuanto a sus resultados, ellos fueron tan vanos como los de las precedentes normas.

Aun cabe mencionar como nuevas tentativas de prohibicionismo en la historia de Francia, el decreto de la Comuna de París, producido en el año 1795, que dispone que serán hechas visitas domiciliarias nocturnas para arrestar las mujeres de mala vida o que no puedan dar razón de sus medios de vida y el decreto de los cónsules del 3 de marzo de 1802, reponiendo en vigencia la mayor parte de las ordenanzas anteriores.

A partir del decreto imperial del 21 de mayo de 1805, se abre una nueva fase en lo concerniente al régimen de la prostitución, caracterizada por el abandono del sistema prohibicionista y el retorno al espíritu de tolerancia y de libertad, pero ahora atenuado por la necesidad de ejercer los poderes de policía inherentes a la protección de la moralidad y de la salubridad públicas. Vale decir, pues, que estamos ya en presencia del sistema reglamentarista moderno, de cuyos alcances y críticas nos ocuparemos oportunamente. Procedería, por lo tanto, en este aspecto, dar por finalizada esta breve reseña histórica, pero no hemos querido hacerlo sin antes referirnos, aunque más no sea que brevemente, a la evolución de las leyes españolas, en lo que atañe a la cuestión que estamos considerando.

Fuero Juzgo

Es en el *Fuero Juzgo* donde se hace la primera alusión a la prostitución; sus normas configuran un sistema prohibitivo, pues reprime esa actividad con penas de azotes y la entrega de la culpable en servidumbre; tales sanciones se hacen extensivas al señor que la permita y al juez que no la persiga.

Las partidas, por el contrario, se vuelcan hacia el sistema reglamentarista; establecen un diezmo que deberán pagar las mujeres de mala vida a la Iglesia, fundándose en que estas mujeres lo que “ganan con sus cuerpos, malamente lo ganan”.

Un aspecto sumamente curioso es el revelado por la ordenanza de Ocaña, de 1949, en cuanto dispone “que las mujeres públicas que se dan por dinero, no tengan rufianes, so pena que cualquiera de ellas que lo tuviere que le sean dados públicamente cien azotes por cada vez que fuere hallado que lo tienen pública o secretamente, y además, que pierda toda la ropa que tuviere vestida”.

Aun cuando no corresponde aquí hacer referencias directas al problema del proxenetismo, del que nos ocupamos en la parte correspondiente, hemos aludido a esta norma entendiendo que ella, implícitamente, significa la tolerancia de la prostitución con la restricción que surge de lo transcrito.

Como ejemplo de las disposiciones de tipo reglamentarista, puede citarse la ordenanza dictada, para las mancebías de Sevilla, en el año 1519, en la que se establecen los requisitos que debía cumplir el “concesionario” de su explotación.

Felipe II dictó en Madrid, en el año 1575, una ordenanza que contenía también prohibiciones para las mujeres públicas; por su naturaleza hace necesario tratarlas en una de las secciones siguientes bajo el título “Policía de costumbres en la prostitución”.

Las ordenanzas de Felipe IV

El sistema prohibicionista vuelve a estar representado en dos ordenanzas de Felipe IV, dictadas en febrero de 1623 y en junio de 1661, respectivamente. Por la primera, se manda suprimir las mancebías y las casas públicas “donde mujeres ganen con sus cuerpos”, bajo pena de confiscación y por la segunda, se dispone dar órdenes a los alcaldes para que se recojan las “mujeres perdidas” y se las conduzca “a la casa de la galera, donde estén el tiempo que pareciere conveniente”.

Al resumir la historia de Francia en esta materia, señalamos el instante en que se implanta allí el nuevo sistema reglamentarista, origen, según la opinión de destacados publicistas, del que rige aún en numerosos países. Su expansión por el mundo contemporáneo, no reviste ya interés desde el punto de vista con que hemos encarado este primer capítulo.

Lo expuesto permite, a nuestro juicio, dar una idea cabal de las vacilaciones experimentadas por el legislador en todos los rincones del mundo y en todas las etapas de la vida, frente al agudo problema que ha debido enfrentar y ante los fracasos sucesivos, cada vez que ha querido, mediante el empleo irracional de métodos inadecuados, hallarle definitiva solución.

El proxenetismo frente a la ley

Desde que existe prostitución en la historia, en la acepción a que hemos hecho referencia con anterioridad, el proxenetismo se manifiesta como un fenómeno conexo y da lugar a la intervención del legislador.

Moisés, en el capítulo XIX del Levítico, decía: “No prostituirás a tu hija para que la tierra no sea manchada de impureza” y en el capítulo XXIII del Deuteronomio, prescribe que “no habrá rufianes entre los hijos de Israel”.

La drástica ley de Solón

Eschines cita una ley de Solón, según la cual todo el que se hiciera rufián de un joven o una joven de la clase libre, será castigado con el último suplicio.

En Roma, la nota de infamia cubre tanto a la prostituta como al proxeneta y a los hosteleros, taberneros y bañeros que tenían personal, a su servicio, a sueldo del libertinaje. Todos ellos comprendidos en la denominación genérica de *meretricibus*, perdían la libre posesión de sus bienes, no podían testar ni heredar, no tenían la tutela de sus hijos; no podían desempeñar cargos públicos, ni ocurrir ante la justicia, ni dar testimonio, ni prestar juramento. Así, el censor Quinto Cecilio Metelo Celer, negó los derechos sucesorios a Vetibio, acusado de proxenetismo, por cuanto los infames estigmatizados por el lenocinio eran indignos de la protección de las leyes.

Sanciones eclesiásticas

La doctrina de la Iglesia, que se mostraba clemente con la cortesana redimida, fustigó en todos los tiempos el indecoroso oficio de rufián. De tal manera, el concilio de Elvira o de Elna, antes citados, establece en el canon XII, la privación de la comunión a los padres que hubieren prostituido a sus hijos y excomulga al que, en general, haya ejercido el lenocinio y, el concilio de Milán, también aludido anteriormente, encomienda especialmente a los príncipes y magistrados “que expulsen a todos los infames que ejercen el oficio de lenones”.

Los emperadores cristianos concretaban esa doctrina en numerosas normas. En los códigos de Teodosio y Justiniano, el lenocinio estaba prohibido; los hijos de Constantino, Constante y Constancio, prohibieron la venta de esclavas cristianas para el uso de libertinaje; Teodosio (Código de Teodosio, libro XV, título VIII), declara desposeídos de su poder legal a los patronos y padres que ejerzan coacción sobre sus esclavas e hijas para prostituir las y Justiniano (Novela 14, *authent.*, col. 2, tít. 1) prohíbe sostener un comercio de prostitución, tener “mujeres en casa”, entregarlas públicamente al libertinaje o comprarlas para cualquier otro tráfico, penando asimismo, al que hospede a un lenón. Los continuadores de Justiniano no agregaron sustanciales reformas a esa legislación, limitándose a agravar la penalidad aplicable a los lenones.

Pena de muerte para los lenones

En Francia, según surge de los comentarios de los juristas de los siglos XVI y XVII, existía la pena de muerte para los lenones convictos y se sancionaba con multas y con la confiscación a los que alquilaban casas para ejercer el lenocinio. Consta, no obstante, que las penas más severas no se aplicaban, en los hechos, a los lenones de los lupanares, sino a aquellos que seducían y conquistaban, para la prostitución, a mujeres inocentes.

Ya en una ordenanza del preboste de París, dictada en el año 1367, se prohibía, a las personas de uno u otro sexo, administrar mujeres “para hacer pecado de su cuerpo” bajo pena de ser puestos en la picota, marcados con hierros candentes y expulsados de la ciudad; en el mismo sentido se expiden las dictadas el 8 de febrero de 1415 y el 6 de marzo de 1419. Más tarde, en la ordenanza real del 20 de abril de 1684, que como hemos visto *ut supra*, es de tipo prohibicionista, se aplican las mismas sanciones que a las prostitutas, a las mujeres proxenetas, comúnmente llamadas maquerelas.

En la evolución legislativa española, encuéntrense, asimismo, reiterados ejemplos de la represión penal del proxenetismo, en sus diversas formas y variedades.

Castigo de azotes

El *Fuero Juzgo* castiga con cien azotes a cada uno de los padres que consientan la prostitución de la hija y vivieren de aquello que ella ganara. En la partida VII, Alfonso el Sabio realiza un minucioso análisis de “las maneras de alcahuetes” y declara que a estos “los puede acusar cada uno del pueblo ante los juzgadores de los lugares donde hacen estos yerros y después que les fue probada la alcahuetería, si fuesen bellacos”, deben ser expulsados de la villa. Asimismo, dice, los que “alquilen sus casas a sabiendas, a mujeres malas”, para el ejercicio infamante, pierden las casas y deben pagar una multa, y así va estableciendo sanciones especiales para cada uno de los tipos de rufianería que examina.

Ya hemos mencionado la norma de la ordenanza de Ocaña, de 1469, por la cual, se prohíbe a las mujeres públicas tener rufianes; en el mismo cuerpo normativo se impone pena de cien azotes dados públicamente, al rufián que fuere encontrado en la corte, ciudades o villas del reino y en caso de reincidencia, el destierro de por vida.

La ordenanza de Felipe II, dictada en 1566, sanciona severamente (por primera vez, vergüenza pública y diez años de galera y por la segunda, cien azotes y galera perpetua), a “los maridos que por precio consintieren que sus mujeres sean malas de su cuerpo o de cualquier otra manera las indujeran o trajeran a ello”; análoga sanción establece para los rufianes en general, los que también pierden las ropas.

Finalmente, vinculada al mismo problema, aunque desde otro punto de vista, debe citarse la disposición de la Novísima Recopilación que prescribe que “toda mujer que por alcahueta fuere por mandato de algún hombre o de alguna mujer casada o desposada, si pudiera ser sabido por prueba, por señales manifiestas, la alcahueta y el que la envió, sean presos y metidos en poder del marido o del esposo, para hacer de ellos lo que quisiere, sin muerte ni lesión de su cuerpo”.

Se estima que esta es la última muestra de la legislación española, antes de arribarse a los Códigos propiamente dichos.

Evolución de la policía de costumbres en la prostitución

Uno de los aspectos que parecen haber atraído, desde épocas remotas, la atención del legislador, es el relativo a la incidencia de la prostitución en la moralidad pública. Los medios para combatir o atenuar los efectos de esa incidencia han sido muy diversos en las distintas etapas de la civilización, pero en términos generales puede afirmarse como el más común, el que consistía en establecer normas que prohibían el despliegue suntuario de las cortesanas, evitando de esta manera que pudieran confundirse y alternar con las mujeres honestas.

Sanción en las vestimentas

En casi todas las ciudades griegas de la Antigüedad, se imponía a las prostitutas el uso de una vestimenta especial que revelara el deshonroso oficio que profesaban; se atribuye a Solón el haber implantado en las leyes esas exigencias, que habría recogido en las costumbres del Oriente; Zalenco, legislador de los locrenses, imitó las normas de Solón obligando a las cortesanas a usar trajes floridos y Filipo de Macedonia, imponía una multa de mil dracmas a la que pretendiera “tener el empaque de una princesa, luciendo una corona de oro”.

Las leyes imperiales de Roma procuraban establecer claramente las diferencias entre las prostitutas y las mujeres patricias, en salvaguarda de la moralidad de estas últimas. Así, por ejemplo, reprimió al que molestara de hecho o de palabra a una mujer vestida con traje de matrona o de virgen, pero no se protegía a las cortesanas de estos atropellos. Los reglamentos de los ediles obligaban a las prostitutas a utilizar trajes especiales cuando circulaban por las vías públicas, pero es en las ordenanzas suntuarias del senado donde se encuentran en mayor proporción normas de este tipo, tales como la prohibición a las mujeres públicas inscriptas, de usar estolas, cintas en el cabello, túnicas de púrpura y, en ciertas épocas, los bordados y joyas de oro; tan poco se les permitía poseer literas ni ninguna clase de carruajes.

Tales normas fueron reproducidas en los países de Europa en distintas épocas. Pueden citarse, como ejemplos, el reglamento de 1347 que, según dijimos, es atribuido a Juana I, reina de las dos Sicilias y condesa de Provenza, que obligaba a las prostitutas a usar una insignia roja sobre el hombro izquierdo y la ordenanza del preboste de París del año 1360, que prohibió, bajo pena de confiscación y multa que las mujeres comunes llevaran en su vestimenta bordados o botones de plata blanca o sobredorada, así como perlas y manteletas forradas en pieles. Esta, que es la ordenanza de este tipo más antigua entre las que se recuerda, no se refería, expresamente, a las cortesanas, pero es evidente que las involucraba. De todos modos, la ordenanza del 8 de enero de 1415, enteramente relativa a la prostitución, prohíbe a las mujeres del oficio el uso de adornos plateados o dorados, complementada luego por las ordenanzas del 6 de marzo de 1419 y del 26 de junio de 1420 y el decreto

del Parlamento del 17 de abril de 1426, que prohíbe a las “mujeres impuras” llevar vestidos y cuellos vueltos, cola arrastrando y toda clase de pieles y adornos dorados, bajo pena de prisión, confiscación y multa.

Es importante notar que, semejantes procedimientos de distinción, eran impuestos a las mujeres públicas en casi todas las ciudades europeas; así, en Milán, en el año 1502, se estableció que debían usar una amplia capa de fustán negro, reemplazada en 1541 por otra de seda blanca, lo suficientemente ancha como para cubrir el pecho y las espaldas y que, en caso de infracción, cualquiera podría despojarlas de sus vestimentas, sin perjuicio de ser condenadas al pago de multa, a la pena de azotes y expuestas a la vergüenza pública durante un día.

Durante el siglo XVI los reyes de Francia han continuado prescribiendo restricciones análogas, hasta el advenimiento, claro está, de la etapa prohibicionista.

En España, ya lo dejamos traslucir en una de las secciones del presente capítulo, se dicta un reglamento bastante completo para las mancebías de Sevilla, en el año 1519. En sus artículos 8 y 9 se disponía que las pupilas “no podrían llevar trajes largos, sombrillas, guantes ni otras galas, y vestirían un manto corto, colorado, sobre los hombros”, además: “no llevarían hábitos religiosos, ni tapices, ni cojines a las iglesias, ni saldrían con pajes, ni tendrían criados de menos de cuarenta años”.

Parecidas disposiciones encontramos en la ordenanza de 1575, imponiendo a las infractoras distintas sanciones, tales como la pérdida de sus ropas y multas.

Evolución de la policía sanitaria de la prostitución

Ya en la antigüedad parece haber surgido el problema sanitario que plantea la prostitución, como medio de contagio de la enfermedad venérea y otras transmisibles.

Aparte de ciertas referencias suministradas por el historiador Josef y por San Pablo (epístola a los Corintios, capítulo X, versículo 8), de las que se desprendería que hubo epidemias de enfermedades venéreas entre los hebreos, lo que habría motivado que Moisés dispusiera la matanza de 23.000 prisioneros, presúmese, con fundamento, que los excesos de toda índole a que se entregaron vastos sectores del pueblo romano, hubieron de multiplicar los gérmenes y los estragos de dichas enfermedades, contraídas conjeturablemente en focos situados en ciertas regiones de Asia, assoladas por la peste, la lepra y el llamado mal de Venus, enfermedades estas que en Roma, en las primeras épocas de su aparición, eran denominadas *morbis indecens*. Como detalle sugestivo se afirma que, casi simultáneamente con esta circunstancia, se comenzaron a establecer allí los médicos griegos.

Los archiatri populares

Cuando, con la corrupción de las costumbres, recrudece el mal de Venus, se crean los archiatri o médicos públicos, el primero de los cuales fue Andrómaco el Antiguo,

en tiempos de Nerón. En un principio, estos médicos cuidaban solamente de la salud del emperador y de los oficiales del palacio; la complejidad de las tareas motivó que el número de los *archiatri palatini* (médicos palaciegos), fuera considerablemente aumentado. Más tarde, se instituyen los *archiatri populares*, que ejercen su profesión gratuitamente en interés del pueblo. Se atribuye a Antonio el Piadoso haber estructurado orgánicamente esta institución; en efecto, decretó que se nombraran 10 *archiatri populares* en las ciudades de primer orden, 7 en las de segundo orden y 5 en las más pequeñas, formando así como colegios médicos con sus discípulos, estando facultados para votar, en caso de vacante, en la elección de los candidatos que les presentaba el Municipio.

La referencia que aquí se hace a esta importante institución está justificada por la vigilancia que los *archiatri populares* ejercían sobre la salud de las meretrices inscritas.

El reglamento de Juana I

El origen más directo e inmediato de la moderna estructuración jurídica de la policía sanitaria de la prostitución, se encuentra en las medidas adoptadas en Europa en el siglo XVII, aun cuando el reglamento de Juana I, citado ya, establecía, en su artículo IV, la visita médica a los lugares de prostitución y prescribía que toda mujer que hubiere contraído un mal proveniente de lujuria, fuera separada de las otras, “para que no pueda abandonarse y transmitir el mal a la juventud”.

El desarrollo alcanzado en Francia por las enfermedades venéreas, al igual que en otros países de Europa, incidió en la evolución del régimen legal de la prostitución. La primera solución que apareció, naturalmente, en las circunstancias a que ahora estamos aludiendo, fue la suspensión de los reglamentos de tolerancia; pronto surgió, sin embargo, la convicción de que la causa del mal no se encontraba únicamente en los establecimientos reglamentados; se adoptan entonces medidas importantes de policía sanitaria y se somete, a la inspección de la medicina, a las mujeres públicas.

En las épocas de recrudescimiento de la enfermedad, la autoridad municipal dictaba órdenes tan severas, imponiendo penas arbitrarias a las meretrices de los burdeles y a las callejeras que, prácticamente, se expulsaban de las ciudades o se prendían todas las sospechosas, las que debían permanecer recluidas hasta que la epidemia se extinguía. Conviene destacar que, inicialmente, las medidas se limitaban al encierro del enfermo o a su expulsión de las ciudades; cuando la experiencia demostró que el mal de Venus solo se contagiaba mediante el contacto sexual, se permitió a los enfermos quedar en las ciudades y aun convivir con personas sanas.

Raíces del tratamiento venéreo

En la ordenanza de 1684, se encuentra el origen probable del tratamiento obligatorio para los enfermos venéreos, pues dispone que las mujeres públicas que hubieren

sido encerradas conforme lo establecen sus normas, “serán tratadas de las enfermedades que les pudieran sobrevenir”.

Luego de la reimplantación del reglamentarismo en Francia, la fiscalización sanitaria de los lugares de prostitución y de las mujeres públicas, adquiere una notoria importancia, pues se ha ido acrecentando, hasta constituir, en nuestros días, uno de los aspectos fundamentales del problema.

Con referencia a España, debemos nuevamente detener nuestra atención en el reglamento sevillano de 1519, cuyos artículos 4 y 5 implantan la visita sanitaria del médico y del cirujano, cada 8 días y la internación obligatoria de las mujeres “que contrajeran enfermedades secretas”.

Reagrupamiento en los enfoques históricos

Es evidente que sería prematuro sintetizar aquí las conclusiones que surgen del estudio de los antecedentes históricos que acaban de ser glosados; ello debe ser diferido para la oportunidad en que sean considerados los distintos aspectos que el problema plantea en la actualidad y las diversas modalidades con que es enfrentado.

Régimen de tutela de la salud pública

Se impone, en cambio, de un modo inmediato, la siguiente aclaración: si bien hemos dividido el estudio evolutivo de la prostitución a través de su regulación normativa en cuatro partes, que responden no a un criterio cronológico, sino al de una mejor exposición sistemática del contenido dogmático, para poder introducirse a la realidad jurídica actual es necesario reagrupar los tres primeros enfoques en uno solo. Se obtendría, de tal manera, una visión total del derecho histórico (que es también positivo, aun cuando no vigente), considerado desde el ángulo de la protección legal de la moralidad pública y desde el que hace a la tutela de la salud pública.

El fundamento de este reagrupamiento está dado por el problema de las llamadas “causas” de la prostitución, de las que nos ocuparemos en el siguiente capítulo; en efecto, señalase a) la vinculación inmediata que une al régimen legal adoptado con el problema social, en cuanto el prohibicionismo pretende la supresión de la prostitución, a la que considera como un mal que debe ser evitado y en cuanto el reglamentarismo, admitiéndolo como un mal necesario, procura restringirla dentro de determinados límites y reduciendo sus efectos sociales siempre considerados perniciosos; b) que existe parecida vinculación en lo que al proxenetismo se refiere, aun cuando este fenómeno ha sido siempre estimado como repugnante para ciertos valores jurídicos y, por ende, aprehendido por la norma penal, y c) la obvia vinculación que con el mismo enfoque tiene lo concerniente al despliegue suntuario de las cortesanas, reprimido desde tiempos muy antiguos.

La sociología y la prostitución

Sentido del planteo social

Como ya se dijo, la prostitución constituye un fenómeno social. Se quiso significar, mediante esa expresión, que trátase de un fenómeno que se da en la vida social, es decir, en la coexistencia de los individuos agrupados, lo que implica que la conducta de cada uno aparece interfiriendo con las de los demás.

Es frecuente, sin embargo, hablar del problema social de la prostitución en otro sentido, cuando se hace referencia a la trascendencia del fenómeno en la sociedad, desde el punto de vista de su desarrollo y su incidencia en las buenas costumbres, lo que conduce necesariamente, dado el método de investigación generalmente utilizado y su concepción, al estudio de las causas. Presupónese, pues, que conocidas estas no queda sino hallar la forma eficaz de combatir las para lograr la total supresión de la prostitución, así como el médico ataca la enfermedad no en sus efectos, mediante simples paliativos, sino en sus factores causales, que requieren siempre una acción enérgica.

Dedicamos el presente capítulo a la consideración de este aspecto que es, sin ninguna duda, el que más ha preocupado la atención de todos los hombres de ciencia y el que ha motivado una más frondosa literatura sobre el particular.

La causalidad en la sociología de la prostitución

Punto de partida de un enfoque científico

La exposición de las causas de la prostitución, tal como es realizada por los más eminentes publicistas especializados, aparece inspirada, en general, en los estudios practicados dentro del terreno de la sociología, en virtud del carácter social que se atribuye al hecho de la prostitución; especialmente, en el de la sociología jurídica, abundantemente nutrido desde que los juristas han considerado que ciertos problemas no integran la temática de una ciencia del derecho.

Métodos inadecuados a la ciencia social

Sobre todo, es digno de hacer notar que al no distinguirse con la claridad suficiente la existencia de un reino en el que tienen lugar los fenómenos culturales como independiente de aquel otro donde se desarrollan los de la naturaleza, trajo, durante largo tiempo, como consecuencia, la aplicación de métodos inadecuados al objeto de la ciencia social.

Recordemos, entre las tentativas de la sociología para explicar los factores determinantes del derecho, la del materialismo histórico, que tiene su iniciador

reconocido en Karl Marx, según el cual la organización de la producción es la causa de la trasmutación de la sociedad; el mundo del espíritu sería una superestructura, condicionada por lo económico. El fenómeno económico actuaría, pues, sobre la estructura social, en una relación de causalidad mecánica que sería, por lo tanto, irreversible, es decir, que la causa actuaría sobre el efecto, pero este no reaccionaría, a su vez, sobre aquella.

El jusfilósofo Stammler llevó a cabo una eficaz crítica del marxismo, demostrando que, a la inversa de lo que aquel pretende, el derecho determina, en cierto modo, los fenómenos económicos; las leyes económicas como la de la oferta y la demanda, dijo, no podrían existir sin la determinación formal jurídica significada por la libre contratación y la propiedad privada.

Se señala que el mérito indiscutido de Stammler es el de haberle dado importancia a la voluntad humana, en la explicación de los fenómenos sociales; su concepción ha sido luego enriquecida por el aporte de otros autores, especialmente por los que integran las corrientes de la moderna filosofía de la cultura, que tiende a destacar el papel del hombre como protagonista de la historia, con su libertad, que presupone posibilidad de optar entre lo valioso y lo desvalioso.

Así, uno de sus más conspicuos representantes (Max Scheler) advierte que debe distinguirse una sociología de lo material, que parte del principio de que la voluntad humana está en función del mundo en que actúa, reduciéndose a facilitar el proceso mecánico de la naturaleza, librándolo de los obstáculos que lo traban, y una sociología de lo espiritual, en que la voluntad es el factor positivo y la naturaleza solo obra subsidiariamente; pero tanto en uno como en otro caso, se admite el papel importante de la voluntad humana, pues es libre, siempre, de optar entre lo bueno y lo malo, lo justo y lo injusto, etc.

Evitar soluciones desacertadas

Trajimos a colación esta reducida y aun incompleta síntesis de la evolución experimentada por la sociología jurídica, al solo efecto de tratar de colocar en su verdadero lugar el problema de la causalidad con relación al fenómeno que nos ocupa. Basta recordar, en este sentido, que la prostitución es siempre conducta del ser humano, de ese protagonista de la historia, con libertad de opción, a que nos hemos referido. Luego, se impone una actitud cautelosa en el manejo de los métodos de investigación, para no incurrir en errores susceptibles de conducirnos a soluciones desacertadas.

Las presuntas causas, que analizaremos más adelante, no lo significan todo en la consideración de este trascendental problema; sin desconocer que, en mayor o menor grado, ejercen alguna influencia en lo que concierne a los alcances sociales de la prostitución, siempre será necesario tener presente que ellas actúan sobre un ser con voluntad propia, capaz en principio de discernir los valores morales y jurídicos.

Esto último, y más adelante habremos de volver sobre ello, indica que junto a las soluciones que se propician, y aun cuando se admitiera que todas ellas revisten

suficiente eficacia como para eliminar las causas sobre las que se pretende hacerlas actuar, hay una que tendrá siempre un interés permanente, que se concreta en la eficiente educación del individuo para orientarle hacia una acertada discriminación de lo que es bueno, de lo que es justo, en una palabra, de lo que es valioso.

Los factores determinantes según la doctrina

Tomando en conjunto las diversas teorías elaboradas por autores pertenecientes a las más heterogéneas escuelas científicas y sin prejuzgar sobre el valor de las mismas y su aporte a la cuestión de la causalidad, se podrían clasificar los factores enunciados en dos grandes grupos: uno, comprensivo de los de orden psicobiológico, relativo a los factores que obran internamente, es decir, desde adentro del sujeto, y otro, en que se reúnen los llamados factores sociales, caracterizados como externos, es decir, que obran sobre el sujeto desde afuera.

Integra el primer grupo, ante todo, el factor hereditario, expuesto por la escuela psicoantropológica encabezada por Lombroso, Ferri y Sergi, que ha tratado de describir el tipo de prostituta nata, con sus caracteres somáticos y psicológicos bien definidos. Las descripciones de este presunto tipo no son, empero, concordantes y así mientras unos señalan a las mujeres que encuadrarían en él como de estatura baja, otros las caracterizan por su abundante adiposidad o su precocidad menstrual, etc. A lo sumo, se ha logrado establecer ciertas características comunes de los individuos más inferiores, que serían las siguientes: precocidad sexual, relaciones sexuales tempranas, sensibilidad obtusa, frialdad, tendencia a la glotonería, al juego y a la variedad, ausencia de afectos familiares, ausencia de pudor y debilidad mental.

Una afirmación de Lombroso

Se atribuye a Lombroso la afirmación de que la prostitución es el refugio de la delincuencia femenina; ello sería la consecuencia de haber fijado su observación sobre las mujeres recluidas en las prisiones de Italia. No puede, por ende, aceptarse sin reservas su aseveración, nacida de una experiencia parcial y unilateralmente realizada.

La teoría de la escuela psicoantropológica no es compartida por los autores modernos que la estiman por lo menos insuficiente, toda vez que no alcanza a explicar la circunstancia de que la prostitución, según afirman, está preponderantemente arraigada en la clase más pobre.

Integra, también, este primer grupo, el factor endocrino, que ha sido especialmente estudiado y destacado por la escuela italiana, de la que forman parte, entre otros, Viola y Pende, y según cuya concepción científica, la fórmula endocrina da la personalidad psíquica del individuo.

La escuela a que acabamos de referirnos ha sido, asimismo, objeto de críticas, pues se le imputa haber utilizado métodos de investigación inadecuados al objeto del estudio, o de haber limitado el concepto de prostituta para adaptarlo a sus

conclusiones e incluso, haber invertido en parte los términos de la relación causal, pues, se afirma, es probable que las condiciones de ambiente y el género de vida hayan determinado las alteraciones observadas en las secreciones internas de las rameras.

Podría ampliarse la nómina de los factores comprendidos en este primer grupo, incluyendo en él, el estado mental débil o deficiente; según César Juarros, existirían las siguientes formas de enfermas mentales prostituidas: a) la de las locas morales; b) la de las histéricas; c) la de las frías, y d) la de las oligofrénicas.

Se deben aquilatar los factores sociales

Es evidente, de todas maneras, que no es posible tratar un fenómeno social con métodos que reposan únicamente en una etiología y una terapéutica que toman al individuo aisladamente considerado; bueno es notar, por otra parte, que los mismos autores pertenecientes a las escuelas que hemos mencionado, reconocen la existencia de factores sociales.

No se puede negar que la endocrinología podrá ser eficaz en algunos casos determinados o que en otros la psiquiatría puede obtener resultados igualmente halagadores y en este sentido quizás encuentre amplios horizontes el psicoanálisis y la psicología individual, debidos a Freud el primero y a Adler, el segundo, pero lo que sí parece discutible, es que se pretenda utilizarlos para explicar y combatir un fenómeno social.

Pasaremos, pues, a considerar el segundo grupo, o sea el de los factores sociales o externos.

El factor económico

Aquí debemos mencionar un factor que ningún tratadista moderno omite considerar y que casi siempre es elevado al primer plano de la causalidad social; aludimos a la “causa económica”. La miseria, se ha dicho, trae el éxodo de la gente campesina hacia los centros urbanos, sin contar con una preparación eficiente y albergándose, a menudo, promiscuamente en las casas de vecindad. Se señala que de las estadísticas publicadas en países europeos y americanos surgiría que la gran masa de prostitutas emerge de las clases más pobres, especialmente del proletariado.

Se formulan, asimismo, “leyes” como la enunciada de la siguiente forma: “a mayor desocupación, mayor prostitución” y se señala como remedio específico el de colocar a la mujer que trabaja en condiciones de igualdad social y económica con el hombre.

Sin desconocer que, efectivamente, la miseria concurre a un acrecentamiento de la prostitución y admitiendo que, si se reducen las fuentes de desocupación y de indigencia, mediante la correcta aplicación de los postulados de la justicia social, es probable que disminuya el número de mujeres prostituídas, estimamos que no deben llevarse las conclusiones a sus últimos extremos.

Lo que dicen las estadísticas

Los resultados consignados en las estadísticas practicadas en los diversos países, especialmente europeos, distan de ser, en ese sentido, uniformes; así, mientras según Federesky, en 1934, la miseria daría un 88,7%, la tentación de los amigos un 5,65% y el instinto sexual pronunciado el 5,65% restante, para Roubaix, en 1937, las causas económicas solo producirían un 180 por mil. A eso debe añadirse que no existe certidumbre alguna en cuanto a los elementos sobre la base de los cuales fueron confeccionadas las estadísticas aludidas; piénsese, en efecto, cuán fácil es llegar a conclusiones erróneas si se toman únicamente en cuenta las prostitutas registradas en los países reglamentaristas y la dificultad que existe para determinar su verdadero oficio u ocupación.

Por lo demás, la tendencia a atribuir una gran preponderancia al factor económico, reconoce claras influencias de la concepción marxista. Ello en virtud de que, en determinado momento, dicha concepción alcanzó gran predicamento por la apariencia científica con que aparece revestida y así se dijo que se puede muy bien ser marxista sin comulgar con el socialismo.

Lo general es considerar en la doctrina, al factor económico, como un determinante permanente, lo que quiere decir que se le haría actuar como constante, en función de otros factores variables u ocasionales, tales como la holgazanería, el deseo de gozar de una vida cómoda y fácil, el choque moral producido por una decepción amorosa o una enfermedad sexual adquirida, etc.

A todo ello se añade la ignorancia. Es, a este respecto, frecuentemente citada una estadística fundada en datos recogidos en el Dispensario de Salubridad entre 1899 y 1915, según la cual, de 10.617 prostitutas, casi la mitad, o sea 5.229, no sabían leer ni escribir o solo sabían firmar.

Replanteo del problema social

La rápida incursión que realizamos en el terreno de las doctrinas sociológicas que han pretendido encontrar la explicación de la prostitución tratándola como un hecho de la naturaleza, que obedece, por tanto, a la ley de la causalidad, nos ha mostrado que todas ellas se preocupan esencialmente de discriminar los factores que inciden sobre la mujer, determinándola a prostituirse.

Ello, a nuestro juicio, es susceptible de conducir a una equivocada apreciación, en cuanto induce a prescindir, en la consideración del problema, de la voluntad optativa del sujeto, circunstancia esta que oportunamente hemos señalado, pero además representa, en sí mismo, un error, que estriba en olvidar que para que exista una conducta calificable como de prostituída, no basta que haya una mujer, es preciso, además, que haya varios hombres. Destacado ello, parece obvio decir que no es suficiente, pues, referirse a los factores que condicionan la conducta de la mujer, sino que es forzoso, para conservar cuando menos la apariencia de logicidad

en el razonamiento, hacer paralelamente el estudio de las causas que determinarían la conducta del hombre.

El problema de los valores jurídicos

Claro está que si alguna utilidad nos puede prestar la historia en la consideración de este problema de la sociología de la prostitución, ella consiste precisamente en mostrarnos que, salvo raras excepciones, la conducta del hombre que recurre a los oficios de la prostituta no fue estimada jurídicamente desvaliosa, a la inversa de lo que ocurriría con la de la mujer, aun en la época de la prostitución tolerada (la tolerancia no parece, en efecto, sino el resultado de la resignación ante la imposibilidad de extirpar el fenómeno) lo cual podría haber justificado la omisión a que hemos hecho referencia.

Pero ocurre que en la actualidad la prostitución no es, en sí misma un hecho jurídicamente desvalioso, no solo porque el derecho vigente no lo considera así desde que se ha abandonado, casi totalmente, el régimen prohibicionista, sino porque aun desde el punto de vista de la axiología pura no es considerada como opuesta a los valores jurídicos verdaderos.

No obstante, se le sigue considerando un mal social, en cuanto la conducta de la prostituta contraría los valores morales, como los contraría también, y no creemos que ello pueda ser puesto en tela de juicio, la del hombre que recurre a sus oficios y los paga.

Volvemos, pues, al punto de partida; o la sociología, que pretende arrancar un mal social, comprende ambas conductas o incurre en un grave defecto que la coloca al margen de la especulación científica.

El replanteo que aquí queremos hacer, tiene pues, en cuenta, ambos elementos: mujer y hombre, pero no los considera ubicados en un proceso mecanicista, que puede ser explicado por la ley causal, sino que los estima como protagonistas de la historia, con su posibilidad de opción. No concibe, por ende, que la sola exploración de presuntas causas baste para agotar el estudio del problema social aun cuando no la desecha de un modo absoluto, admitiéndola como un coadyuvante para dicho estudio, dada la función que es preciso reconocer a los hechos de la naturaleza en relación a la conducta humana, ya que a esta no la podemos suponer como desarrollándose fuera del mundo donde imperan las leyes naturales.

Pero, finalmente, si la conducta es libre opción entre lo valioso y lo desvalioso, resulta claramente evidenciado que solo cabe una actitud racional frente al problema, que es aquella que reconociendo sus propias limitaciones frente a esa libertad de opción, procura, mediante una intensa acción de educación, consistente no solo en reprimir el analfabetismo sino en orientar al individuo en la apreciación de lo que es jurídica y moralmente valioso y desvalioso, disminuir la intensidad del fenómeno, secundando esa acción con la que tiende a la eliminación o a la atenuación de los restantes factores sociales que oportunamente mencionamos.

La salud pública y la prostitución

La verdadera naturaleza de la relación entre ambos términos

Se vincula tradicionalmente la prostitución con la salud pública, atribuyendo a aquella la amplia difusión alcanzada por las enfermedades venéreas, involucrando, entre estas, a la sífilis, que se coloca, por su importancia, en primer lugar; la blenorragia, indicada como el tipo de infección venérea crónica; el chancro blando, en cuya profilaxis se admite la eficacia de las simples medidas de higiene y la poradenitis o linfogranulomatosis venérea.

La prostituta, según el criterio dominante, representaría un peligro permanente, y sobre todo el más grave, de transmisión de dichas enfermedades. Se afirmó que el reglamentarismo aumenta la difusión de estas y que el abolicionismo las disminuye.

Surgió así, la convicción de que las enfermedades venéreas se transmiten en los prostíbulos, o que, por lo menos, la mayoría de los contagios tienen lugar en ellos o en el trato sexual con las ramera.

Fue forzoso admitir, sin embargo, que los hombres que cohabitan con las prostitutas, se cuentan entre los más eficientes diseminadores de males venéreos; se debe llegar, por esa vía, a la conclusión de que el número de hombres afectados por enfermedades venéreas “sobrepasa al de las prostitutas que las sufren”, y luego, como una lógica consecuencia, teniendo en cuenta que el hombre llega al matrimonio con un mayor número de experiencias sexuales, se acepta, inclusive, que aun en la relación conyugal existe el peligro de contagio venéreo.

La afirmación del doctor Parran

Cobra consistencia de esa manera, la afirmación del director General de Sanidad de EEUU, doctor Thomas Parran, según la cual “se equivocan de medio a medio los que no ven en la sífilis más que una vergonzosa secuela del vicio mercenario. La prostitución viene a representar cuando más una parte del problema total”.

Si nos apartamos de la posición tradicional y consideramos (ello fue ya intentado por ciertos autores) por separado los dos problemas, el de la prostitución y el de la enfermedad venérea, será factible arribar a conclusiones más acertadas. Se advierte, por lo pronto, que la más importante de las enfermedades venéreas, la sífilis, no requiere necesariamente para su contagio la preexistencia de un contacto sexual.

Diversas fuentes de contagio

El funcionario estadounidense, que hemos citado párrafos más arriba, calcula, en base a investigaciones por él practicadas, “que la mitad de los sifilíticos han contraído el mal sin ninguna culpa de su parte”. Enumera, pues, las distintas fuentes de contagio, afirmando que la mayoría se infectan en el matrimonio o en el claustro

materno; otros deben su enfermedad a contactos indirectos puramente casuales, tales como el uso de un vaso, una pipa o un cigarrillo; otras veces, dice, la enfermedad proviene de una niñera, un barbero, una peinadora o una manicura; otras, de un médico o un dentista que han adquirido el contagio, a su vez, de otro cliente enfermo; finalmente, expresa que el otro 50% de los casos, es decir, de aquellos en que la enfermedad fue contraída en relaciones sexuales extraconyugales, “son tantos los infectados en devaneos clandestinos como por meretrices”.

Se ha llegado a afirmar, como una consecuencia de la revisión practicada en antiguos conceptos, que la contagiosidad exclusiva o preponderante de la prostitución en una colectividad entera, es uno de los tantos mitos legados por antiguos puntos de vista erróneos, en los cuales la gente cree dogmáticamente.

En un informe publicado por los funcionarios, también norteamericanos, doctores Richard A. Koch y Ray Lyman Wilbur, se destaca que “hoy el problema del control de las enfermedades venéreas está en la muchacha promiscua y no en la prostituta”.

Fenómenos surgidos de la postguerra

El fenómeno que denominan así, tan gráficamente, tuvo su gran desarrollo a partir de la primera guerra mundial, cuando las mujeres ganaron más libertad fuera de su hogar y luego, cuando conquistaron los mismos derechos políticos y libertades civiles que los hombres, pues dicen, “así como la mujer ha llegado a ser más sobresaliente en el mundo de los negocios y ha aceptado mayor libertad fuera de su casa, ha aceptado también la misma libertad masculina en sus relaciones sexuales”.

Señalan luego que si bien no se trata aquí de un problema de tiempo de guerra, con el descenso de la conducta moral y con la pérdida de los antiguos frenos y salvaguardias, la muchacha promiscua será con su expansión de enfermedades venéreas un definitivo problema de postguerra.

Aun cuando estas conclusiones han sido formuladas teniendo en cuenta especialmente la situación de uno de los países que sufrieron y sufren aún las consecuencias de la contienda mundial y no debe, por lo tanto, incurrirse a su respecto en un exceso de generalización, ellas concurren en abono del moderno punto de vista, de que la enfermedad venérea y la prostitución son dos problemas que deben ser separadamente encarados, punto de vista que nosotros hemos también compartido.

La historia, por su parte, trae convincentes elementos de juicio en apoyo de esa tesis, toda vez que demuestra: a) que la enfermedad venérea no aparece acompañando constantemente a la prostitución; sus presentaciones en la historia, por lo menos según surge de las fuentes de información conocidas, son esporádicas mientras que la prostitución a partir de la sociedad monogámica es constante, y b) que el recrudecimiento del mal venéreo sobreviene cuando las perversiones sexuales exceden de los límites del prostíbulo, como surge de la simple lectura del apartado que hemos dedicado precisamente a la historia de la prostitución a través de la ley y la costumbre.

La sociología de lo material y de lo espiritual

Cabe aquí recordar el notable esfuerzo de Scheler, mencionado anteriormente. Si aplicamos su distinción entre la sociología de lo material y sociología de lo espiritual, al problema en estudio —aplicación correcta teniendo en cuenta que se reconoce al mismo un carácter social—, observamos cómo concurre en auxilio de los que sustentan el punto de vista que estamos desarrollando.

En efecto, tuvimos oportunidad de destacar que la prostitución es, ante todo, un hecho de la conducta humana, en la que ciertos factores de la naturaleza inciden en forma más bien subsidiaria y negativa, lo que significa que si hubiéramos de ubicarla en el cuadro general de la sociología conforme al planteo de Scheler, la situación resulta necesariamente más aproximada al extremo de la sociología del espíritu que al de lo material. A la inversa, el problema de la enfermedad venérea habría de ser colocado en relación de proximidad con el extremo correspondiente a la sociología de lo material; la voluntad del sujeto juega en ella un papel secundario con respecto al que cabe a la naturaleza.

Nadie ignora que la enfermedad venérea, como mal social, es susceptible de ser eficazmente combatida; que es posible, atacando sus causas, hacer desaparecer en gran medida sus efectos, y así, como lo comprobaremos con los datos que suministraremos más adelante, se nota ya una disminución efectiva con respecto a su grado de difusión, y no es aventurado anticipar que merced a los trascendentales progresos de la medicina moderna, uno de cuyos jalones más importantes lo constituye el descubrimiento de los antibióticos, habrá de ser reducida, en un futuro no muy lejano, a su mínima expresión. Claro está que no negamos la influencia ejercida por la liberación de los hombres de los antiguos prejuicios, lo que se traduce en la posibilidad de orientar al individuo mediante una adecuada propaganda, en el sentido de una mayor educación sexual, con todo el beneficio que ello implica por el buen éxito de esa lucha; solamente remarcamos una característica del fenómeno.

Problema social y problema sanitario

Lo expuesto justifica, pues, que se discrimine entre un problema típicamente social, la prostitución, y otro típicamente sanitario, el de la enfermedad venérea, aun sin desconocer que en el segundo hay un aspecto social. Si ha de establecerse una relación entre ambos, ella debe ser de tal naturaleza que, como ya algún tratadista lo ha observado, no es de dependencia del segundo con respecto al primero, sino a la inversa, es decir que los aspectos venéreos de la prostitución están supeditados al problema sanitario.

El problema venéreo en nuestro país

La morbilidad venérea con respecto a la población en general¹

No es posible reflejar con cifras el estado de morbilidad venérea en nuestro país antes de la sanción de la Ley 12331, en razón de que no existían medios para centralizar las informaciones procedentes de los distintos servicios diseminados por el vasto territorio de la República, dependientes administrativamente de distintas autoridades: nacionales, provinciales y municipales.

En la ciudad de Buenos Aires ha sido posible obtener datos concretos con relación a la sífilis a partir del año 1921 por intermedio del Dispensario de Salubridad, a raíz de haberse dispuesto la obligación de realizar el análisis de Wassermann, cuyos resultados arrojaron las cifras expresadas en la Tabla 7.

Tabla 7. Resultados de análisis de Wassermann realizados en la Ciudad de Buenos Aires. 1921-1933.

| Años | Negativos | Positivos |
|------|-----------|-----------|
| 1921 | 545 | 91 |
| 1922 | 1.124 | 192 |
| 1923 | 1.814 | 189 |
| 1924 | 1.364 | 186 |
| 1925 | 2.064 | 438 |
| 1926 | 1.658 | 447 |
| 1927 | 1.001 | 251 |
| 1928 | 688 | 182 |
| 1929 | 785 | 154 |
| 1930 | 807 | 135 |
| 1931 | 1.234 | 225 |
| 1932 | 1.424 | 341 |
| 1933 | 1.045 | 271 |

La Ley 12331 y su Decreto 102466

Al promulgarse, con fecha 30 de diciembre de 1936, la Ley 12331, cuyo artículo 2, inciso d, reconoció la sección “Profilaxis de las Enfermedades Venéreas” la atribución de “hacer la investigación y publicación científica y estadística y el estudio epidemiológico de las enfermedades venéreas”, y dictarse con fecha 2 de abril de 1937, el

¹Datos suministrados por la Dirección de Higiene Social.

Decreto 102466, reglamentario de dicha ley, cuyo artículo 2, inciso c, estableció la obligación de confeccionar las estadísticas con los datos que debían remitir todas las instituciones, centros de tratamiento, hospitales, dispensarios y servicios destinados a la atención y tratamiento de las enfermedades venéreas en todo el país, se vio facilitada la labor del organismo sanitario nacional y ha sido posible, así, obtener los siguientes resultados, en los que se especifica el número de enfermos con relación a la población total del país, sobre la base o tasa de cada 10.000 habitantes (Tabla 8).

Tabla 8. Tasas de enfermedades venéreas (cada 10.000 habitantes). Argentina, 1938-1947.

| Años | Tasas |
|------|-------|
| 1938 | 62,36 |
| 1939 | 52,67 |
| 1940 | 49,21 |
| 1941 | 57,21 |
| 1942 | 62,42 |
| 1943 | 54,05 |
| 1944 | 52,11 |
| 1945 | 49,23 |
| 1946 | 56,24 |
| 1947 | 45,08 |

La morbilidad venérea con relación a la prostitución

En este caso, ocurre algo similar a lo especificado con respecto a la cuestión examinada en el punto a. No obstante, ha sido posible recoger, a través del funcionamiento del Dispensario de Salubridad de la Capital Federal, entre los años 1920 y 1933, los datos que se muestran en el Tabla 9 y Tabla 10.

A consecuencia de haber dispuesto la Intendencia de Buenos Aires, en 1934, la supresión de la prostitución reglamentada y clandestina en todas sus fases, se carece, como es lógico, de datos concretos a partir de ese año.

Sin embargo, en el año 1943, habiéndose observado un mayor incremento en la concurrencia de enfermos venéreos a los dispensarios de la capital, se dispuso la realización de exámenes sistemáticos de las mujeres que trabajaban en dancings, cabarets, salones de baile, etc., y de las detenidas por la autoridad policial en el Hogar San Miguel, por incitar en la vía pública. Se controlaron, entonces, desde el punto de vista clínico general, ginecológico y bacteriológico, 1.700 mujeres, obteniéndose los siguientes porcentajes: sífilis serológicamente positivas, 19,34%; gonococias bacteriológicamente positivas, 6,69%; y gonococias clínicamente comprobadas, 30,89%.

Tabla 9. Número de prostíbulos, de mujeres nuevas inscriptas y declaradas enfermas, y de visitas realizadas. Capital Federal, 1920-1933.

| Años | Número de prostíbulos | Nuevas inscriptas | Declaradas enfermas | Total de visitas |
|------|-----------------------|-------------------|---------------------|------------------|
| 1920 | 292 | 20 | 139 | 12.543 |
| 1921 | 252 | 143 | 171 | 17.878 |
| 1922 | 497 | 348 | 246 | 23.126 |
| 1923 | 585 | 335 | 278 | 26.426 |
| 1924 | 644 | 427 | 435 | 29.217 |
| 1925 | 957 | 669 | 695 | 34.944 |
| 1926 | 855 | 137 | 456 | 29.170 |
| 1927 | 805 | - | 223 | 21.722 |
| 1928 | 356 | - | 169 | 16.896 |
| 1929 | 296 | - | 41 | 14.875 |
| 1930 | 270 | 34 | 36 | 13.083 |
| 1931 | 268 | 217 | 107 | 13.131 |
| 1932 | 250 | 193 | 212 | 13.200 |
| 1933 | 250 | 227 | 159 | 13.436 |

Tabla 10. Número de mujeres inscriptas con enfermedades venéreas declaradas según patología, Capital Federal, 1930-1933.

| Años | Sífilis | Blenorragia | Otras venéreas |
|------|---------|-------------|----------------|
| 1930 | 1 | 15 | 20 |
| 1931 | 3 | 39 | 65 |
| 1932 | 5 | 193 | 14 |
| 1933 | 17 | 125 | 17 |

La acción de la Secretaría Pública de la Nación

De acuerdo a las especificaciones contenidas en el plan de gobierno correspondiente al quinquenio 1947-1951, la Secretaría de Salud Pública de la Nación se encuentra empeñada en una intensa campaña para “evitar y combatir las enfermedades venéreas”.

Lucha efectiva contra las enfermedades venéreas

No se ignora, desde luego, que la lucha habrá de ser ardua, pero existe la certeza de llegarse a resultados positivos, pues se conocen ya perfectamente los medios de

prevención y tratamiento de esas enfermedades; se cuenta con más precisas estadísticas y se dispone de los medios adecuados, pues como lo ha dicho el excelentísimo señor presidente de la nación, en su discurso pronunciado el 25 de noviembre de 1946, "Salud Pública no debe tener límite en sus gastos. El límite lo ha de dar la necesidad de curar a todos los enfermos que el país tiene".

Los esfuerzos realizados ya, han comenzado a producir sus frutos, que permiten alentar un lógico optimismo. Nos referimos especialmente a la Tabla 8 por ser el que reviste más interés; señala la marcha epidemiológica de las enfermedades venéreas entre los años 1938 y 1947, denotando el número de casos por cada 10.000 habitantes. Se observa que en el año 1942 la tasa llega a su máxima expresión, señalando un tope de 62,42, cifra que ya se había manifestado recientemente, en 1938, con 62,36 casos. Las cifras siguen luego una marcha descendente, para acusar en el año 1945, 49,23 casos por 10.000 habitantes, que luego, en el año 1946, alcanza a 56,24.

A partir de ese instante se inicia un descenso vertiginoso, reduciéndose en 1947 a 45,08 casos por 10.000 habitantes, descenso este que sigue manifestándose en el corriente año, lo que permite suponer que la tasa de 1948 tendrá una expresión gráfica jamás reproducida en los cuadros estadísticos publicados hasta la fecha.

Discriminando los resultados según las distintas regiones del país conviene advertir que, en general, se aprecia un aumento de las enfermedades venéreas en las siguientes provincias y territorios: Corrientes, Córdoba, Salta, Entre Ríos, Jujuy, San Luis, Tucumán, Chubut, Río Negro, Santa Cruz, La Pampa y Neuquén. En cambio, la declinación de la morbilidad venérea se acentúa en la Capital Federal, Buenos Aires, Catamarca, Santiago del Estero, Santa Fe, La Rioja, Mendoza, San Juan, Chaco, Formosa, Misiones y Tierra del Fuego.

Bueno es consignar que diversos factores externos han incidido en el aumento señalado con relación a ciertas regiones, abultando el número de casos registrados, tales como para las provincias del litoral, los hechos que son del dominio público que desangraron una república hermana, para las provincias andinas el movimiento de las masas de trabajadores de la zafra y otras explotaciones rurales al igual que lo que ocurre en nuestra Patagonia. Dichos factores serán, no obstante, neutralizados, merced a la activa campaña que realiza la autoridad sanitaria nacional.

La lucha antivenérea es en la actualidad racionalmente encarada, teniendo en cuenta los caracteres del fenómeno, conforme lo hemos esbozado ya con anterioridad. Al igual que con relación a las demás enfermedades transmisibles, debe tenerse en cuenta el aspecto curativo, el preventivo y el educativo.

La creación de centros de tratamiento

El primero, motiva la creación de centros de tratamiento, lo que se complementa mediante la provisión gratuita a los mismos, sea cual fuere la jurisdicción de la cual dependan, de toda clase de medicamentos, inclusive de penicilina y la distribución de esquemas de tratamiento rápido, que próximamente tendrá lugar entre los señores médicos y establecimientos especializados.

Un punto importante que no puede ser y no es descuidado, es el relativo a la investigación de las fuentes de contagio. Así, pues, se hallan en vía de habilitación diez centros con sus respectivos laboratorios, en la región patagónica, a los que debe agregarse el Instituto de Higiene Social con carácter de venéreocomio, que funcionará en la Capital Federal y se constituirá en el centro principal de los estudios experimentales de las enfermedades venéreas.

La fiscalización fronteriza

Claro está que no todo debe quedar supeditado a la lucha contra el peligro interno; compenetrada de esa verdad, la Secretaría de Salud Pública de la Nación está arbitrando los medios para establecer una eficaz fiscalización fronteriza, construyendo estaciones sanitarias en Pocitos, La Quiaca, Socompa, Clorinda, Paso de los Libres, y centros de higiene social en los puertos de la Capital Federal y Rosario. Se ha concertado, además, una acción común mediante los convenios suscriptos con otros países americanos, el 13 y el 30 de marzo del corriente año.

El aspecto educativo ha sido y es también debidamente contemplado, mediante la realización de conferencias y exhibiciones cinematográficas, a cargo de médicos especializados, en fábricas, talleres, colegios e instituciones del Ejército y de la Armada, además de una profusa distribución de folletos, cartillas y afiches. El futuro dirá, a no dudarlo, que el esfuerzo inteligentemente orientado es susceptible de originar un feliz resultado en esta cruenta lucha contra las enfermedades venéreas.

El derecho y la prostitución: Consideraciones generales

Siendo la prostitución un hecho que se da en la vida social, aparece la existencia de conductas diversas que interfieren entre sí tal como lo hemos expresado anteriormente. Establecido por las modernas corrientes jusfilosóficas, que el ángulo de la interferencia intersubjetiva de conductas es el que constituye el punto de vista del derecho, deben examinarse los criterios con los cuales se aprehende jurídicamente la conducta de las prostitutas y del proxeneta, que son los dos términos que integran el fenómeno de la prostitución.

Como ocurre en cualquier caso de conducta humana vista desde el ángulo citado, el orden jurídico podrá considerar a aquella como lícita o ilícita, según se le juzgue jurídicamente valiosa o desvaliosa.

En el caso del proxeneta el principio general, universalmente admitido, es el de la ilicitud; la tendencia de la legislación interna e internacional se manifiesta en ese sentido, toda vez que la reprime con determinadas penalidades, reconociéndose circunstancias calificativas de agravación en razón de situaciones de hecho o de la edad del sujeto pasivo.

Abolicionismo y prohibicionismo

A la inversa, según lo hemos señalado con anterioridad, la conducta de la prostituta es generalmente estimada como lícita. En el orden de ideas que estamos desarrollando, los sistemas legislativos se clasificarían así en dos grandes grupos: el primero, que representa la tendencia más generalizada, está constituida por los regímenes abolicionista, reglamentarista y neoreglamentarista, cuya característica común es la ya manifestada, de aceptar dicha conducta como lícita, aun cuando en los dos últimos casos se la sujete a determinadas restricciones, que implican, desde luego, el cumplimiento de ciertas obligaciones cuya no observancia sí traería aparejada la aplicación de sanciones; el segundo, de menor difusión en el derecho positivo vigente, de los distintos países, es el sistema prohibicionista y se define, en sus últimos extremos, en la represión penal de la prostitución mediante la creación de un tipo delictivo.

Diversos aspectos del problema

Fuera de la normación positiva, cabe apuntar que la doctrina, según la exposición de destacados penalistas, es reacia a esta concepción. Los fundamentos que se exponen para ello son de variada índole; así, unos de naturaleza teleológica, consistirían en que estando demostrada la ineficacia de los procedimientos ensayados para suprimir la prostitución por medio de un régimen político social nuevo y por la reeducación en establecimientos *ad hoc*, parecería impracticable ese otro criterio de castigarla con una pena; otros, basándose en un concepto negativo de crítica a las ideas lombrosianas, pretenden que aun cuando la prostituta lo fuere por degeneración física, resultaría, desde el punto de vista antropológico, una predispuesta al delito y del punto de vista social un ser improductivo, un parásito, como lo es el hombre de vida corrompida o disipada, pero no un ser criminal; otros, que aparecen vinculados con el problema de la causalidad social, consistirían en la falta de responsabilidad de la prostituta por su conducta, o al menos en la dilución de su responsabilidad por la intervención de diversos factores; otros, finalmente, se apoyan en el hecho de que para que tenga lugar la prostitución, es preciso que haya una demanda, de modo que la prostitución se convierte, así, en un oficio o profesión, y el acto de la prostituta implica un mutuo acuerdo de conformidades y no da usualmente lugar al conflicto entre los intereses individuales, como es siempre el caso de la conducta punible.

No es esta la ocasión para formular una crítica a estas opiniones; en lo fundamental puede considerárselas como acertadas en lo que se refiere a la no incriminación del hecho de la prostitución. Lo cierto es, de todos modos, que las tendencias legislativas y doctrinarias modernas se explicitan en el sentido de no estimar la conducta de la prostituta como jurídicamente desvaliosa.

Examinaremos luego el problema desde el punto de vista del ordenamiento jurídico de nuestro país.

Conviene destacar desde ya que si bien hemos agrupado las restantes posiciones de la norma frente a la conducta de la prostituta, ellas pueden ser discriminadas en

diversos tipos de regímenes, que son el reglamentarista, el abolicionista y el neoreglamentarista, los que tienen de común, según surge de lo más arriba expuesto, que reconocen la licitud de la prostitución y se diferencian, en cambio, en la mayor o menor amplitud de las restricciones que imponen a la actividad de la ramera, fundadas en distintos motivos que, según los enumera la doctrina generalmente aceptada, serían los inherentes a la libertad y dignidad de la mujer, la salud pública y el pudor público o buenas costumbres.

Esencia de los regímenes no prohibicionistas

Los regímenes enunciados no aparecen uniformemente estructurados en la legislación comparada; podría quizás afirmarse que en ninguna ley vigente ha sido recogido íntegramente un régimen determinado. Ello justifica la necesidad de que se muestre previamente cuál es la esencia de cada uno de los sistemas aludidos, para luego ver cómo se encuentran configurados en las leyes de los distintos países, limitándonos, por razones obvias, a aquellos en los cuales su estudio ofrece un interés particular.

La cuestión del reglamentarismo

El régimen reglamentarista consiste en permitir el funcionamiento de las llamadas casas de tolerancia, estableciendo, en consecuencia, las prescripciones estimadas necesarias para la protección de la moral y de la salud pública, tales como la inscripción y revisión médica periódica de las mujeres y la identificación de los empresarios, gerentes o encargados de las casas de prostitución.

Históricamente, el reglamentarismo aparece típicamente configurado en las obras de Ulpiano, tal como citamos anteriormente, y en la realidad significada por la fiscalización ejercida por los censores y los ediles. Debemos señalar, no obstante, que el sentido de este aspecto del derecho romano era el de la protección a la moral pública.

El moderno régimen reglamentarista, conforme a lo que expusimos en el mismo capítulo, data en Francia del decreto imperial de 1805, el que apunta ya hacia ese segundo sentido, representado por la protección de la salubridad pública y difiere asimismo del reglamentarismo que podríamos denominar clásico, el que se traduce en un mayor respeto por la libertad y la dignidad de la mujer prostituida.

Los argumentos favorables

Se han formulado distintas argumentaciones para fundar este sistema y para criticarlo. Los argumentos favorables serían los siguientes:

- a. La tolerancia de las casas públicas evita la propagación de la prostitución, encauzándola para evitar que provoque males mayores a la comunidad desde el punto de vista de la moralidad. La historia, particularmente en Francia, nos ha mostrado que el reglamentarismo surgía como una reacción contra la depravación pública que seguía a cada período prohibicionista.
- b. La reglamentación mantiene la fiscalización sanitaria de las mujeres que ejercen el comercio sexual, con los beneficios consiguientes para la salud pública.
- c. La prostitución constituye un mal necesario; no queda, por lo tanto otro camino a seguir que el del reglamentarismo.

Puntos objetables del sistema

Las críticas al sistema se concretarían, según las diversas opiniones, del siguiente modo:

- a. Desde el punto de vista de la moral, el sistema “conduce indefectiblemente a la trata de blancas, y a pervertir el sentido ético de los jóvenes, haciéndoles pensar que lo que el Estado organiza y reconoce debe ser una necesidad pública”.
- b. Con respecto a la salud pública, se señala la ineficacia de los procedimientos adoptados en las reglamentaciones, pues los exámenes médicos de las prostitutas suelen ser superficiales y crean a los que frecuentan su trato una falsa confianza que los induce a descuidar las prácticas profilácticas que adoptarían si la prostitución no estuviera fiscalizada.
- c. La reglamentación coloca a la prostituta bajo un régimen arbitrario de policía debido a las violaciones que se cometen contra la libertad individual.

Los argumentos que acaban de ser sintéticamente expuestos tienen, tanto los favorables como los opuestos al reglamentarismo, ciertas apariencias de veracidad. En ambos casos, se nota el predominio de la teología, en cuanto se defiende o se ataca el sistema desde el punto de vista de su idoneidad para preservar la moralidad y la salud pública. Las consideraciones que más arriba hemos vertido acerca de la aplicación de la causalidad a este fenómeno social, pueden ser reproducidas aquí.

Admitiendo que el derecho es una específica técnica social, en cuanto tiende a provocar una conducta determinada ligando a la conducta opuesta una sanción, y admitido como está que la prostitución no es en sí misma un hecho jurídicamente desvalioso, solo quedaría, en un orden congruente del pensamiento, reglar determinados aspectos de esa conducta mediante la prescripción de deberes cuya inobservancia trajera aparejadas sanciones. Las críticas al reglamentarismo que alude a su ineficacia desde el punto de vista moral y sanitario, no revisten el carácter de verdades apodícticas; son críticas a la forma en que ha sido aplicado el sistema y se apoyan más que nada en la unilateralidad de sus procedimientos en cuanto recaen

exclusivamente sobre la mujer pública. Con relación a las violaciones que traería aparejado para la libertad individual, más adelante veremos que en todo caso ello no es una característica de este sistema; el abolicionismo también las provoca y, a veces, bajo formas mucho más graves y arbitrarias.

El problema sanitario y el social

Por lo demás, es evidente que no se ha apreciado debidamente la necesidad de distinguir el problema sanitario del problema estrictamente social y ello es, sin duda, lo que constituye la clave de los fracasos que se imputan al reglamentarismo.

El régimen abolicionista (cuyo sentido, como es sabido, no es el de abolir la prostitución, sino los reglamentos que la admiten y la fiscalizan) se caracteriza por la supresión de todas las reglamentaciones acerca de casas de tolerancia y registro profesional de prostitutas, incluso la de todos los locales que pudieran ser asimilados a aquellos. Como se ha señalado ya por ciertos autores, si bien el sistema abolicionista no es incompatible con la represión contravencional de los atentados a las buenas costumbres, y con un contralor sanitario de la prostitución se define, en la realidad, por un criterio eminentemente liberal que lo conduce al descuido de esas cuestiones; se basa fundamentalmente en la represión severa de todas las formas de explotación de la mujer.

La Federación Abolicionista Internacional

La difusión de este régimen en Europa es atribuida a los esfuerzos desplegados por Josefina Butler, que fundó en 1874 la Federación Abolicionista Internacional, cuyos principios han sido enunciados de la siguiente manera:

- I. La Federación reivindica, en el dominio especial de la legislación en materia de costumbres, la autonomía de la persona humana, que tiene su corolario en la responsabilidad individual.
- II. Por una parte, condena toda medida de excepción aplicada bajo pretexto para proteger las costumbres.
- III. Por otra parte, afirma que instituyendo una reglamentación que quiere procurar al hombre seguridad e irresponsabilidad en el vicio, el Estado trastorna la noción misma de responsabilidad, base de toda moral.
- IV. Haciendo gravitar sobre la mujer, exclusivamente, las consecuencias legales de un acto común, el Estado propaga la idea funesta de que habría una moral diferente para cada sexo.
- V. Considerando que el simple hecho de la prostitución personal y privada no pertenece sino a la conciencia y no constituye un delito, la Federación declara que la intervención del Estado en materia de costumbres, debe limitarse a los siguientes puntos:

VI. Puniçión de todo atentado al pudor cometido o tentado contra menores o personas de uno u otro sexo asimiladas a los menores. Cada legislaci3n, en particular, debe determinar, exactamente, el l3mite y las condiciones de esta minor3a especial.

VII. Puniçión de todo atentado al pudor, cometido o tentado por medios violentos o fraudulentos, contra personas de toda edad y de todo sexo.

VIII. Puniçión del ultraje p3blico al pudor.

IX. Puniçión de la provocaci3n p3blica al libertinaje y del proxenetismo, en aquellas de sus manifestaciones delictuosas que puedan ser comprobadas sin caer en arbitrariedad y sin requerir, bajo otra forma, el r3gimen especial de la polic3a de costumbres.

X. Las medidas tomadas a este respecto deben aplicarse tanto a los hombres como a las mujeres.

XI. En todos los casos en que el proxenetismo cae bajo las sanciones de la ley, los que pagan a los proxenetas y aprovechan de su industria deben ser considerados como c3mplices.

XII. La Federaci3n declara que el Estado no debe imponer a una mujer cualquiera la visita obligatoria bajo pretexto de polic3as de costumbres, ni someter la persona de las prostitutas a un r3gimen de excepci3n.

Objeciones contra el abolicionismo

Los principios transcritos constituyen algo as3 como la carta org3nica del abolicionismo y son reafirmados en la doctrina por todos los partidarios del r3gimen.

Brevemente considerados dichos principios, cabe formular a los mismos las siguientes objeciones:

- ĵ La reglamentaci3n de ciertas actividades no es contraria a los derechos individuales; si bien la prostituci3n no es, en s3 misma, una conducta jur3dicamente desvaliosa (aun cuando lo sea desde el punto de vista de la moral), ciertas actitudes de la prostituta pueden serlo. De ah3 que la reglamentaci3n, al imponerle determinadas obligaciones, cuyo incumplimiento pueda dar lugar a la aplicaci3n de sanciones, no significa en modo alguno que el hecho de la prostituci3n constituya una actividad il3cita; en ese sentido, la reglamentaci3n no difiere sustancialmente de las normas que reglan las actividades de los individuos. As3, por ejemplo, el hecho de que se imponga por ley a un comerciante el cumplimiento de ciertas prestaciones, no implica declarar il3cito el comercio.
- ĵ En el caso que se est3 estudiando, no parece discutible la facultad del Estado de reglar la actividad a que nos referimos en especial modo cuando se trata de una fiscalizaci3n desde el punto de vista sanitario. Nadie pone en tela de juicio la procedencia de esa fiscalizaci3n cuando se ejerce, por ejemplo, con relaci3n a las personas que manipulen alimentos u otros productos

destinados al uso público; no se advierte, pues, cuál es la razón en virtud de que la prostitución debe ser considerada como una excepción, como algo intocable.

Lo primordial es la salud pública

Dijimos ya que el peligro venéreo no está circunscripto a las prostitutas; la lucha antivérea comprende distintas fases, una de las cuales está representada por dicho fenómeno; luego, no procede mantener la afirmación contenida en el principio III, puesto que el objetivo de la reglamentación no es el que allí se enuncia, sino el de la protección de la salud pública.

No es cierto que la reglamentación haga gravitar sobre la mujer, exclusivamente, las consecuencias legales de un acto común. Esa aseveración que podría, sí, encontrar cabida en el régimen prohibicionista, no halla asidero alguno cuando se refiere al reglamentarismo, pues, como lo hemos repetido ya varias veces, tal régimen no considera la conducta de las prostitutas como opuesta a los valores jurídicos; las medidas de vigilancia sanitaria no constituyen, pues, las consecuencias legales de un acto común, sino que restringen determinados aspectos de la actividad que han escogido libremente, sin que ninguna norma legal las determinara a ello.

Para no extendernos demasiado, no agotaremos aquí el análisis de cada uno de los “principios”; lo expuesto es suficiente, a nuestro juicio, para demostrar que si bien el abolicionismo se manifiesta como una legítima inquietud ante la situación de las desafortunadas mujeres mercenarias, no encara el problema con un criterio científico adecuado y racional; sin perjuicio del respeto que merecen los objetivos que enuncia, debe reconocerse que sus resultados no son alentadores, aun en los casos en que sus principios han sido fielmente aplicados (en Bruselas un ensayo realizado en 1924 ha motivado las siguientes palabras de un miembro del Concejo Comunal: “el solo hecho de haber suspendido nuestra vieja reglamentación, ha tenido como consecuencia desastrosa la invasión de nuestras arterias más frecuentadas por un ejército de prostitutas profesionales”).

La defensa de las buenas costumbres

El sistema no reglamentarista, entre cuyos propugnadores se encuentran Neisser y Blaschka, admite la necesidad de la regulación jurídica de la prostitución, desde el punto de vista de la salud pública y las buenas costumbres. En su esencia, se caracteriza por la represión contravencional de los actos lesivos para el pudor público y las buenas costumbres, realizados por las prostitutas, y por la fiscalización sanitaria de todas las personas que por su modo de vida puedan constituir un peligro social, en caso de padecer una enfermedad infectocontagiosa.

Se pretende, mediante este régimen, lograr un perfecto equilibrio social, rechazando, de los sistemas reglamentaristas y abolicionistas, aquellos aspectos que suscitaban las más enconadas críticas de los opositores a uno y otro.

Su mérito principal radica en una concreta ubicación del problema venéreo dentro del sanitario; en cuanto al restante, o sea el típicamente social, adopta una posición de aparente prescindencia que, en el fondo, coincide con la del abolicionismo.

Los regímenes de la prostitución a través del derecho positivo de algunos países

No aportaría ninguna utilidad para los efectos del presente estudio, hacer una enumeración de las leyes que aparecen más o menos estructuradas conforme a los principios orientadores de cada uno de los sistemas.

En cambio, nos parece más útil referirnos a algunos tipos legislativos que ejemplificarán los desarrollos precedentes.

Tipos de legislaciones prohibicionistas

La ley que rige en Yugoslavia

Mencionaremos, en primer lugar, por representar un claro exponente del sistema, la ley yugoslava del 28 de marzo de 1934.

En el parágrafo 8 prohíbe “toda prostitución y todas las casas públicas”, bajo las penas previstas en el capítulo XXIV del Código Penal, consistentes en trabajos forzados hasta 8 o 10 años. Cabe anotar que el excesivo rigorismo de esta norma es, en cierto modo, atemperado por el juego de las restantes disposiciones de la ley, las que al mismo tiempo la complementan. Así, el parágrafo 12 prescribe: que el Ministerio de Previsión Social y de Salud Pública estudiará las causas sociales que crean y mantienen la prostitución, en vista de las medidas necesarias que serán determinadas en un decreto especial; la creación de hogares para albergar provisoriamente a las señoras y señoritas que acuden a las ciudades en busca de trabajo; la creación y el sostenimiento de instituciones especiales para la colocación de la juventud femenina moralmente amenazada y caída y de las mujeres condenadas por prostitución, en vista a su reeducación y su readaptación para el trabajo.

El Código Sanitario de Guatemala

El Código Sanitario de Guatemala, en su capítulo VI, “De la lucha antivenérea”, artículo 219, se limita a declarar prohibido el ejercicio de la prostitución y a derogar

expresamente todas las disposiciones reglamentarias vigentes. La sanción, por aplicación de lo dispuesto en el artículo 462, consiste en multa de 2 a 360 colones o arresto de 1 a 180 días o ambas penas.

Tipos de legislaciones reglamentaristas

El reglamentarismo, llevado a sus límites extremos, aparece categóricamente en el derecho positivo de Nicaragua y Bolivia.

Nicaragua y Bolivia

El decreto del 10 de octubre de 1927, por el que el presidente del primero de los países citados aprueba el reglamento sobre “prostitución y profilaxis venérea”, define (artículo 1) la prostitución como “el comercio que una mujer hace con su cuerpo entregándose al que la solicita, mediante remuneración”. En el artículo 2 se establece la obligación de inscribirse ante las autoridades policiales; el artículo 3 tolera el establecimiento de burdeles o mancebías “con las condiciones y restricciones” que prevé a continuación. El capítulo II contiene minuciosas normas sobre “inscripción de mujeres públicas”, prescribiendo incluso la inscripción de oficio de las meretrices clandestinas, luego de las comprobaciones que deberá realizar el “médico de profilaxis venérea”. El artículo 9 del mismo título establece que el funcionario tendrá la obligación de expresar a la prostituta, antes de su inscripción, “las obligaciones que contrae, procurando siempre disuadirla para que no lo efectúe, especialmente cuando las mujeres han tomado esa resolución desconociendo el hecho trascendental que pretenden verificar”. El artículo 10 clasifica las mujeres públicas en “las que ejercen la prostitución por cuenta propia y que se llaman aisladas y las que la ejercen en los burdeles o mancebías”.

Otras disposiciones prescriben el reconocimiento venéreo gratuito de las meretrices, la internación forzosa de las enfermas o sospechosas en el Hospital de Venéreas, del que no podrán salir hasta estar totalmente curadas, medidas especiales de policía, entre las que se incluyen las relativas a las buenas costumbres y a la prevención del contagio venéreo, las formalidades a cumplir para las que soliciten su eliminación de los registros, además de las disposiciones especiales para las mancebías, expresión con que se distingue “a aquellas casas que, sin servir de habitación a las mujeres públicas, son frecuentadas por ellas para entregarse al ejercicio de la prostitución”, etc.

En Bolivia se dictó, el 28 de diciembre de 1927, un reglamento que, en general, presenta analogías con el que acaba de examinarse.

Tipos de legislaciones abolicionistas

A pesar del arraigo conquistado en la doctrina por los principios abolicionistas, no es fácil encontrar, en la actualidad, normas positivas que típicamente encuadren en los mismos. Aun en aquellos casos en que la ley se declara enfáticamente abolicionista, se encuentran algunos vestigios del neoreglamentarismo.

El abolicionismo español

Citaremos, no obstante, en este tipo de legislación, el decreto dictado en España el 28 de junio de 1935, cuyo artículo 1 dice que “la reglamentación de la prostitución, cuyo ejercicio no es en adelante reconocido en España como medio lícito de ganarse la vida, es abolida”.

Debe destacarse que a pesar de que aparentemente surgiría de lo transcripto que la prostitución es considerada conducta ilícita, no existe prohibición expresa al respecto. Se roza, aún cuando encubiertamente, los principios que informan el sistema neoreglamentarista, en el artículo 11, que versa sobre las posibles fuentes de contagio venéreo, entre las que se incluyen las personas que puedan presumirse de tales, en razón de su conducta.

La Ley 12331 de Argentina, antes de la reforma introducida por el Decreto 10638/44, ratificado por la Ley 12912, constituía un tipo neto del sistema abolicionista. Más adelante habremos de referirnos extensamente a este y los demás antecedentes nacionales.

Tipos de legislaciones neoreglamentaristas

La legislación vigente en Chile

Debe ser citado aquí, en forma especial, el Código Sanitario chileno, dictado el 15 de mayo de 1931, cuyo artículo 73, que transcribimos a continuación, no requiere por su claridad mayores comentarios:

Art. 73. Un reglamento fijará las condiciones en que se podrá examinar, obligar a tratarse o internar para su curación, a las personas que se dedican al comercio sexual o a aquellas afectadas de males venéreos que constituyan una amenaza para la salud pública.

Para las personas que se dedican al comercio sexual, se llevará una estadística sanitaria, no permitiéndose su agrupación en prostíbulos cerrados o casas de tolerancia.

La vigilancia del cumplimiento del inciso precedente corresponde a las Prefecturas de Carabineros, las cuales podrán ordenar la clausura de los locales en que funcionen dichos prostíbulos.

Abandono del abolicionismo en ciertas legislaciones

Tuvimos ya ocasión de mencionar, más arriba, el ensayo abolicionista realizado en Bruselas, cuyas deplorables consecuencias dieron lugar a que se volviera al reglamentarismo anterior. Algo análogo ha sucedido también, en un país sudamericano.

La evolución del Uruguay

Es notable la evolución experimentada, en ese sentido, por la legislación uruguaya. El decreto del 17 de abril de 1932, había establecido la completa desvinculación de la policía, del problema de la prostitución.

Ante los resultados contraproducentes obtenidos en la práctica, por el recrudecimiento de los contagios sifilíticos, se estimó necesario reglamentar nuevamente la prostitución en un régimen mixto, que establece la intervención policial a requerimiento de la autoridad sanitaria, la que reglamenta los radios de los prostíbulos, sus condiciones higiénico-sanitarias y la fiscalización en el orden médico-social.

La inscripción de las prostitutas se lleva a cabo previa advertencia a la Liga contra la Trata de Blancas, institución privada que presta su ayuda al Estado para la represión del proxenetismo. Se señala que apenas restablecidas las medidas de fiscalización sanitaria, en septiembre de 1933, se notó una disminución en el promedio de contaminados, volviéndose a las cifras anteriores a la implantación del sistema abolicionista.

El derecho positivo argentino frente al problema

Etapas de su evolución

Los antecedentes que tengan un valor cierto para orientarnos en el estudio de la evolución del derecho nacional en lo referente a la prostitución, reconocen su origen más remoto, en las primeras medidas dictadas después de lograda la organización nacional ya que con anterioridad a ese hecho de nuestra historia, solo se recuerdan las deportaciones de las meretrices que ambulaban por la ciudad de Buenos Aires, dispuestas durante los gobiernos de Rosas y Alsina.

El proceso evolutivo, comprende fundamentalmente dos etapas: la primera nacida, como decimos, con la organización nacional, se caracteriza por una legislación del tipo reglamentarista y localista; la segunda, que parte de la promulgación de la Ley 12331, se orienta hacia el abolicionismo, extendiéndose el ámbito de validez especial de la ley a todo el territorio del país.

Época reglamentarista

En Buenos Aires, el primer atisbo de reglamentarismo asoma con la ordenanza del año 1875, por la que se clasifican los prostíbulos, se determinan las calles en que podrían funcionar, se reconocía que una persona podía actuar en calidad de regente y se establecía el examen médico de las mujeres, medida esta que solo mucho más tarde fue llevada metódicamente a la práctica.

Primera era de la profilaxis argentina

Los dispensarios antivenéreos de la Capital fueron creados por ordenanza municipal del 14 de septiembre de 1888, pero la llamada era de la profilaxis venérea comienza en el año 1889, en que se inicia realmente la inspección médica de los prostíbulos.

En el año 1897, se produce una importante reforma al régimen hasta entonces vigente, pues se establece la casa de tolerancia con dos mujeres, se extienden los prostíbulos por diversas zonas de la ciudad y el sifilicomio, hospital cárcel donde eran recluidas las prostitutas enfermas, se convierte en el Hospital Fernández, con la consecuencia, desde el punto de vista humanitario, que las mujeres internadas en lo sucesivo no recibieran por ello la calificación que la sociedad considera como un vergonzoso estigma.

Una nueva ordenanza del 30 de julio de 1907 complementa las reglamentaciones entonces existentes y restablece el prostíbulo de varias mujeres. En el mismo año fue presentado a la Honorable Cámara de Diputados un proyecto de ley sobre corrupción de mujeres, que reproducido en 1913, es sancionado bajo la Ley 9143, derogada y reemplazada luego por el Código Penal de 1921.

Distintas ordenanzas del Honorable Concejo Deliberante de la Capital

En sesión secreta que tuvo lugar en el año 1917, el Concejo Deliberante dictó una ordenanza que tuvo vigencia efímera, pues fue reemplazada por otras dictadas en el año 1919. En dicho año, a raíz de los proyectos presentados por el Departamento Ejecutivo y por los concejales Ángel M. Giménez y Antonio Zaccagnini, la comisión de Previsión y Asistencia Social del Concejo, produjo un despacho suscripto por la mayoría y otro por la minoría; por el primero se volvía al prostíbulo de dos mujeres y se proveía a la fiscalización sanitaria de las mismas; por el segundo, se proponía la abolición de todos los reglamentos y ordenanzas vigentes. Ambos dictámenes dieron origen a un extenso debate en el que estuvieron representadas las tendencias abolicionistas y reglamentaristas, arribándose finalmente a una fórmula que fue estimada como transaccional, que consistía en el establecimiento de prostíbulos monóginos.

El texto aprobado, en consecuencia, que rigió como ordenanza del 16 de junio de 1919, prescribía la vigilancia médica de todas aquellas mujeres que ejerzan la prostitución, la inscripción en el registro, la prohibición del funcionamiento de más de

un prostíbulo por cuadra, no debiendo ejercer su oficio en el mismo más de una mujer ni ocupar en el servicio doméstico mujeres de menos de 45 años. Para la eliminación del registro era suficiente la simple solicitud de la interesada. Finalmente, se reprimía toda incitación al libertinaje, entendiéndose por tal lo que se traduzca por palabras, gestos o acciones notoriamente a ellos dirigidas.

Ayuda a la mujer regenerada

Otra ordenanza del 28 de noviembre del mismo año disponía las medidas de protección a las mujeres que dejan de ejercer la prostitución, mediante la habilitación del número suficiente de camas en los establecimientos dependientes de la Asistencia Pública y si estas no fueran suficientes, la creación de refugios hogares en los edificios de propiedad de la comuna; que se recabaría la cooperación de los ministros extranjeros acreditados ante nuestro Gobierno para que se ampare y facilite el regreso a sus respectivos países de las mujeres que así lo deseen; la búsqueda, por las autoridades pertinentes, de colocación honesta, de preferencia en trabajos de campaña, en familias que ofrezcan garantías de moralidad y se comprometan a tomarlas a su cuidado. Se creaba, asimismo, una comisión encargada de asesorar y cooperar con la gestión del Departamento Ejecutivo, para el mejor cumplimiento de las disposiciones de la ordenanza.

Al ponerse en vigencia las normas a que acabamos de aludir, existían en Buenos Aires 292 prostíbulos monóginos, número que fue creciendo año tras año, hasta el extremo que en 1925 existían 957 casas de tolerancia.

Trabas legales para los excesos

El 16 de agosto de dicho año fue presentado al Concejo Deliberante un proyecto que tendía a poner coto a esos excesos, impidiendo la habilitación de nuevos prostíbulos, obteniéndose su sanción. A raíz de ello el número de prostíbulos comenzó a decrecer, reduciéndose en los años 1932 y 1933, a 250.

En el año 1934 termina en Buenos Aires la etapa reglamentarista, pues se sancionan las Ordenanzas 5953 y 6412, en cuya virtud fueron clausuradas todas las casas de tolerancia entonces existentes.

Como ejemplo del panorama que presentaba, en el curso de este período, la legislación municipal, podría también citarse la ordenanza dictada para la ciudad de Rosario en el año 1900, que reglamentó la prostitución habilitándose casas de hasta 25 mujeres, la que fue dejada sin efecto por la del 1 de enero de 1933, de tipo abolicionista.

La realidad fue que los prostíbulos, proscriptos de la ciudad, se instalaron entonces en las zonas circunvecinas, hasta que se dictó la Ley provincial 2439, del 3 de enero de 1935, sobre comisiones de fomento, que prescribió el régimen abolicionista para toda la provincia.

Etapa abolicionista

La Ley Serrey 12331

La finalización del período reglamentarista para todo el país, está dado, según ya lo apuntamos, por la sanción de la Ley 12331, cuyos antecedentes más inmediatos están representados por los proyectos del año 1935, suscriptos por Ángel M. Giménez y otros y Tiburcio Padilla; el despacho de la comisión de Higiene y Asistencia Social, producido el 18 de julio del mismo año, fue aprobado sin mayores variantes por la Honorable Cámara de Diputados, el 26 de septiembre.

En virtud de las modificaciones introducidas en su artículo 11 por la Honorable Cámara de Senadores, el proyecto volvió a la Cámara de origen, la que en diciembre de 1936 lo aprobó con nuevas modificaciones, siendo finalmente sancionado por el Senado el 17 de diciembre de dicho año.

Los artículos 15 y 17, que reemplazan al anterior artículo 11 del primitivo proyecto, son los que daban la tónica abolicionista de la ley. En efecto, el artículo 15 declaró prohibido en toda la República el establecimiento de casas o locales donde se ejerza la prostitución o se incite a ella y el artículo 17 reprimía a los que “sostengan, administren o regenteen, ostensible o encubiertamente, casas de tolerancia”.

La aplicación de la Ley 12331 demostró que, en la práctica, en la realidad vivida, única realidad del derecho, no resultó un sistema adecuado ni uniforme para todo el país, como parece haberlo pretendido el legislador.

Fallos y doctrinas judiciales

Los tribunales, en algunas jurisdicciones, han llegado, por interpretación del artículo 17, a un rigorismo que se podía estimar como equivalente al prohibicionismo. Así, en un fallo plenario de las Cámaras en lo Criminal y Correccional de la Capital Federal, habían establecido que el delito allí reprimido, no era cometido solamente por el explotador de mujeres, sino también por la mujer que ejerce la prostitución en un local; solo quedaría encuadrada en la esfera de licitud la conducta de la prostituta callejera. En otros casos, tales como los de los tribunales de Rosario de Santa Fe, se resolvió que la mujer que ejerce la prostitución en su casa, sola e independientemente, no incurre en el delito previsto por el artículo 17.

Se atribuyen, al fallo plenario precitado, consecuencias realmente deplorables, que revelan cuán difícil es que en la realidad se concreten integralmente los caracteres que constituyen la esencia del abolicionismo. En la Capital Federal se han reiterado los procesos a las prostitutas por el delito referido; la policía las persiguió activamente, en todos los lugares en que se ejerciere el tráfico sexual o simplemente se practicara lo que en Francia se denomina *racolage*, fuera un cabaret, un *dancing*, una confitería, o simplemente la calle.

Se había llegado, pues, en la Capital Federal, a una situación tal en que la prostitución era considerada como una conducta jurídicamente desvaliosa, en contra del

sentido de la norma vigente y aun de la concepción que en el terreno de la axiología pura debe considerarse dominante.

Mientras en otras localidades del interior se tangenciaba el extremo opuesto, tolerándose encubierta o abiertamente la existencia de verdaderos prostíbulos, ya bajo la forma de tales, ya desfigurados bajo la apariencia de boites, cabarets, etc.

Reparos de fondo y de forma

Aparte de lo que puede sugerir el aspecto que hemos glosado, el régimen de la Ley 12331 ha sido objeto de diversas críticas. Se le ha imputado, en cuanto a su repercusión social, haber creado un sistema de persecución de la mujer prostituida, dejándola sin medios de vida, pues no se ha proveído lo necesario para su reeducación y readaptación. Desde el punto de vista sanitario, se le atribuye el grave error de no haber tenido en cuenta que la prostitución es una de las tantas fuentes de contagio y requiere, por ende, una adecuada fiscalización.

En lo que se refiere a su estructuración, se le han formulado también serios reparos de fondo y de forma. Distinguidos tratadistas han realizado un examen exhaustivo de sus disposiciones que comprenden distintas esferas del derecho, señalando así, la falta de concordancia del contenido de su artículo 13 con el Código Civil, la imprecisión de la figura delictiva creada por el artículo 17, el error que implica sancionar el charlatanismo, el ejercicio ilegal de la medicina y los matrimonios ilegales (artículos 12 y 16) con penas más leves que las establecidas en el Código Penal y la técnica defectuosa seguida en la configuración del delito de contagio venéreo; al par que se destaca la imprecisión o la excesiva latitud de otras disposiciones atinentes a lo administrativo.

Todos ellos son, por otra parte, aspectos que no conciernen directa y fundamentalmente al objeto del presente estudio, razón por la cual nos remitimos a las publicaciones que mencionamos por separado.

El comienzo de un nuevo periodo

Digamos que el Decreto-ley 10633/44, actualmente ratificado por la Ley 12912, vino a introducir una reforma de trascendentales proyecciones.

El artículo 15, efectivamente, ha quedado modificado en forma tal, que aun manteniendo el principio general prohibitivo del establecimiento de casas de tolerancia, permite, como excepción, el de “aquellas cuyo funcionamiento fuera autorizado por la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social (hoy Secretaría de Salud Pública de la Nación), con aprobación del Ministerio del Interior”. Añade que “estas autorizaciones solo deberán otorgarse atendiendo a necesidades y situaciones locales, limitando su vigencia, al tiempo en que las mismas subsistan, con carácter precario, debiendo los establecimientos autorizados sujetarse a las normas sanitarias que se impongan por la reglamentación”.

Aclaraciones de las normas represivas

Se ha introducido al artículo 17, un agregado según el cual queda aclarado el sentido de la norma represiva, pues “el simple ejercicio de la prostitución por la mujer en su casa, en forma individual e independiente, sin afectar el pudor público, no constituye el delito penado por este artículo” y tampoco lo constituye “el ejercicio de la prostitución, por la mujer, el desarrollo de las tareas necesarias de gestión o de administración, realizadas por mujeres cuando se trate de actividades respectivamente cumplidas dentro y para los establecimientos autorizados en los términos del artículo 15”.

Si cabe destacar, con relación al artículo 17, la forma en que viene a poner punto final a las controversias doctrinarias y jurisprudenciales y en que interpreta la valoración correcta de la conducta de la prostituta, tema este último sobre el que nos hemos ocupado *ut supra*, conviene señalar que las modificaciones introducidas al artículo 15, revisten cierta imprecisión, en cuanto no se determinan las “necesidades y condiciones” que habrán de regular el otorgamiento de los permisos excepcionales, ni se prescriben las directivas a las cuales deberá ajustarse la reglamentación o la decisión administrativa.

Tendencias al reglamentarismo

Pero hay aún una circunstancia mucho más importante que debemos señalar. Es evidente que la Ley 12331, tal cual rige desde la reforma que nos ocupa, ha abandonado el régimen abolicionista puro y representa uno mixto, que denota una clara tendencia hacia el reglamentarismo.

Las razones de lo que terminamos de afirmar son obvias: si se reconocen y autorizan casas de tolerancia, previéndose inclusive su reglamentación, aun cuando ello sea revestido de un carácter excepcional, conceptualmente la ley encuadra en un reglamentarismo, atenuado, pero reglamentarismo al fin.

Nos encontramos, pues, en presencia de una tercera etapa en la evolución del derecho argentino en la materia, etapa caracterizada por un retorno, en cierta medida, al viejo sistema reglamentarista.

Sería casi innecesario decir ahora que ello no puede ni debe ser considerado como un síntoma de regresión. Los análisis a que hemos sometido los distintos aspectos que presenta el problema de la prostitución permiten afirmar aquí que ni social ni sanitariamente podrán resultar perjuicios para el país. A la inversa, son muchos los beneficios que cabe esperar de la nueva orientación legislativa, sobre todo si se tiene en cuenta: a) en lo social, las mejoras acordadas a las clases trabajadoras, complementadas por una amplia política justicialista que tiende a desterrar el pauperismo de nuestro medio y las medidas que permiten el más fácil acceso de todas las clases a las instituciones en que se imparte cultura al pueblo, eliminarán o atenuarán eficientemente el influjo de los principales factores que concurrían a agravar el problema; b) en lo jurídico, habrán de completarse las prescripciones penales represivas del

proxenetismo y de todas las formas de aprovechamiento de la prostitución ajena, así como de los contagios sexuales, y c) en lo sanitario, la eficaz campaña que llevan a cabo la Secretaría de Salud Pública de la Nación, y las autoridades sanitarias de todo el país, de cuyas perspectivas dimos cuenta más arriba.

La brucelosis como problema del continente americano¹

En nombre del excelentísimo señor presidente de la nación, general Juan Perón, os saludo y agradezco vuestra presencia en esta magnífica tierra mendocina, y dejó constancia al mismo tiempo, de que la concurrencia de tantos colegas y técnicos americanos a esta reunión continental, tiene el auténtico significado de lo que es y debe ser la colaboración entre nuestros países para la solución de problemas médicos, epidemiológicos y médico-sociales que nos son comunes. En este sentido, nuestra Oficina Sanitaria Panamericana ha cumplido una tarea práctica y singularmente eficaz, a la que no es ajeno mi asesor en materia de sanidad internacional, profesor Alberto Zwanck, y el secretario general de sanidad, profesor Carlos A. Crivellari, a quienes reitero mi gratitud personal por su colaboración y entusiasmo.

Cuando asumí el cargo de secretario de Salud Pública de la Nación, uno de los primeros problemas que traté de resolver fue el de la brucelosis, pero a poco de estudiar el asunto advertí que no existían soluciones prácticas, simples y eficaces y que ni los gobiernos, ni los particulares, tenían un plan de lucha preparado con un criterio orgánico y con objetivos definidos.

Se proponían procedimientos de profilaxis, técnicas, variantes y criterios tan numerosos y aleatorios que su misma diversidad y número estaba proclamando que ninguno de ellos era bueno, ni siquiera medianamente eficaz.

La brucelosis, enfermedad del porvenir

Decidimos, en consecuencia, convocar a una reunión nacional de técnicos, ya que la extensión del mal nos confirmaba día a día que la afirmación de Charles Nicolle de que la brucelosis era una enfermedad del porvenir, no resultaba nada exagerada, sino que, al contrario, se estaba cumpliendo en la Argentina como una profecía.

En las reuniones realizadas en Buenos Aires entre el 21 y el 26 de julio de 1947, se agotó el estudio de lo que hasta ese momento sabíamos en la Argentina sobre brucelosis y se plantearon con gran claridad los problemas. El estudio metódico de la brucelosis, con la colaboración de los hombres de más experiencia de nuestro país, nos permitió trazar un programa nacional de defensa. Todos los trabajos y las conclusiones de los temarios se han publicado por la Secretaría de Salud Pública en un volumen que se encuentra a disposición de ustedes.

¹Discurso inaugural del Congreso Panamericano de la Brucelosis, reunido en Mendoza, el día 17 de noviembre de 1948.

La brucelosis, problema de América

Pero desgraciadamente, las soluciones de dicho programa no son del todo eficaces ni del todo simples. Sigue, pues, en pie la cuestión, por lo cual no hemos titubeado en propiciar una reunión panamericana de brucelosis, ya que la XII Conferencia Sanitaria Interamericana proclamó que la brucelosis es un problema de América, pues afecta a todos nuestros países por igual y con igual intensidad.

Del mismo modo que el año pasado solicitamos la concurrencia y la concentración del esfuerzo de todos los argentinos en condiciones de aportar alguna idea o solución a la brucelosis, este año no tuvimos ningún inconveniente en recabar el mismo apoyo y colaboración de todos los hombres de América que por sus trabajos se encuentren en condiciones de brindarnos algo de su experiencia y saber en beneficio de América y para la erradicación del mal, pues es evidente, que sin la unión de todos muy poco podemos hacer en defensa de nuestra población humana y de nuestros ganados.

Comisión Permanente de la Brucelosis

La circunstancia feliz de que se hubiere constituido una Comisión Permanente de Lucha contra la Brucelosis ha facilitado la organización de este Congreso Panamericano. La comisión estaba formada por Miss Evans, por el doctor Ruiz Castañeda y por el argentino, ya fallecido, doctor Salvador Mazza. En la Primera Conferencia Nacional de la Brucelosis, rendí mi homenaje al profesor Mazza, por su abnegación y patriotismo y por sus importantes contribuciones a la sanidad argentina y a la lucha contra la brucelosis en particular. En esta reunión quiero testimoniarles nuestro agradecimiento a la eminente investigadora Miss Evans y al doctor Ruiz Castañeda, que nos honran con su presencia y su colaboración.

Erradicación de la brucelosis

Desde que Bruce, en 1887, individualizó el germen específico y separó el cuadro clínico de otras fiebres con las cuales se confundía, como ser el paludismo, la tifoidea, el reumatismo, etc., desde ese entonces no se ha dado un paso definitivo en el sentido de conseguir la prevención y erradicación de la brucelosis, y ello ocurrirá solo cuando los médicos dejemos de preocuparnos tanto por las descripciones clínicas y abordemos los orígenes y las causas reales del mal. Mientras se trate la brucelosis como una enfermedad del hombre no resolveremos nada; debemos pensar que la brucelosis es una enfermedad principalmente de los animales y solo circunstancialmente del hombre. Por eso nuestros esfuerzos deben orientarse a curar el ganado para evitar la enfermedad en el hombre y al mismo tiempo las pérdidas de orden económico que implica desde el punto de vista pecuario.

El problema terapéutico

Quisiera referirme a los principales interrogantes y problemas que aún esperan solución dentro del vasto tema de la brucelosis, no obstante que al inaugurar el primer Congreso Nacional he fijado mis puntos de vista sobre la materia.

El problema terapéutico estriba en que no disponemos de un medicamento capaz de curar o mejorar rápidamente un brucelósico, y carecemos también de una vacuna específica capaz de evitar que el hombre contraiga la enfermedad. Es indudable que los antibióticos abren actualmente una nueva perspectiva y acaso pronto se esté en condiciones de concretar esa medicación. El problema ganadero se traduce en la extensión de la enfermedad —que como en el hombre, produce muchos casos pero pocas muertes— disminuyendo los procreos por expulsión prematura de las crías, produciendo la esterilidad o la reducción de la capacidad reproductora, mermando la producción lechera y el valor comercial de la hacienda, atentando contra el prestigio de las explotaciones ganaderas y encareciendo la alimentación de la hacienda, con el mayor consumo de forrajes en los animales improductivos y enfermos de ese mal. Las pérdidas determinadas por la brucelosis en la ganadería argentina se pueden calcular en la suma de 200 millones de pesos anuales y no sería aventurado apreciar en una cantidad igual las pérdidas de trabajo humano por el alto porcentaje de obreros afectados y que deben faltar a su trabajo por la enfermedad.

Unión de esfuerzos

Desde hace más de un año el Ministerio de Agricultura y la Secretaría de Salud Pública de la Nación han unido sus esfuerzos en una tarea coordinada, por primera vez en el país, y de la cual esperamos grandes resultados. Aun para quien tenga solo someras nociones de lo que es la brucelosis, resultará inexplicable que antes no se hubiere buscado en los hechos esta colaboración básica, pues lo primordial es combatir el flagelo en su fuente, la hacienda.

Nuestro problema sanitario consiste en evitar la difusión de la brucelosis, que, como es sabido, fácil y rápidamente pasa de los animales al hombre, y por eso no la evitaremos sino por los siguientes medios que desgraciadamente son, por ahora meramente teóricos: a) vacunando al hombre que trabaja en contacto con animales, peones de campo, matarifes, peones de frigoríficos, veterinarios e investigadores de laboratorios. No existe tal vacuna todavía; b) curando y vacunando a los animales enfermos y erradicando la enfermedad como zoonosis. No existe método terapéutico específico ni vacuna alguna que evite la enfermedad en los animales, pues las existentes actualmente son de eficacia muy discutible; c) controlando sanitariamente los medios posibles de transmisión —los medios indirectos— como son la leche y sus derivados, el agua y las verduras crudas. Desgraciadamente, el contralor sanitario de estos elementos de transmisiones todavía, por lo menos en lo que respecta a nuestro país, muy insuficiente, sobre todo fuera de la Capital Federal.

La cronicidad en la brucelosis

Un aspecto clínico de la brucelosis que interesa especialmente al hombre de estado, es su tendencia cada vez mayor hacia la cronicidad, sobre todo de las formas reumatismales, lo que determina un nuevo factor a agregar a los ya numerosos factores invalidizantes, que día a día sustraen miles de brazos al trabajo.

Es claro que, si quisiéramos actuar drásticamente sobre el problema, habría que identificar los animales enfermos y sacrificarlos sin contemplaciones de ninguna clase; pero esta medida nos obligaría a exterminar aproximadamente el 12% del ganado bovino, el 15% del porcino y el 20% del caprino. Esa sería una medida por ahora antieconómica, que les quitaría a nuestros modestos pobladores del interior —pastores que explotan pequeñas majadas— toda o casi toda su fuente de riqueza y de posibilidades de vida. Pero si el mal sigue avanzando y la medicina no nos brinda la solución que todos esperamos de un momento a otro, habrá que echar mano de la medida heroica de matar a todo animal enfermo, en defensa de la salud del hombre y de la propia riqueza pecuaria del país. Sería mucho más económico por eso invertir ahora unos 20 o 30 millones de pesos al año para intensificar las investigaciones y la profilaxis y no tener que destruir dentro de unos años, gran parte de esa riqueza.

Conciencia del peligro

El clamor que en el país se está levantando con motivo de la brucelosis es un índice de que el pueblo adquiere conciencia de la magnitud del problema. He aquí —como índice— las palabras de un mensaje que hemos recibido de los habitantes del norte de Córdoba y sur de Santiago del Estero, firmado por más de 3.000 personas. Dicen así a título de denuncia:

Desde hace muchos años venimos soportando los efectos de una terrible enfermedad que no solo nos ha arrebatado muchos seres queridos, sino que también deja a los sobrevivientes, por un largo período de tiempo, en un estado tal de postración que no les permite realizar ni los quehaceres más livianos; este cansancio físico y espiritual los convierte en una pesada carga para la sociedad. No solo los seres humanos pagan tributo a este mal, sino también el ganado vacuno, porcino y caprino, llegando al extremo de que majadas de cabras, que constituyen nuestra principal fuente de recursos, han sido exterminadas totalmente en pocos años por la frecuencia de los abortos y mortandad de animales adultos.

Hasta aquí las palabras de los pobladores santiagueños y cordobeses, que no pueden ser más elocuentes y que expresan asimismo el drama de La Rioja y de Catamarca, provincias donde la infección de las cabras llega al 40% y aun a un 100% en lugares como El Sunchal.

Problema continental

Bien sabemos que no se trata, sin embargo, de un problema solamente argentino, sino que afecta a todo el continente, desde el estrecho de Behring hasta el estrecho de Magallanes, y es así, pues, necesario encararlo colectivamente, entre todos, antes de que el mal adopte formas monstruosas. Según el *Yearbook of Agriculture*, EEUU pierde más de 100 dólares por animal y por año por brucelosis, pero invierte al año 30 millones de dólares para la lucha contra esta zoonosis.

Los organizadores argentinos hemos querido que una reunión panamericana de tanta trascendencia se realice en esta hospitalaria y bella ciudad de Mendoza; con el mismo espíritu hemos celebrado otra reunión en Salta con motivo de la firma de un convenio panamericano. Hemos querido que esta vez también sea una ciudad del interior del país, culta y progresista como es Mendoza, la que acoja un Congreso internacional de tanta importancia como este, ya que se trata de abordar el estudio de un problema que la afecta en forma mucho más directa que a Buenos Aires.

Mendoza vuelve así a ser, como en los tiempos gloriosos de San Martín, el punto de partida de una gran campaña continental, solo que ahora no por la libertad sino por la salud.

Vosotros, señores, sois en esta cruzada, los nuevos paladines de América; Dios quiera que triunféis tan ampliamente como cabe esperar de vuestros méritos y de vuestra abnegada adscripción a tan alta causa.

Esencia del problema de la salud pública ante la reforma constitucional¹



Ramón Carrillo en el Teatro Colón, con el ministro de agricultura Carlos Emery, el subsecretario de Información Raúl Apold y el presidente de la Cámara de Diputados, Héctor Cámpora, en el 133 aniversario de la declaración de la independencia. 9 de julio de 1949.

Fuente: Archivo General de la Nación.

El hombre ha menester para el pleno desenvolvimiento físico y espiritual de su personalidad, del mantenimiento de su salud. Por lógica implicancia, las agrupaciones humanas requieren, para su perfección, la salud de los miembros que la componen.

He aquí un concepto que ha dejado de ser un postulado de la técnica médica y una aspiración de los filántropos y sociólogos, para constituir una de las finalidades que el derecho político incluye entre las inherentes al Estado y por ello un sector de su propia justificación jurídica.

¹Artículo publicado en la revista *Horizontes Económicos*, el día 6 de enero de 1949.

La protección de la salud pública es, pues, un elemento para el logro de la felicidad social. Pero tal protección aparece ineludiblemente la necesidad de un obrar y de un omitir por parte del hombre, lo que supone una regulación jurídica. Esta regulación jurídica es la técnica social que tiene en vista y permite aquella protección.

En pocas palabras: la finalidad sanitaria del Estado se cumple, tal como ocurre con las otras, obedeciendo a una estructuración normativa.

Fundamento indispensable de la validez de una norma, aun de la de carácter general, es una ley superior, representada en los estados de derecho por la Constitución. De ello se infiere la trascendencia, a los efectos del ordenamiento jurídico en materia de salud pública, del texto constitucional.

Claro está que la acción del Estado se hace efectiva por dos medios que teóricamente están perfectamente definidos y tienen una distinta repercusión jurídica: por un lado, la directa, positiva, integrada en buena parte por el aspecto asistencial y de cultura sanitaria; y por el otro, la indirecta que aparece la imposición de deberes y restricciones a los particulares e implica el eventual empleo de la coacción sobre estos. Se definen así dos tipos de instituciones perfectamente delineadas.

En cuanto a estas últimas, las que integran el campo de la denominada “policía sanitaria”, tienen un largo proceso histórico. No puede ponerse en tela de juicio que leyes adecuadas, aplicadas en forma razonable y justa, son necesarias para la consecución de los fines sanitarios y, que en cierta medida, la propia naturaleza humana impone la existencia de obligaciones y restricciones y tras ellas “el largo brazo de la ley”. Pero esa restricción a la libertad formal plantea hoy, quizás más que el problema de su justificación y extensión, el de su aplicación racional. Con razón ha dicho Charles V. Chapin: “Hasta ahora, promover la salud pública ha sido en gran parte cuestión de compulsión. El Estado arrebatava la propiedad y la libertad de la gente... El trabajo de policía no es tarea agradable; es tarea lenta y aquel que la cumple, halla difícil tener la buena voluntad de aquellos a quienes coerciona”. Es evidente, pues, que la acción sanitaria debe ser encarada principalmente desde un triple miraje: el de la asistencia médico-social, el de la educación y el del complejo armónico de las funciones del Estado.

Las instituciones de carácter positivo o directo y las de policía sanitaria, constituyen el derecho sanitario que, según la definición de James A. Tobey, es la rama de la jurisprudencia que trata de la relación y aplicación de las leyes comunes y estatutarias a los principios y procedimientos de la higiene, la ciencia sanitaria y la administración de la salud pública.

Ambos aspectos de la función sanitaria estatal tienen un antiguo pero desigual proceso histórico. Hace más de medio siglo, Parker y Worthington, en su tratado sobre legislación de salud pública y seguridad, decían:

Se reconoce que una de las legítimas y más importantes funciones del gobierno civil es la de proveer al bienestar general del pueblo mediante la elaboración y el cumplimiento de leyes destinadas a resguardar y promover la salud pública [...] La sociedad civil no puede existir sin tales leyes; en consecuencia, están justificadas por la necesidad y sancionadas por el derecho a la propia conservación. La facultad de aprobarlas y de hacerlas cumplir es dada

al Gobierno del Estado por el pueblo, calificada solo en su ejercicio por las condiciones necesarias para asegurar a cada ciudadano contra intromisiones injustas y arbitrarias.

En 1922, el juez Thompson, de la Suprema Corte de Illinois, decía en una sentencia:

La salud del pueblo es indiscutiblemente un caudal económico y una bendición social, y la ciencia de la salud pública es, en consecuencia, de gran importancia... Entre todos los objetivos que las leyes gubernativas tratan de lograr, ninguno es más importante que la conservación de la salud pública.

La evolución que ha experimentado el constitucionalismo, desde la iniciación del proceso con la “Declaración de los derechos del hombre y del ciudadano”, guarda, en cierto sentido, con la estructuración jurídica de la acción del Estado en materia de salud pública un evidente paralelismo. En su primera fase, coincidente con el predominio de la doctrina liberal clásica, observamos una ausencia, por lo general, de normas constitucionales expresas que regularan la acción directa.

Solo por vía interpretativa podría considerarse involucrado implícitamente el problema en algunas constituciones promulgadas con anterioridad a la primera guerra mundial, a través de cláusulas que ponían a cargo de los poderes públicos la “asistencia”. Así, en forma genérica, lo establecían las constituciones de los Países Bajos del año 1887 y de la República de Portugal de 1911. Puede afirmarse que dichas normas constituían excepciones aisladas dentro de la tendencia general del constitucionalismo anterior a 1914-1918.

La acción directa del Estado no estaba totalmente ausente, pero se revelaba solamente como ayuda y suplencia de la actividad privada, en virtud de las doctrinas imperantes.

Esta falta de determinación concreta en los textos constitucionales comprendía también a la acción indirecta. Pero el fundamento de la legislación de ese carácter se hallaba en las facultades reconocidas genérica o implícitamente al Estado por las constituciones. Solamente al determinarse las atribuciones del poder legislativo, en particular en algunas constituciones federales, aparecía explícitamente caracterizado el “poder de policía sanitaria” (como en la Constitución del Imperio Alemán de 1871, de México de 1908, etc.). La de Suiza de 1874 constituía una verdadera excepción.

En cambio, sobre la base del poder de policía, reconocido como inherente al Estado, para dictar y hacer cumplir leyes destinadas a proteger y a promover la salud, la seguridad, la moral, el orden y el bienestar general del pueblo, mediante la restricción y reglamentación del uso de la libertad y de la propiedad, se había exteriorizado ya en el siglo pasado, en una abundante legislación que al iniciarse el presente estructurábase en una verdadera doctrina del poder de policía sanitaria.

La incorporación de normas jurídicas explícitamente vinculadas al problema sanitario en las constituciones y correlativamente la estructuración de un sistema que concreta la protección de la salud como una finalidad del Estado, expresándola

en derechos y deberes sociales, tiene lugar como un aspecto integrante de un definido proceso subsiguiente a la primera guerra mundial.

Tal como lo señalan los expositores del derecho público y los sociólogos, la “intensificación de la vida social”, junto con el “advenimiento a la vida del derecho, con sus exigencias económicas, de las grandes masas”, provocaron una serie de movimientos dirigidos en el sentido de convertir el régimen constitucional, hasta entonces, según se ha dicho, simple custodio de las libertades formales, en un orden que recogiera las aspiraciones de esas masas, sobre todo del proletariado y diera satisfacción a sus necesidades.

Se planteaba así, en forma apremiante, el problema del fin del Estado, que adquiere en nuestros días extraordinaria relevancia, problema que lleva implícito el de la consideración de las libertades formales, sin que ello implique una desvalorización de estas últimas. Se intenta lograr el equilibrio del hombre individualmente considerado y del hombre como ser social y llegar así, teóricamente, a la concreción normativa de los principios inherentes a la justicia verdadera, puesto que se recogen integralmente sus dos aspectos: el permanente, que gira en torno a la personalidad del hombre, y el mutable, corporizado en las necesidades materiales del individuo planteadas esencialmente con la revolución producida, en el campo económico y social, por el maquinismo.

Concluida la guerra de 1914, se inicia la etapa a que aludimos, apareciendo como característica común de la mayoría de las nuevas constituciones, lo que cierto publicista (Mirkiné Guetzevitch) ha denominado “racionalización del poder”, que consiste en la orientación de someter al derecho el complejo social de la vida con todos sus factores, entre los que se cuentan, además de los que plantea la personalidad humana, individualmente considerada, los inherentes a la vida social y los intereses que de la misma surgen, en especial modo los de ciertos grandes núcleos, como el que constituye el proletariado.

A la influencia de ciertos jusfilósofos se debe en gran parte la nueva tendencia de someter al derecho todo el conjunto de la vida social, lo que supone la supremacía del derecho, el concepto de su unidad y que la vida entera del Estado está conceptualmente aprehendida por la norma jurídica que, al apuntar hacia valores determinados, la rige en su totalidad.

La constitución dictada en Weimar en el año 1919, ha impulsado durante un tiempo la dinámica del proceso evolutivo, hasta el punto de que se la considera como su efectivo origen. Sin que ello signifique en modo alguno discutir la exactitud de esa apreciación, consideramos oportuno destacar que uno de los países que integran la América Latina, México, en su constitución del año 1917 había ya introducido el elemento social en el estructuramiento orgánico del Estado, mediante la limitación al derecho de propiedad, fundada en su función social y el implantamiento de las normas protectoras del trabajador.

Cierto es que el ritmo de esta evolución sufrió serios trastornos cuando, precisamente como consecuencia de algunos de los grandes problemas que se suscitaron en Europa con posterioridad a la primera guerra, surge cierta depreciación en la estimación de los valores jurídicos, para elevarse un mayor aprecio por los recursos

que corresponden a la acción directa y al criterio de mayor poder, pero en cuanto se insinúa, luego de la finalización de la segunda gran guerra mundial, una recuperación de los valores jurídicos, no tarda en plantearse nuevamente el problema del equilibrio por el juego armónico de los derechos individuales y sociales, y se llega a la comprensión de que no es necesario optar entre un régimen absoluto de derechos individuales y otro de derechos sociales que incidan de tal manera sobre la libertad individual, que aparejen su supresión.

Ha sido preciso aludir brevemente al proceso que informa la evolución constitucional en los últimos años, ya que, según lo hemos apuntado, la tutela de la salud pública por el Estado representa un sector de trascendental importancia de esa evolución. En efecto, sin bien la acción del Estado en la materia no se inicia en esta etapa, habiendo con anterioridad llegado a una extensión considerable, especialmente en las instituciones vinculadas al poder de policía, es aquí cuando se traduce en normas constitucionales expresas y orgánicas y se caracteriza como deber fundamental del Estado de proteger integralmente a la población, deber correlativo con lógica simultaneidad al derecho del individuo a esa protección. Por otra parte, esas facultades del Estado son fuente de restricciones a las libertades formales del individuo, que comprendidas y fundadas desde hace tiempo en el poder de policía, en la actual etapa de racionalización del poder, están infundidas por una valoración de los factores de la vida social.

En síntesis: el proceso de constitucionalización contemporáneo puede ser considerado desde el doble punto de vista del fondo y de la forma.

En cuanto al fondo: a) se precisa la acción directa, positiva, del Estado como un deber general de protección de la salud pública particularmente, en cuanto a la asistencia médico-social; b) se admite, como lógica correlación, el derecho del individuo a esa protección, particularmente el de los sectores desamparados; c) se definen las restricciones que, para la consecución de esos fines, o sea la efectivización de esos derechos individuales y sociales se imponen a las libertades formales, sin llegar a desconocerlas o alterarlas, o dicho en otras palabras, se sistematizan y racionalizan las instituciones de policía sanitaria.

En cuanto al aspecto formal, cabe señalar que se incorporan a la constitución las normas fundamentales de esa concepción, y, en algunos casos, se explicitan esos derechos y restricciones. Es así cómo se incluye expresamente el deber del Estado de proteger la salud de los habitantes (Chile, artículo 10; Ecuador, artículo 174; Uruguay, artículo 43; Venezuela, artículo 51; Panamá, artículo 92; Lituania, artículo 100; Portugal, artículo 40; Países Bajos, artículo 201; Italia, artículo 32; etc.); especialmente de la familia (Bolivia, artículo 131; Ecuador, artículos 162 y 163; Perú, artículos 51 y 52; Venezuela, artículos 47, 49 Y 50; Costa Rica, artículo 51; Cuba, artículo 43; Guatemala, artículos 72 y 77; Nicaragua, artículos 67 y 68; Panamá, artículo 54; Portugal, artículos 12 y 14; Italia, artículo 31; China, artículo 156); y del trabajador (Bolivia, artículo 125; Brasil, artículo 157; Ecuador, artículo 125; Perú, artículo 46; Uruguay, artículo 44; Costa Rica, artículo 60; Cuba, artículo 79; Guatemala, artículo 58; México, artículo 123).

La restricción de las libertades formales aparece objetivada genéricamente en numerosas constituciones (Perú, artículo 50; Brasil, artículo 59, cláusula XV; Portugal,

artículo 40; Colombia, artículo 16), concretándose con frecuencia las limitaciones a determinadas libertades formales (a la libertad de contratar en materia de trabajo, de comerciar y trabajar; al derecho de propiedad, a la de tránsito, a la inviolabilidad del domicilio), apareciendo en algunos casos como una típica restricción a la libertad en general.

En el proceso constitucional de los países organizados federativamente observamos una tendencia a conferir al poder central funciones de legislación y de ejecución. Por ser el representado por la restricción de las libertades formales, el aspecto que, desde el punto de vista jurídico, ofrece relevancia, ya que requiere un complejo normativo en virtud de los problemas inherentes a la jurisdicción, hemos particularmente de encarar la cuestión desde el expresado ángulo. La acción positiva, particularmente la asistencial, como es sabido, no plantea este problema.

Precedente de singular importancia por las características específicas de su sistema confederativo, es el que ofrece la Confederación Suiza. La constitución de 1848, reformada en 1874, originalmente establecía que las leyes concernientes a las medidas de policía sanitaria contra las epidemias y epizootias que ofrezcan un peligro general, serán del dominio de la Confederación. La modificación introducida en 1913, amplía evidentemente la competencia federal, que comprende: “las medidas destinadas a luchar contra las enfermedades transmisibles, las enfermedades muy extendidas y las enfermedades particularmente peligrosas del hombre y de los animales”. Además, con anterioridad, en la modificación por votación popular del 11 de julio de 1897, se confirió a la Confederación la facultad de reglar el comercio de los productos alimenticios y objetos de uso doméstico, en tanto puedan poner en peligro la salud o la vida.

La constitución de México, según la reforma de 1917, no solamente otorga al Congreso facultades para expedir leyes que fijen las atribuciones de la Unión en materia de salubridad general en la República (artículo 73, fracción XVI), sino que adopta un régimen de verdadera excepción dentro del derecho constitucional comparado, en cuanto:

- a. Establece que las disposiciones generales del Consejo de Salubridad General serán obligatorias en todo el país (inciso 1), lo mismo que su autoridad ejecutiva (inciso 3).
- b. El expresado organismo puede y debe dictar las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el presidente de la República, en caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas, medidas extensivas a todo el país (inciso 2).
- c. Se confieren facultades legislativas, si bien sometidas a ulterior revisión por el Congreso en algunos casos, en la lucha contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo y degeneran la raza.

La singularidad de este sistema consiste en que, tratándose de un régimen federativo, la constitución defiere poderes legislativos en un funcionario del Poder Ejecutivo sobre todo el país.

Similar orientación en cuanto a la atribución al Congreso Federal para dictar normas fundamentales de defensa y protección de la salud, se encuentra en las constituciones de Venezuela y Brasil, tal como ocurría en las del Imperio Alemán de 1871, en la de Weimar y en la de Austria de 1920.

Solo EEUU y la República Argentina no han reconocido expresamente, en el texto constitucional, las facultades del Estado federal, de legislar y de ejercer ciertos aspectos de la acción, en materia de salud pública.

Cierto es que no obstante esa circunstancia, el Congreso Nacional dictó numerosas leyes de policía sanitaria, algunas de las cuales extienden su ámbito especial de validez a todo el territorio de la nación.

La doctrina, en cambio, no siempre ha considerado procedente ese criterio, y así se han demarcado distintas tendencias: una, denominada “constitucional”, entre cuyos sostenedores se encuentran Joaquín V. González y González Calderón, niega que la interpretación del texto constitucional permita reconocer dicha facultad al poder central; otra, se apoya en el artículo 67, incisos 16 y 28 y el Preámbulo de la Carta Magna, este último en la parte en que alude a promover el bienestar general, para fundar las atribuciones federales de policía sanitaria; finalmente, determinados publicistas han recurrido a principios políticos para afirmar la necesidad de que tales poderes fueran reconocidos.

Las discrepancias doctrinarias anotadas demuestran la necesidad de determinar claramente en el texto de la ley fundamental, que la legislación sanitaria debe ser emitida por el poder legislativo nacional, con alcances para todo el país.

En cuanto al fundamento constitucional de las restricciones impuestas a las libertades individuales, siendo inherentes al denominado poder de policía, aun cuando sobre el mismo no existen referencias expresas en la constitución vigente, está unánimemente reconocido que ese poder puede ser legítimamente ejercido en virtud de lo que disponen los artículos 14, 67, inciso 28 y 33 de aquella.

Tampoco contiene la Constitución, en su texto actual, normas específicas sobre la tutela positiva de la salud o que reconozcan expresamente el derecho del individuo a su preservación. Pero el fundamento de las prestaciones de este tipo se halla implícito en la primera parte del inciso 16 del artículo 67. Están justificadas por las propias finalidades del Estado, informadas a su vez en el Preámbulo. La acción respectiva puede ser desarrollada sin obstáculos, toda vez que no apareja limitación a las libertades individuales. Pero, como se ha dicho, la constitución de 1853 no imputa al Estado esta función como deber, ni otorga al individuo el correlativo derecho de exigir las prestaciones mediante las cuales puede salvaguardar su salud. Las nuevas concepciones sociales se incorporan al derecho constitucional positivo después de la primera guerra mundial, según se ha recordado.

En síntesis, al considerar la reforma de la Constitución de 1853, estimamos necesario tener en cuenta lo siguiente:

- a. La inclusión como facultad exclusiva del Congreso de la Nación, de dictar el Código Sanitario y promover lo conducente a la higiene y salud públicas del país.

- b. Mantener en cuanto se refiere a la protección de la salud pública el sistema vigente que sirve de fundamento a las restricciones formales (poder de policía).
- c. Incorporar expresamente el deber de velar por la maternidad y la infancia.
- d. Considerar que todo habitante de la nación tiene derecho a la protección, la conservación y la restitución de la salud y que el Estado garantiza y asegura la efectividad de ese derecho, mediante las medidas de sanidad y la asistencia médicosocial integral.

Antecedentes y bases sobre la reforma constitucional en materia de salud pública¹



Ramón Carrillo y Blanca Duarte de Álvarez Rodríguez, subinspectora del Departamento de Aplicación y Jardín de Infantes, en una exposición de dibujos en el Ministerio de Educación. 18 de diciembre de 1950.

Fuente: Archivo General de la Nación.

La evolución del constitucionalismo y la salud pública: Presupuestos necesarios para su estudio

La regulación jurídica en materia de salud pública

Partiendo de la premisa de que el hombre, para el pleno desenvolvimiento físico y espiritual de su personalidad, requiere como elemento sustancial la salud, y el

¹Trabajo realizado por el doctor Ramón Carrillo en colaboración con los doctores Julio G. Nogués, Juan G. de Souza Lobo, Julio A. F. Prandi y Antonio D. Kraly.

problema de su protección integra las finalidades del Estado. Tal protección, en cuanto implica necesidad de un obrar humano (comprendiendo en esta expresión tanto el hacer como el omitir), aparece formalmente regulada por la norma jurídica; el derecho representa según se ha dicho, una específica técnica social, que procura provocar un estado social determinado, imputando a la conducta humana opuesta a este estado una sanción.

La norma general, concretada en la mayoría de los estados en la ley, reconoce como fundamento jurídico de validez, un principio superior, consagrado en la ley fundamental o constitución. De ahí que interese en grado sumo el estudio de la evolución del derecho constitucional comparado.

Partiremos, para ese estudio, del período llamado del constitucionalismo, que define el hecho de la existencia de las constituciones como expresión que da carácter a la estructura y funcionamiento del régimen político y jurídico de los estados contemporáneos y que históricamente arranca de la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789 y de su precedente, la declaración de Virginia de 1776.

Aspectos de la acción

La acción del Estado para el cumplimiento de sus fines se realiza por dos medios: uno, directo, consistente en el ejercicio por sus órganos de actividades que tienden a satisfacer necesidades generales, y otro, indirecto, que apareja la imposición de deberes a los particulares, e implica el empleo de la coacción sobre estos.

En materia sanitaria la acción, como es lógico, se ejerce por los mismos medios y se traduce, desde el punto de vista jurídico, en dos grandes tipos de instituciones: el primero, comprensivo de la acción positiva en la que predomina el aspecto asistencial, y el segundo, caracterizado doctrinariamente con la denominación de “policía sanitaria”, y que se materializa en una serie de deberes y restricciones impuestos a los particulares.

Aparición de la regulación sanitaria en el constitucionalismo

La salud pública en las constituciones anteriores a la Primera Guerra Mundial

Podemos afirmar que esta primera fase del constitucionalismo se caracteriza por la ausencia, en general, de normas fundamentales que regularan la acción directa.

Si bien se destaca ya un progresivo avance de la legislación sanitaria, los deberes del Estado en la materia no aparecen concretamente especificados en los textos constitucionales.

Ello no significa, desde luego, que en los hechos la acción del Estado estuviera totalmente ausente, ni que la misma fuera obstruida por la norma. Lejos de ello, esa acción se manifestaba ya como ayuda y suplencia de la actividad privada. Lo que ocurría en la realidad era que, en virtud del predominio de la doctrina liberal clásica, se consideraba que el Estado debía limitarse a garantizar al individuo el libre ejercicio de sus derechos individuales, no debiendo, por lo tanto, la prestación a los mismos de los medios necesarios para subsistir; la asistencia quedaba extrañada de los fines sociales y correspondía a la libertad privada, no a los servicios públicos. Ello se hace tanto más notable en lo que respecta a la acción en materia sanitaria. Solo por vía interpretativa podría considerarse implícitamente involucrado el problema en algunas constituciones, a través de cláusulas que ponían la asistencia a cargo de los poderes públicos. Así, en esa forma amplia, lo establecían las constituciones de los Países Bajos del año 1887, y de la República de Portugal de 1911. De todos modos, estas configuran verdaderas excepciones dentro del panorama que ofrecen los textos de esa época.

La acción indirecta, por medio del ejercicio de los poderes de policía, aparece, en cambio, representada por una legislación que, en el transcurso de esta etapa, se sistematiza en instituciones de gran trascendencia, desde el punto de vista de las restricciones impuestas a los administrados y al iniciarse el presente siglo, se había estructurado ya una verdadera doctrina del “poder de policía sanitario”.

Cierto es que la tónica general de las constituciones estaba dada por la no determinación concreta del problema sanitario, en forma tal que el fundamento constitucional de la legislación de este tipo radicaba en las facultades, reconocidas al Estado por las constituciones, en forma genérica o implícita. Excepcionalmente aparecía explícitamente caracterizado el “poder de policía sanitario”, en las partes orgánicas de algunas constitucionales federales, al deferirse al Congreso la atribución de legislar a este respecto, con variable extensión. Tal la Constitución del Imperio Alemán de 1871 (artículo 4, inciso 15) y la Constitución de México de 1908 (artículo 72, fracción XXI).

Debe mencionarse por separado la Constitución de la Confederación Suiza de 1874 (artículo 31, apartado c), particularmente según la reforma de 1913, que establecía interesantes limitaciones a la libertad de comercio e industria, fundadas en la defensa contra las enfermedades transmisibles.

La salud pública en las constituciones posteriores a la Primera Guerra Mundial

La intervención del Estado en la tutela de la salud pública, se concreta en la doctrina jurídica y en el derecho vigente (o sea, efectivamente obedecido) como uno de los problemas inherentes a la vida social, que adquieren máxima significación a raíz de las consecuencias de la primera guerra mundial. Reconocida esa tutela como finalidad del Estado, se acentúa también la incorporación de normas jurídicas expresas,

en las constituciones del mundo de occidente, como un aspecto incluido en el proceso de evolución constitucional subsiguiente a la citada conflagración.

Como lo señalan reputados expositores del derecho público, la “intensificación de la vida social”, junto con el “advenimiento a la vida del derecho con sus exigencias económicas de las grandes masas”, provocaron una serie de movimientos dirigidos en el sentido de convertir el régimen constitucional, hasta entonces, según se ha dicho, simple custodio de las libertades formales, en un orden que recogiera las aspiraciones de esas masas, sobre todo el proletariado, y diera satisfacción a sus necesidades.

Se planteaba así, en forma apremiante, el problema del fin del Estado, problema que lleva implícito el de la consideración de las libertades formales, sin que ello implique una desvalorización absoluta de estas últimas. La llamada depreciación de su valorización no representa, en efecto, otra cosa que el intento de lograr el equilibrio del hombre individualmente considerado y del hombre como ser social y de llegar así, teóricamente, a la concreción normativa de los principios inherentes a la justicia verdadera, puesto que se recogen integralmente sus dos aspectos: el permanente, que gira en torno a la personalidad del hombre, y el mutable, corporizado en las necesidades materiales del individuo, planteadas esencialmente con la revolución producida, en el campo económico y social, por el maquinismo.

El derecho político liberalista se convierte, por ende, en un derecho político teleológico; se comienza a concebir la constitución, no ya tan solo como un instrumento del pueblo para protegerse del despotismo de sus gobernantes, sino como un sistema de instituciones que recogen “las fórmulas indicadoras y comprensivas de las necesidades sociales dominantes”.

Concluida la guerra de 1914, queda diseñada la iniciación de la etapa a que aludimos. Aparece así, como característica común de la mayoría de las constituciones, especialmente de las europeas, lo que el destacado publicista Mirkine Guetzevitch ha denominado “racionalización del poder”, que consiste en la orientación de someter al derecho el complejo social de la vida con todos sus factores, entre los que se cuentan, además de los que plantea la personalidad humana individualmente considerada, los inherentes a la vida social y los intereses que de la misma surgen, en especial modo, los de ciertos grandes núcleos, como el que constituye el proletariado.

Preciso es destacar que la técnica jurídica ha desempeñado un papel de extraordinaria gravitación en este proceso.

La influencia de los teóricos del derecho hubo de ser decisiva en ese sentido; basta recordar, en efecto, que la Constitución alemana, que como luego veremos constituye un jalón trascendental en la evolución constitucional, ha sido en gran parte inspirada en la obra de Hugo Preuss, y que la austríaca se debe primordialmente al eminente jurista y jusfilósofo Hans Kelsen, fundador de la Escuela Vienesa.

Ellos influyen, en gran parte, en la nueva tendencia de someter al derecho todo el conjunto de la vida social, lo que supone la supremacía del derecho, el concepto de su unidad y que la vida entera del Estado está conceptualmente aprehendida por la norma jurídica que, al apuntar hacia valores determinados, la rige en su totalidad.

La constitución dictada en Weimar en el año 1919, no obstante ser posterior a la de Finlandia, en la que se esboza el concepto social, ha impulsado, pues, según lo que

acabamos de expresar, la dinámica del proceso evolutivo, hasta el punto de que se la considera como su efectivo origen. Sin que ello signifique en modo alguno discutir la exactitud de esa apreciación, consideramos oportuno recordar, como ya ha sido destacado por diversos autores, que uno de los países que integran América Latina, México, en su Constitución del año 1917, había ya introducido el elemento social en el estructuramiento orgánico del Estado, mediante la limitación al derecho de propiedad, fundada en su función social según la doctrina preconizada por Duguit y el implantamiento de normas protectoras del trabajador.

Estas expresiones han ejercido una preponderante influencia en el movimiento constitucional de occidente, en el sentido de que sus principios han sido, en variable medida, incorporados a las constituciones que se dictaron o en las reformas introducidas, tanto en Europa como en América Latina.

Cierto es que el ritmo de la transformación evolutiva del régimen constitucional sufrió serios trastornos cuando, precisamente como consecuencia de algunos de los grandes problemas que se suscitaron en Europa con posterioridad a la primera guerra, surge cierta depreciación en la estimación de los valores jurídicos, para elevarse un mayor aprecio por los recursos que corresponden a la acción directa y al criterio de mayor poder, pero en cuanto se insinúa, luego de la finalización de la Segunda Gran Guerra Mundial, una recuperación de los valores jurídicos, no tarda en plantearse nuevamente el problema del equilibrio por el juego armónico de los derechos individuales y sociales, y se llega a la comprensión de que no es necesario optar entre un régimen absoluto de derechos individuales y otro de derechos sociales que incidan de tal manera sobre la libertad individual, que tiendan a suprimirla.

Ha sido preciso que enfocáramos en términos generales el proceso que informa la evolución constitucional en los últimos años, ya que, según lo hemos insinuado más arriba, la tutela de la salud pública por el Estado, representa un sector de trascendental importancia de esa evolución. En efecto, si bien la acción del Estado en la materia no se inicia en esta etapa, habiendo con anterioridad llegado a una extensión considerable, es aquí cuando se traduce en normas constitucionales expresas y orgánicas y se caracteriza como deber fundamental de proteger integralmente a la población, mediante una adecuada actividad, deber correlativo con lógica simultaneidad al derecho del individuo a esa protección. Por otra parte, esas facultades del Estado son fuente de restricciones a las libertades formales del individuo, que comprendidas y fundadas desde hace tiempo en la institución que se denomina genéricamente “poder de policía”, en la actual etapa de racionalización del poder, están infundidas por una valoración de los factores de la vida social.

En síntesis, el proceso contemporáneo de constitucionalización se caracteriza por: a) la especificación de la acción directa positiva del Estado como un deber general de protección de la salud pública, particularmente en cuanto a la asistencia médicosocial; b) la admisión, como lógica consecuencia, del derecho del individuo a esa protección, especialmente la de los sectores desamparados.

La salud pública como derecho y como función del Estado, en el derecho constitucional comparado

El proceso de racionalización del poder del que nos hemos ocupado *ut supra*, trae como resultado la incorporación a las constituciones modernas, del problema sanitario, como uno de los diversos factores sociales de más importancia. Naturalmente que tal incorporación al texto constitucional escrito, no se realiza uniformemente en todo el mundo, pero es general en los países occidentales y alcanza también a algunos orientales, especialmente a aquellos que han sufrido una verdadera revolución de su civilización, como consecuencia de la influencia ejercida por los estados europeos.

Es del caso anotar que aquellos países que no han explicitado, en sus textos constitucionales, los principios atinentes a la materia, no por ello han permanecido ajenos al proceso, fundando su acción en las normas genéricas o implícitas relativas al bienestar común.

Los métodos de tal incorporación no pueden ser, lógicamente, uniformes. Los países cuya organización propende al tipo de los llamados federales, han respondido sobre todo a la necesidad de proceder a la discriminación de las atribuciones del Estado federal y las de los estados particulares, fijando la competencia de uno y otros en la materia que nos ocupa; en cambio, los que han sido estructurados sobre la base de un tipo unitario, resuelven el problema en las declaraciones de derechos y garantías, o bien determinando los deberes y funciones de los órganos del Estado.

Es oportuno aquí, para la mejor comprensión del aspecto en estudio, recordar algunos principios fundamentales que han sido enunciados por eminentes tratadistas del derecho público. Se ha dicho que las constituciones escritas tienen de común las siguientes características: a) la de suponer y perseguir un mismo objeto, consistente en establecer, consagrar y hacer efectivo un régimen de garantías de la vida individual y social en sus relaciones con el poder; y b) la de responder a una misma necesidad, que estriba en ordenar las funciones del Estado, determinando sus órganos y definiendo su respectiva esfera de acción y sus relaciones.

Estas dos características han sido reflejadas en la sistemática de las constituciones modernas, cuyas contexturas presentan así dos partes: una, llamada dogmática, donde se consagran los derechos y garantías a que hemos aludido, y otra, la orgánica, cuyo contenido está integrado por las normas referentes a la organización de los poderes, sus funciones y las relaciones entre las instituciones que los ejercen.

Conforme a lo expuesto más arriba, resultaría que en las constituciones de tipo unitario, la protección de la salud es generalmente considerada en la parte dogmática, ya como una garantía expresamente consagrada para los individuos, ya como deber del Estado; mientras que en los estados federales aparece incluida en la parte orgánica, por la razón ya antes señalada. Es por ello que en el presente capítulo dedicaremos preferente atención a las primeras, ya que, en capítulo aparte, realizamos un estudio amplio de la cuestión vinculada a la organización federal.

Ciñéndonos, pues, por ahora, a la vinculación que se establece entre la parte dogmática de la constitución y la protección de la salud pública como función del Estado

y como derecho del individuo, debemos destacar, como punto previo, que se admite, doctrinariamente, la necesidad de que los derechos individuales estén expresamente consagrados en el texto constitucional y asegurados mediante el establecimiento de garantías que se llaman “especiales”, por estar específicamente señaladas para el fin aludido, sin perjuicio de las demás garantías generales, expresadas en instituciones fundamentales de los Estados democráticos modernos, tales como el sufragio, la separación de los poderes, el llamado “contralor jurisdiccional de legalidad”, etc.

Claro está que nos hemos referido a los derechos individuales, cuya consagración constitucional está históricamente determinada por hechos que sería obvio aludir aquí; pero en los últimos años, en el proceso de la organización constitucional, se va notando una corriente que tiende a la incorporación, además, de otros derechos, denominados sociales, y que prácticamente tiene su origen, como hemos visto, en la Constitución de Weimar.

Aclarado, pues, que el tópicus del presente capítulo se circunscribe al estudio de las cláusulas constitucionales vinculadas a la salud pública, establecidas en la parte dogmática, señalamos ahora que habremos de desarrollarlo agrupando a aquellas sobre la base de dos criterios: el primero, formal, nos permite distinguir las que sientan los principios protectores del bien tutelado en forma de declaración de derechos y garantías y las que lo hacen bajo el aspecto de deberes y funciones de los órganos del Estado; el segundo, el material, tiene en cuenta el contenido de las cláusulas y sus alcances, según se refiera a la protección de todos los individuos en general, de aquellos considerados agrupados en la unidad social que se denomina familia y de los que, en razón de ciertas circunstancias, se ven sometidos a riesgos especiales derivados del trabajo.

Bueno es aclarar, no obstante, que no pretendemos realizar una clasificación de las constituciones, sino de las cláusulas que, como dijimos, guardan relación con el tema; aquello no sería posible llevarlo a cabo estrictamente, puesto que, en la realidad, es frecuente encontrar dentro de un mismo texto constitucional, normas dispersas que contemplan cada uno de los aspectos señalados: pero hemos seguido tal sistema con el propósito de que el estudio que practicamos sea lo más completo posible, aun a riesgo de incurrir en algunas repeticiones que resultan totalmente ineludibles.

Primer criterio: Formal

Declaraciones de derechos y garantías

En el panorama constitucional americano se encuentran numerosos ejemplos de cláusulas constitucionales que encuadran en este tipo de institución. A ellas nos referiremos en primer término.

En Colombia rige la Constitución sancionada el 5 de agosto de 1886, con numerosas modificaciones que han resultado de diversos actos legislativos, el último de los cuales data del 16 de febrero de 1945, pero ya en la reforma de 1936 se introdujo la

categoría de los derechos sociales. El título III se denomina “De los derechos civiles y garantías sociales”, y comprende entre las segundas, de un modo genérico (artículo 16), los “deberes sociales” del Estado y los particulares.

La Constitución de Chile, promulgada el 18 de septiembre de 1925 y reformada por la Ley 7727 del 23 de noviembre de 1943, contiene un título III, “Garantías constitucionales”, del que cabe citar el artículo 10, inciso 14, especialmente en su parte *in fine*.

Ecuador se rige por la Constitución promulgada el 31 de diciembre de 1946. Encuadran, en el aspecto sub examine, las normas contenidas en el artículo 185, incisos e, j y m), comprendidas en la parte segunda, “Normas de acción”; título II, “De las garantías”; sección I, “Garantías generales”.

En Perú tiene vigencia la Constitución promulgada el 9 de abril de 1933, con las modificaciones contenidas en las leyes 8237, 9166 y 9178. El título II, “Garantías constitucionales”, contiene un capítulo I, “Garantías nacionales y sociales”, donde se encuentran diversas normas relativas a nuestro asunto, a saber: las de los artículos 46, 50, 51 y 52.

La Carta Fundamental del Uruguay fue sancionada el 27 de marzo de 1938 y promulgada el 29 de noviembre de 1942. De su sección II, “Derechos, deberes y garantías”, capítulo II, serán luego estudiados los artículos 43 y 44.

La Constitución de Venezuela, promulgada el 5 de julio de 1947, involucra en el título III, “De los deberes y derechos individuales y sociales”, un capítulo III denominado “De la familia”, del que interesan considerar los artículos 47, 49 y 50 y un capítulo IV, “De la salud y de la seguridad social”, del que nos ocuparemos con referencia a su artículo 51.

La Ley Fundamental de Costa Rica, que data del 7 de diciembre de 1871, ha sido objeto de numerosas modificaciones introducidas por ley. De acuerdo con su estructura actual, el título III, sección III, se ocupa de las “Garantías sociales”, siendo de citar aquí los artículos 51 y 60.

La Constitución de Guatemala, decretada el 11 de marzo de 1945, contiene un título III, “Garantías individuales y sociales”, de cuya sección I, “Trabajo”, destacamos el artículo 58, incisos 10, 14 y 15 y de la sección III, “Familia”, los artículos 72 y 77.

En la Constitución de Nicaragua, que fue sancionada el 21 de enero de 1948, el título IV explicita los “Derechos y garantías”; con relación a la cuestión planteada, deben citarse los artículos 67, 68 y 83, incisos 7 y 8.

La República de Panamá se rige por la Constitución promulgada el 1 de marzo de 1946. El título III trata de los “Derechos y deberes individuales y sociales”, conteniendo, en el capítulo II, normas sobre “La familia” (artículo 54); en el capítulo III, con relación a “El trabajo” (artículos 69 y 71), y en el capítulo V sobre “Salud pública y asistencia social”, del que nos interesa tomar en consideración el artículo 92.

La Constitución de los EEUU, según es sabido, no incluye normas expresas sobre la materia. No es el momento de hacer el estudio de la evolución jurisprudencial que ha permitido suplir esa ausencia; de todos modos es interesante destacar que las constituciones de varios de los estados han proveído lo concerniente a la salud pública, pero lo hacen por lo general, como luego veremos, en forma de atribuciones y deberes de los poderes públicos.

En Europa la corriente que, según lo hemos reiteradamente manifestado, tuvo su origen inmediato en la Constitución de Weimar, promulgada el 11 de agosto de 1919, se materializa en las cartas orgánicas de numerosos estados y encuentra finalmente eco en la de la República de China. La primera, que rigió en Alemania hasta el advenimiento al poder del nacionalsocialismo, incluye en su segunda parte, “Derechos y deberes fundamentales de los alemanes”, una sección II intitulada “La vida social”, de la que corresponde señalar los artículos 119 y 122.

La Constitución del Estado Libre de Dantzig, del 11 de mayo de 1922, establecía, en su segunda parte, los “Derechos y deberes fundamentales”; en el capítulo I, que trataba “De las personas”, contenía un principio concerniente a la materia en el artículo 80.

En España regía, en tiempos de la República, la Constitución del 9 de diciembre de 1931. El título III estaba consagrado a los “Derechos y deberes de los españoles”; su capítulo II, “Familia, economía y cultura”, traía una prescripción que debemos citar, en su artículo 43.

Polonia, antes de la última guerra mundial, se encontraba estructurada conforme a la Constitución del 17 de marzo de 1921. Del capítulo V, “Derechos y deberes generales de los ciudadanos”, destacamos los artículos 102 y 103.

La constitución de la República de Portugal, del 21 de agosto de 1911, traía también, no obstante la fecha en que fue sancionada, una norma que en cierto modo comprende, bajo un término más genérico, el problema sanitario; ella es la contenida en el artículo 3, inciso 29 del título II, “De los derechos individuales y su garantía”. La dictada el 14 de marzo de 1933, según las modificaciones introducidas hasta el 23 de marzo de 1935, en la parte primera, “De las garantías fundamentales”, contiene un título III, “De la familia”, del que destacamos los artículos 12 y 14, inciso 2.

Italia se rige en la actualidad por la Constitución aprobada por la Asamblea Constituyente del 22 de diciembre de 1947 y promulgada el 27 del mismo mes y año.

La parte primera, intitulada “Derechos y deberes de los ciudadanos”, aparece dividida en cuatro títulos, en que se tratan sucesivamente, las relaciones civiles, ético-sociales, económicas y políticas. Las normas de que habremos de ocuparnos más adelante son las concretadas en el título II, “Relaciones ético-sociales”, artículos 31 y 32.

Hemos dejado expreso para último término la mención de las cláusulas vinculadas a este primer aspecto, en el régimen constitucional vigente en Francia, no solo como una consideración especial al país del cual emana la famosa “Declaración de los derechos del hombre y del ciudadano”, que tan honda repercusión tuvo en el mundo entero, sino porque las peculiaridades de su sistema nos obligan a extendernos en mayor amplitud.

La constitución a que aludimos fue adoptada por la Asamblea Nacional Constituyente el 29 de septiembre de 1946, aprobada por referéndum popular del 13 de octubre, publicada en el *Diario Oficial* del 27 de octubre y puesta en vigor el 24 de diciembre del mismo año; se la designa, no obstante, por la fecha de su publicación.

Lo notable de su sistemática consiste en que se aparta de los cánones consagrados por las demás constituciones europeas y americanas al eliminar de su texto dispositivo los derechos y garantías. De tal manera, pues, consta solamente de un

preámbulo y del texto, consagrado este último, exclusivamente, a las instituciones de la República.

Aparentemente, prescindiría de la parte dogmática a que nos hemos referido, oportunamente como característica de las constituciones modernas, pero su preámbulo, tal como ha sido redactado, viene en principio a suplantarla toda vez que su contenido se integra con la reafirmación de los antiguos principios y con la definición de principios nuevos, que conciernen esencialmente a los derechos económicos y sociales.

Como es natural, tal sistema dio lugar a que se cuestionara el valor jurídico de los principios establecidos por el preámbulo. Se ha pretendido, en efecto, que sus disposiciones no están incluidas en la numeración de la constitución, siendo meras exposiciones de motivos que definen algunos principios generales mientras que ciertos autores, sostienen que formando parte el preámbulo, de la constitución, su contenido tiene “valor constitucional”, si bien admiten que este no está protegido por la intervención del Comité Constitucional, que ejerce como un control indirecto de las leyes.

La realidad, representada por la intensa controversia doctrinaria suscitada al poco tiempo de su promulgación, demuestra, a nuestro juicio, que el procedimiento adoptado adolece de un serio inconveniente que puede significar el riesgo de que los elevados propósitos exteriorizados en el preámbulo, no alcancen una concreción práctica.

Las especificaciones de las funciones del Estado

Las cláusulas de este tipo que se encuentran en las constituciones americanas, son las siguientes:

En Bolivia —constitución promulgada el 24 de noviembre de 1945— los artículos 125 y 130 de la sección décima cuarta, “Régimen social” y los artículos 131 y 134 de la sección décima quinta, “La familia”.

En Brasil el artículo 157, apartados VIII, X y XIV del título V, “Del orden económico y social” y del artículo 174 del título VI, “De la familia” (Constitución promulgada el 18 de septiembre de 1946).

En Ecuador (Constitución ya citada) los artículos 162 y 174 inciso d) del título I, “Preceptos fundamentales”, de la parte II.

En Cuba el artículo 43, título V, “De la familia y la cultura”, sección I, “Familia”, pertenecientes a la Constitución promulgada el 5 de julio de 1940.

En México (constitución promulgada el 10 de mayo de 1917, con modificaciones hasta enero de 1948), el artículo 123, apartados V, XII y XV, del título VI, “Del trabajo y la previsión social”.

En los EEUU encuéntrense cláusulas de este tipo, aun cuando solo contemplan aspectos fragmentarios del problema sanitario, en las constituciones de los siguientes estados: Arizona (artículo XV, “Comisión de corporaciones”, inciso 3, artículo XVIII, “Trabajo”, inciso 2); Arkansas (artículo XIX, “Disposiciones varias”, inciso 18);

Colorado (artículo XVI, “Minería e irrigación”, inciso 2); California (artículo XX, “Disposiciones diversas”, inciso 14); Delaware (artículo XII, “Salud”); Florida (artículo XV, “Salud pública”, incisos 1, 2 y 3); Georgia (artículo XI, “Departamentos y funcionarios departamentales”, inciso 1, apartados VI y VII); Idaho (artículo XIII, “Inmigración y trabajo”, inciso 2); Louisiana (artículo VI, “Funcionarios y cámaras administrativas”, incisos 11 y 12); New México (artículo XVII, “Minas y minería”, inciso 2); Ohio (artículo II, “Legislación”, inciso 34); Oklahoma (artículo V, “Departamento legislativo”, inciso 39); South Carolina (artículo VIII, “Corporaciones municipales y reglamentaciones policiales”, inciso 10); Texas (artículo XVI, “Disposiciones generales”, inciso 32); Utah (artículo XVI, “Trabajo”, inciso 6); Washington (artículo XX, “Salud pública y estadísticas vitales”, inciso 1).

Merecen ser citadas, entre las disposiciones de las constituciones europeas que rigieron antes de la última guerra, las siguientes: la del Reino de los serbios, croatas y eslovenos, del 28 de junio de 1921, en su artículo 27 de la tercera parte “Prescripciones sociales y económicas”; la de Lituania, del 15 de mayo de 1928 en el artículo 99 del apartado XIII, “Protección social”; la del Principado de Liechtenstein, del 5 de octubre de 1921 en el artículo 18 del capítulo III, “De los deberes del Estado”. La Constitución vigente de Portugal ya citada, trata, en el título VIII, “De la organización económica y social” (ver su artículo 40).

Debemos mencionar, además, por su similitud con las constituciones europeas más modernas, la adoptada en la República de China por la Asamblea Nacional, el 25 de diciembre de 1946, promulgada por el Gobierno nacional el 10 de enero de 1947 y puesta en vigor el 25 de diciembre de 1947, con especial referencia a los artículos 156 y 157 incluidos en el capítulo XIII, “Política nacional fundamental”, sección IV, “Seguridad social”.

Segundo criterio: Material

Como lo hemos adelantado ya, ensayaremos ahora una clasificación que permita exponer, en forma sistematizada, el contenido y los alcances de las cláusulas constitucionales vinculadas a la salud pública.

Responde esta clasificación a la necesidad de reflejar la realidad desde todos los ángulos, ya que las constituciones modernas han recogido el vasto movimiento social que tiende a considerar al hombre, no solo en su calidad de persona humana individual, es decir, como ser aislado, sino unido a sus semejantes por vínculos de solidaridad que, concretamente, se manifiestan en la familia y el parentesco, en las relaciones de trabajo, etc. De ahí que las normas que nos ocupan, no se limitan a medidas generales de protección del individuo, sino que, a veces, toman bajo su amparo al núcleo familiar, ya sea por medios directos, cuando así lo declara expresamente, ya por medios indirectos, cuando dispone que dichas medidas cubren a la maternidad, a la infancia y a la adolescencia y otras veces dedican preferente atención al individuo desde el punto de vista de su situación en el trabajo, aun

cuando generalmente se dan, en el mismo texto constitucional, todos esos tipos de medidas.

Protección general del individuo

El texto constitucional colombiano, no ha contemplado específicamente el problema, pero puede considerarse que la forma amplia en que ha sido redactado, permite una legislación completa sobre el particular. El artículo 16, que es al que estamos aludiendo, está concebido en los siguientes términos:

Art. 16. Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en sus vidas, honra y bienes, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares.

La Constitución de Chile se muestra más explícita, aun cuando la ubicación del problema no responda a las estrictas reglas de la sistemática.

En efecto, ello podrá ser claramente observado en la disposición, cuya parte pertinente a continuación se transcribe:

Art. 10. La constitución asegura a todos los habitantes de la República: [...]
14) La protección al trabajo, a la industria, y a las obras de previsión social, especialmente en cuanto se refieren a la habitación sana y a las condiciones económicas de la vida, en forma de proporcionar a cada habitante un mínimo de bienestar, adecuado a la satisfacción de sus necesidades personales y a las de su familia. La ley regulará esta organización.
El Estado propenderá a la conveniente división de la propiedad y a la constitución de la propiedad familiar.
Ninguna clase de trabajo o industria puede ser prohibida, a menos que se oponga a las buenas costumbres, a la seguridad o a la salubridad públicas, o que lo exija el interés nacional y una ley lo declare así.
Es deber del Estado velar por la salud pública y el bienestar higiénico del país. Deberá destinarse cada año una cantidad de dinero suficiente para mantener un servicio nacional de salubridad.

La Constitución de Ecuador solo indirectamente parece referirse a la cuestión que se examina y ello, aun en forma parcial, puesto que contemplaría tan solo la fase asistencial:

Art. 174. - Son asimismo deberes del Estado: [...]
d) Mantener la asistencia pública

La ley fundamental del Perú contiene una norma, que puede ser calificada como de las más claras y completas que sea dado encontrar en los textos positivos. Nos referimos a la de su artículo 50, que dice:

Art. 50. El Estado tiene a su cargo la sanidad pública y cuida de la salud privada, dictando las leyes de control higiénico y sanitario que sean necesarias, así como las que favorezcan el perfeccionamiento físico, moral y social de la población.

Similares características presenta el artículo 43 de la Constitución de la República Oriental del Uruguay:

Art. 43. El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país.

Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistir en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan solo a los indigentes o carentes de recursos suficientes.

Lo mismo puede decirse del texto constitucional venezolano:

Art. 51. El Estado velará por el mantenimiento de la salud pública.

Todos los habitantes de la República tienen el derecho a la protección de su salud. El Estado establecerá los servicios necesarios para la prevención y el tratamiento de las enfermedades.

Dentro del panorama constitucional americano, es justamente, digna de ser citada, la Carta Magna de la República de Panamá. Su texto relativo al problema sanitario es, quizá, el más completo de América, pero como se apreciará a través de la transcripción que a continuación se efectúa, puede ser, por su estructura detallista, impropio para la ley fundamental.

Art. 92. Es función esencial del Estado velar por la salud pública. El individuo tiene derecho a la protección, conservación y restitución de su salud, y la obligación de conservarla.

En consecuencia, el Estado desarrollará principalmente las actividades que a continuación se detallan:

- a) Combatir, por medio de tratamiento individual y del saneamiento del ambiente, las enfermedades transmisibles;
- b) Proteger la maternidad y reducir la mortalidad infantil por medio de la asistencia médica y la nutrición adecuada;
- c) Complementar la alimentación de los alumnos necesitados y proporcionar a la niñez escolar servicio de vigilancia médica;
- d) Establecer, de acuerdo con las necesidades de cada región, hospitales, clínicas dentales y dispensarios, en los cuales se presten servicios y se suministren medicamentos gratuitos a quienes carezcan de recursos pecuniarios; y
- e) Divulgar sistemáticamente los principios de alimentación científica, de higiene personal y de sanidad del hogar.

La Asamblea Nacional expedirá el Código Sanitario.

Numerosas constituciones de los diversos estados que integran el sistema federativo de Norte América, prevén la solución de los problemas vinculados a la salud pública,

mediante la creación de organismos adecuados, denominados generalmente cámaras estatales de salud. Tales, por ejemplo, los de los estados de California (artículo XX, inciso 14); Delaware (artículo XXII); Florida (artículo XV); Georgia (artículo XI, inciso I, apartados VI y VII); Louisiana (artículo VI, inciso 11); South Carolina (artículo VIII, inciso 10); Texas (artículo XVI, inciso 32), y Washington (artículo XX, inciso 1).

En Europa, antes de la segunda guerra mundial, algunas constituciones preveían en forma expresa y amplía la solución del problema sanitario.

La fórmula, aun cuando sintética, de la Constitución de Lituania no era, por cierto, una excepción: “Art. 100. La salud y la moralidad públicas son protegidas por leyes especiales”.

La Constitución del Reino de los Serbios, Croatas y Eslovenos, a su vez, presentaba características parecidas a las de la actual Carta Magna panameña:

Art. 27. El Estado se ocupa:

- 1) Del mejoramiento de las condiciones higiénicas generales y sociales que influyen sobre la salud nacional;
- 2) De la protección especial de las madres y de los niños de corta edad;
- 3) De la preservación de la salud de todos los ciudadanos;
- 4) De la lucha contra las enfermedades contagiosas, agudas y crónicas y también contra el abuso del alcohol;
- 5) De la asistencia médica gratuita y de la provisión gratuita a los ciudadanos pobres de medicamentos y otros medios de preservación de la salud nacional.

Contenía también una norma expresa, la Constitución del Principado de Liechtenstein, en los términos siguientes:

Art. 18. El Estado provee a la higiene pública, sostiene el servicio sanitario y se encarga de combatir por la vía legal la ebriedad.

La Constitución de Portugal dispone, al respecto:

Art. 40. Constituirán un derecho y una obligación del Estado la defensa de la moral, de la salubridad, de la alimentación y de la higiene pública.

En los restantes países regían constituciones mucho más antiguas, en las que por consiguiente no se hacía alusión expresa a la cuestión que consideramos. A pesar de ello, estimamos conveniente citar algunas que por su redacción lata autorizaban a incorporar los principios necesarios para su legislación.

Así, la Constitución de los Países Bajos que, según lo hemos dicho ya, data del 30 de noviembre de 1887, pero que ha sido modificada por diversos actos, establece según el texto modificado al 14 de enero de 1947, lo siguiente:

Art. 201. La asistencia es el objeto del cuidado constante del Gobierno y ella es reglada por la ley. El rey hace presentar todos los años, a los Estados Generales, un informe detallado de las medidas tomadas en esta materia.

Por su parte, la Constitución de la República de Portugal, en análoga manera, prescribía:

Art. 3. La constitución garante a los portugueses y a los extranjeros residentes en el país la inviolabilidad de los derechos concernientes a la libertad, la seguridad individual y la propiedad, en los términos siguientes: [...]

Inciso 29. El derecho a la asistencia pública es reconocido.

Las nuevas constituciones europeas, dictadas luego de concluída la última hecatombe mundial, no podían, necesariamente, olvidar tan importante aspecto de la legislación social.

La salud física de la nación, aparece tutelada, en la constitución de la República de Italia, en la sección de las relaciones ético-sociales, mediante el artículo 32, cuya primera parte, que es la que debe ser contemplada aquí, establece:

Art. 32. La República tutela la salud como fundamental derecho del individuo e interés de la colectividad, y garantiza la asistencia gratuita a los indigentes.

La Constitución de Francia, ya lo hemos indicado, dedica una parte de su preámbulo a la proclamación de los nuevos principios sociales y económicos.

Luego de reafirmar solemnemente los derechos y libertades del hombre y del ciudadano consagrados por la Declaración de los Derechos de 1789 y los principios fundamentales reconocidos por las leyes de la República:

Proclama, además, como particularmente necesarios a nuestro tiempo, los principios políticos, económicos y sociales siguientes:

[...] La nación asegura al individuo o a la familia las condiciones necesarias a su desarrollo.

Garantiza a todos, especialmente al niño, a la madre y a los ancianos trabajadores, la protección de la salud, la seguridad material, el reposo y los alojamientos.

Conviene destacar que el proyecto del 19 de abril de 1946, que fue rechazado por el referéndum popular, contenía expresamente la declaración de los derechos del hombre y su artículo 23, prescribía que “la protección de la salud desde la concepción, el beneficio de todas las medidas de higiene y todos los cuidados que permite la ciencia son garantizados a todos y asegurados por la nación”.

Aparte de su mayor relevancia jurídica, toda vez que estas normas aparecían integrando la parte dispositiva de la constitución, es evidente que el artículo citado estaba redactado en términos más precisos que los que figuran actualmente en el preámbulo. Nos remitimos, en cuanto al valor jurídico de este último, a lo dicho más arriba.

La Constitución de China no presenta una norma que contemple integralmente la tutela de la salud pública. Se ocupa en cambio, del aspecto asistencial, en la disposición que a continuación se transcribe:

Art. 157. El Estado, a fin de mejorar la salud del pueblo, creará gran número de establecimientos de asistencia médico-social.

Protección de la familia

La Constitución de Bolivia dedica a este tema su sección decimaquinta. El artículo 131 declara, que “El matrimonio, la familia y la maternidad están bajo la protección del Estado”.

En la misma sección, se provee integralmente al amparo de la infancia, tal como se desprende de la siguiente transcripción:

Art. 134. Es deber primordial del Estado, la defensa de la salud física, mental y moral de la infancia. El Estado defiende los derechos del niño al hogar, la educación y la amplia asistencia cuando se halla en situación de abandono, de enfermedad o de desgracia. El Estado encomendará el cumplimiento de lo dispuesto en este artículo a organismos técnicos adecuados.

La Ley Fundamental de Ecuador establece, como “preceptos fundamentales”, los siguientes:

Art. 162. El Estado ampara la maternidad y protege a la madre y al hijo, sin considerar antecedentes.

Art. 163. El Estado protege y las leyes regularán el matrimonio, la familia y el haber familiar.

La Constitución de Perú, en el capítulo de las garantías nacionales y sociales, contiene dos normas similares a las ya vistas:

Art. 51. El matrimonio, la familia y la maternidad están bajo la protección de la ley.

Art. 52. Es deber primordial del Estado la defensa de la salud física, mental y moral de la infancia. El Estado defiende el derecho del niño a la vida del hogar, a la educación, a la orientación vocacional y a la amplia asistencia cuando se halle en situación de abandono, enfermedad o de desgracia. El Estado encomendará el cumplimiento de lo dispuesto en este artículo a organismos técnicos adecuados.

La Constitución de Venezuela contiene también un capítulo dedicado a la familia. De él extraemos las normas que, a nuestro juicio, aparecen en relación directa con el tema que se está desarrollando:

Art. 47. El Estado protegerá a la familia, cualquiera que sea su origen, así como la maternidad, independientemente del estado civil de la madre, quien será, además, asistida en caso de desamparo.

Art.49. El Estado garantiza la protección integral del niño desde su concepción hasta su completo desarrollo, de modo que este se realice dentro de un ambiente de seguridad material y moral. [...] Un Código especial regirá esta protección y establecerá un organismo encargado de la dirección de ella.

Art. 50. El Estado procurará la eliminación de las causas sociales de la prostitución y velará por la recuperación de los afectados por ella.

Llama de inmediato la atención la incorporación de una norma, como la contenida en el artículo 50, a un texto constitucional. Sea cual fuere la posición que se adopte frente al problema de la prostitución (principios prohibicionista, reglamentarista, abolicionista o neoreglamentarista), posición que por otra parte, el texto que comentamos elude definir, nos parece evidente que la acción que allí se encomienda al Estado, redundando en directo beneficio de la institución de la familia. De ahí que, a nuestro juicio, la ubicación del artículo 50 resulte correcta.

Claro está que el juicio precedente está condicionado por el sistema seguido por el constitucionalista venezolano, con notorias tendencias detallistas, vale decir, que no se limita al enunciado de principios generales, como resulta en otras constituciones americanas y europeas, sino que procura determinar los contenidos específicos de dichos principios.

En nuestra opinión, tratándose de una constitución de tipo rígido, sería a todas luces preferible no exagerar ese detallismo, para no incurrir en el riesgo de que se dicte una constitución que al poco tiempo de su promulgación, resulte anacrónica.

La Carta Magna de Costa Rica prescribe, en su artículo 51, que:

Art. 51. El Estado procurará el mayor bienestar de los costarricenses, protegiendo de modo especial a la familia, base de la nación; asegurando amparo a la madre, al niño, al anciano y al enfermo desvalido y organizando y estimulando la producción y el más adecuado reparto de la riqueza.

La Constitución de la República de Cuba en la sección primera de su título V, contempla el problema de la familia en sus múltiples aspectos. Prescindiendo de los que hacen a las relaciones de derecho privado interesan a nuestro estudio las siguientes normas:

Art. 43. La familia, la maternidad y el matrimonio tienen la protección del Estado.

Art. 45. [...] La niñez y la juventud estarán protegidas contra la explotación y el abandono moral y material. El Estado, la provincia y el municipio organizarán instituciones adecuadas al efecto.

La Constitución de Guatemala contiene, asimismo, normas de ese tipo, en su artículo 72: "La familia, la maternidad y el matrimonio, tienen la protección del Estado, quien velará también, en forma especial por el estricto cumplimiento de las obligaciones que de ellos se derivan". Y en su artículo 77:

Corresponde al Estado velar por la salud física, mental y moral de la infancia, creando los institutos y dependencias necesarios y adecuados.

Las leyes de protección a la infancia son de orden público, y los establecimientos oficiales destinados a tal fin, tienen carácter de centros de asistencia social y no de caridad.

La Constitución de Nicaragua contiene, en conexión con este asunto, dos artículos, a saber:

Art. 67. El matrimonio, la familia y la maternidad están bajo la protección y defensa del Estado.

Art. 68. El Estado y los Municipios velarán por la sanidad y mejoramiento social de la familia.

La Constitución de la República de Panamá, que también dedica un capítulo a las normas fundamentales sobre “Familia”, prescribe en su artículo 54, que “el Estado protege al matrimonio, la maternidad y la familia y garantiza los derechos del niño hasta su adolescencia”.

Las constituciones de los estados europeos no podían, desde luego, dejar de contener disposiciones concordantes con las que se acaba de glosar.

La Constitución de Weimar, que tal como lo hemos señalado, es considerada como el punto de partida de la incorporación de la evolución social al derecho positivo, en la sección II dedicada a la “Vida social” preveía los fundamentos de las modernas instituciones de protección a la familia, la maternidad y la infancia, en los términos siguientes:

Art. 119. El matrimonio, como fundamento de la vida de familia, de la conservación y del desarrollo de la nación, es colocado bajo la protección particular de la constitución. Él se funda sobre la igualdad de derechos de los dos sexos. Incumbe al Estado y a las comunas velar por la pureza, la salud y el desarrollo social de la familia. Las familias numerosas tienen derecho a medidas de previsión que compensen sus cargas.

La maternidad tiene derecho a la protección y al cuidado del Estado.

Art. 122. La juventud debe ser protegida contra la explotación, así como contra el abandono moral, intelectual o físico. El Estado y las comunas deben establecer las instituciones necesarias.

La Constitución del Estado Libre de Dantzig, en parecidos términos, prescribía:

Art. 80. El matrimonio, como fundamento de la vida de familia, está colocado bajo la protección particular del Estado. [...] Las familias numerosas tienen derecho a medidas compensatorias de sus cargas. La maternidad tiene derecho a la protección y al cuidado del Estado.

La Constitución de Lituania, del año 1928, en su artículo 99, reproduce, en términos muy parecidos al artículo 119 de la Constitución de Weimar, razón por la cual nos excusamos de reproducirlo.

La Constitución de la República Española establecía en su artículo 43, que el Estado “protegerá la maternidad y la infancia, haciendo suya la Declaración de Ginebra o carta de los derechos del niño”.

La Constitución de Portugal de 1933, dispone:

Art. 12. El Estado garantiza la constitución y defensa de la familia, como fuente de conservación y desarrollo de la raza.

Art. 14. Con respecto a la defensa de la familia corresponden al Estado y entidades locales autónomas [...] 2) Proteger la maternidad.

Las constituciones dictadas en Europa luego de la última guerra mundial, siguen manteniendo los mismos principios.

La Ley Fundamental de Francia, acerca de cuyo sistema y alcances nos hemos oportunamente expedido, contiene en su preámbulo, una declaración en el sentido de que: “la nación asegura al individuo y a la familia las condiciones necesarias a su desarrollo”. Y a continuación afirma que: “garantiza a todos, especialmente al niño, a la madre y a los ancianos trabajadores, la protección de la salud y la seguridad material, el reposo y los alojamientos”.

La nueva Constitución de Italia en su artículo 31, declara también enfáticamente, la protección de la República a la familia, cuya formación facilita mediante “medidas económicas y otras providencias”. Añade luego, que “protege la maternidad, la infancia y la juventud, favoreciendo los institutos necesarios a tal finalidad”.

Finalmente, debemos recordar una vez más la Constitución China, cuyo artículo 156, concibe el problema de la siguiente forma:

Art. 156. El Estado, a fin de asegurar la existencia y el desarrollo de la raza, protegerá la maternidad y desarrollará una política de protección a las mujeres y a los niños.

Protección del trabajador

La cuestión obrera, planteada por las reivindicaciones del proletariado, cuya gran batalla comenzada hace ya casi un siglo depara a la clase trabajadora importantes triunfos representados por las conquistas logradas en el orden legislativo, se encuentra contemplada en las constituciones de Europa y de América; de sus normas, para limitarnos estrictamente al tema en desarrollo, nos ocuparemos solamente en cuanto atañen típicamente a las medidas que tienden a la protección de la salud del trabajador.

Siguiendo el método de exposición adoptado, comenzaremos por referirnos a las cláusulas constitucionales de América. De la Constitución de Bolivia debe ser destacado su artículo 125 que establece lo siguiente:

Art. 125. El Estado dictará medidas protectoras de la salud y de la vida de los obreros, empleados y trabajadores campesinos; velará por que estos tengan viviendas salubres y promoverá la edificación de casas baratas; velará igualmente por la educación técnica de los trabajadores manuales.

Las autoridades controlarán, asimismo, las condiciones de seguridad y salubridad públicas, dentro de las que deberán ejercerse las profesiones o los oficios, así como las labores en el campo y las minas.



Ramón Carrillo, junto a los ministros Natalio Palacios, de Justicia, Jerónimo Remorino, de Relaciones Exteriores, Roberto Dupeyron, de Obras Públicas y Miguel Revestido, de Finanzas, durante la lectura del mensaje presidencial del 1 de mayo de 1953.

Fuente: Archivo General de la Nación.

La Constitución de los Estados Unidos del Brasil dedica al trabajo el artículo 157, cuyas partes pertinentes transcribimos:

Art. 157. La legislación del trabajo y la de previsión social, obedecerán a los siguientes preceptos, además de otros que contemplen el mejoramiento de las condiciones de los trabajadores: [...]

VIII. Higiene y seguridad en el trabajo. [...]

XIV. Asistencia sanitaria, inclusive hospitalaria y médica preventiva al trabajador y a la mujer grávida.

Es interesante señalar la latitud otorgada a la extensión de esos principios por el párrafo único del mismo artículo, según el cual: “No se admitirá diferencia entre el trabajo manual o técnico y el trabajo intelectual, ni entre los profesionales respectivos en lo concerniente a derechos, garantías y beneficios”.

La Constitución de Ecuador, siguiendo los lineamientos generales de la brasileña, enuncia en el artículo 185 los principios fundamentales en materia de trabajo:

Art. 185. [...] La ley regulará todo lo relativo a trabajo de acuerdo con las siguientes normas fundamentales: [...]

m) La higiene y la seguridad en el trabajo se reglarán, para garantizar la salud y la vida de los trabajadores.

La Norma Fundamental peruana contiene, por su parte, la siguiente prescripción:

Art. 46. El Estado legislará sobre la organización general y las seguridades del trabajo industrial, y sobre las garantías en él de la vida, la salud y la higiene.

La Constitución de la República Oriental del Uruguay, a continuación de la norma genérica contenida en el artículo 43, de la cual nos hemos ya ocupado, alude en el artículo 44 a una fase especial del aspecto en consideración, en estos términos:

Art. 44. La ley propenderá al alojamiento higiénico y económico del obrero, favoreciendo la construcción de viviendas y barrios que reúnan esas condiciones.

La Carta Magna de Costa Rica ofrece la siguiente visión sintética del problema:

Art. 60. Todo patrono debe adoptar en sus empresas las condiciones necesarias para la higiene y seguridad del trabajo.

La Constitución de Cuba solo en términos un tanto genéricos, contempla el asunto:

Art. 79. El Estado fomentará la creación de viviendas baratas para obreros. La ley determinará las empresas que, por emplear obreros fuera de los centros de población, estarán obligadas a proporcionar a los trabajadores habitaciones adecuadas, escuelas, enfermerías y demás servicios y atenciones propicias al bienestar físico y moral del trabajador y su familia. Asimismo, la ley reglamentará las condiciones que deben reunir los talleres, fábricas y locales de trabajo de todas clases.

La Constitución de Guatemala también adopta un sistema semejante al de la brasileña; en el artículo 58, luego de referirse en general a las “leyes que regulan las relaciones entre el capital y el trabajo”, disponiendo que las mismas deben ser adaptadas a las condiciones y necesidades locales, agrega:

Art. 58. [...] Son principios fundamentales de la organización del trabajo que deberán reglamentar dichas leyes: [...]

15. Las condiciones de seguridad e higiene en que debe prestarse el trabajo. En los establecimientos de trabajo se observarán estrictamente los reglamentos y disposiciones sobre higiene y salubridad. Los patronos están obligados a adoptar medidas convenientes para prevenir a sus trabajadores contra accidentes en el uso de máquinas, instrumentos y materiales de trabajo.

El mismo sistema se observaba ya en la Constitución de México aún vigente, cuyo artículo 123 establece:

Art. 123. El Congreso de la Unión, sin contravenir a las bases siguientes, deberá expedir leyes sobre el trabajo, las cuales regirán entre los obreros, jornaleros, empleados, domésticos y artesanos y de una manera general sobre todo contrato de trabajo. [...]

XV. El patrón estará obligado a observar en la instalación de sus establecimientos, los preceptos legales sobre higiene y salubridad, y adoptar las medidas adecuadas para prevenir accidentes en el uso de las máquinas, instrumentos y materiales de trabajo, así como a organizar de tal manera este, que resulte para la salud y la vida de los trabajadores, la mayor garantía compatible con la naturaleza de la negociación, bajo las penas que al efecto establezcan las leyes.

También en esta materia es dado encontrar normas en las constituciones locales de EEUU, las que no siguen un criterio uniforme al respecto, sino que respondiendo sin duda a los aspectos que, dentro de sus respectivas jurisdicciones adquieren mayor importancia, les dedican cláusulas especiales. Así, con relación a las condiciones sanitarias del trabajo en general, existen disposiciones en las constituciones de los estados de Idaho (artículo XIII, inciso 2); Michigan (artículo V, inciso 29); Nueva York (artículo I, inciso 19); Ohio (artículo II, inciso 34); Utah (artículo XVI, inciso 6); con relación a la sanidad en el trabajo de menores se ocupa la del Estado de Arizona (artículo XVIII, inciso 2), y con referencia a las condiciones sanitarias del trabajo en las minas, las de los Estados de Arkansas (artículo XIX, inciso 18); Colorado (artículo XVI, inciso 2); Illinois (artículo IV, inciso 29) y Nuevo México (artículo XVII, inciso 2).

Como un ejemplo del movimiento constitucional europeo, con posterioridad a la conflagración mundial de 1914, en el sentido a que nos venimos refiriendo, podemos citar las constituciones de Lituania, Polonia y Reino de los Serbios, Croatas y Eslovenos.

La Constitución de Lituania del 15 de mayo de 1928 establecía, en su capítulo XIII sobre protección social (artículo 98), que una legislación especial salvaguardaría y protegería la fuerza del trabajo humano, debiendo el Estado, por medio de leyes particulares, velar por el trabajador en caso de enfermedad, vejez, accidente o desocupación.

La Constitución de Polonia del 17 de marzo de 1921, en su capítulo V sobre derechos y deberes generales de los ciudadanos (artículo 102), ponía al trabajo, como fuente principal de riqueza, bajo la protección especial del Estado.

La Constitución del Reino de los Serbios, Croatas y Eslovenos del mes de junio de 1921 contenía, entre las prescripciones sociales y económicas que integraban su tercera parte (artículo 23), una norma por la cual el trabajo quedaba colocado bajo la protección del Estado, siendo las mujeres y los menores objeto de una protección especial en los trabajos perjudiciales a la salud. Encomendaba a la legislación la fijación de medidas especiales para la seguridad y la protección de los obreros, regulando la jornada de trabajo.

En cuanto al preámbulo de la reciente Constitución de la República de Francia, solo aparece directamente vinculado a este aspecto el párrafo que hemos transcrito al ocuparnos de las normas relativas a la protección de la familia.

Los derechos y deberes sociales

En síntesis, se observa en el movimiento constitucionalista contemporáneo, la tendencia a completar la parte dogmática de la ley fundamental, restringida tradicionalmente a la declaración de los derechos políticos (libertades formales), mediante la incorporación a la misma de los derechos y deberes sociales, con la característica esencial de las constituciones posteriores a la última guerra mundial, de ensayarse una fórmula de equilibrio entre el elemento racional y permanente (la personalidad humana) y el mutable y no racional, conformado por las necesidades materiales de la vida social.

Cierto es que aun sin cláusulas constitucionales expresas, conforme lo hemos destacado, se ha ejercido, en ciertos estados, una acción encaminada a la satisfacción de dichas necesidades, pero ello no significa que no haya ventajas en la declaración expresa de los derechos y deberes sociales, como límites que demarcan no solo la esfera de libertad individual, sino también de los fines del Estado y el poder.

Expresado ya que integra un importante aspecto de esos derechos y deberes sociales, el vinculado con la protección de la salud, conviene finalmente destacar que, aun de incorporarse a una constitución escrita normas específicas de tutela a la familia y al trabajo, sería menester mantener una disposición que contemple en forma genérica el problema, como lo hacen las normas que hemos examinado en el punto a del párrafo 2 (Primer criterio. Formal).

La restricción de los derechos individuales: Conceptos generales

En la evolución del derecho público se ha concretado siempre la función estatal de tutela del orden público en cuanto a los distintos aspectos de la colectividad: seguridad, moralidad, sanidad, etc. Es así como en el Estado de derecho, desde sus orígenes, se ha atribuido a sus órganos la misión de defender al individuo y a la sociedad contra posibles perturbaciones, mediante una actividad generalmente de índole negativa, toda vez que se estimaba que el deber de no perturbar correspondía a la idea de no obrar, sin perjuicio de que se fue admitiendo también la existencia de una acción positiva, es decir de obrar en determinada forma.

En el proceso evolutivo se denominó a aquella actividad “policía”, palabra de muy antigua aplicación en el campo del derecho, pero con variable contenido y que los autores vinculados a la teoría pura del derecho imputan como meta jurídica, al par que sostienen la inconsistencia de la separación en un rubro especial de esta actividad.

No es del caso profundizar el examen de los problemas relacionados con la tutela del orden público, integrado por distintos aspectos: seguridad pública, salubridad pública, moralidad pública, etc., desde el propio significado correcto de la expresión, hasta la naturaleza jurídica de la tutela y su ámbito, cuestiones ellas íntimamente vinculadas al concepto del Estado y a sus fines.

Lo cierto es que la salud pública, que representa uno de los sectores que integran el orden público y cuya trascendencia obvio es destacar, es tutelada mediante las prestaciones directas por el Estado, particularmente las de carácter asistencial, a las que ya nos hemos referido; las restricciones a los derechos formales; y los deberes cuyo incumplimiento apareja una sanción penal.

Es la limitación a los derechos formales, como medio de defensa de la salud pública, el asunto que nos ocupa en este capítulo. La regulación de la conducta humana por medio de deberes, obligaciones de no hacer y de hacer (que en el fondo son también negativas: no perturbar) y aun por la coacción, ha sido admitida en el derecho positivo del siglo XIX, hasta en los ordenamientos que respondían a una concepción puramente individualista del Estado, para la obtención de la finalidad que estudiamos.

En realidad, este medio de la tutela, así como en general, el concepto de una legislación orgánica sobre salud pública, comenzó a concretarse a mediados del siglo XIX, y coincide con la creación de organismos administrativos específicos. Al iniciarse el presente siglo se había ya estructurado la doctrina, que había sido ya recibida en el derecho positivo, mediante la aplicación jurisprudencial de facultades reconocidas al Estado por las constituciones en forma genérica o implícita, tal como ocurre en nuestro derecho constitucional vigente cuando el artículo 14 establece que los derechos allí enumerados se gozan conforme a las leyes que reglamenten su ejercicio, disposición que comprende a los no enumerados a que se refiere el artículo 33 y que está condicionada a la prescripción del artículo 28.

Como hemos apuntado, este poder y función se ha materializado en el concepto de policía que ha tomado estructuración científica en el derecho de los países europeos; y en un sector del *police power* en EEUU, el que, con una distinta significación, es entendido como una función de gobierno que comprende no solo el mantenimiento del orden público, sino también el interés público, como un poder genérico de promover el bienestar general.

Ambos, la doctrina del poder de policía tal como ha sido definida por los autores alemanes, franceses, italianos, etc. y la aplicación jurisprudencial del *police power*, aparecen en la dinámica del derecho público de América Latina.

No es oportuno, por ser ampliamente conocidas, ahondar el estudio de estas instituciones jurídicas, pero interesa señalar que la restricción de los derechos formales en vista a la protección de la salud pública, constituye en el mil novecientos un principio de derecho público vigente en el derecho constitucional de todos los países. Solo se controvertía la extensión y los límites de este poder.

Pero en el proceso constitucional anterior a la guerra de 1914-1918, enfocado en su aspecto formal, no aparecen, por lo general, preceptos expuestos y, como hemos dicho, las facultades referidas se hallaban ínsitas en las genéricas o implícitas, que representaban así el fundamento constitucional de la legislación sanitaria de esta naturaleza.

El problema sanitario, concebido en el doble aspecto de prestación directa y restrictiva de las libertades formales, solamente aparecía contemplado en las partes orgánicas de algunas constituciones federales, al deferirse al Congreso la atribución de legislar en determinados aspectos, (tal la constitución de México, según la reforma de 1908), o en las de ciertos países unitarios, al reglar los poderes de la legislatura, municipios, etc. Entre las excepciones, podríamos citar la Constitución suiza de 1874 (artículo 31, apartado c), particularmente, según la reforma de 1913, que establece interesantes limitaciones a la libertad de comercio y de industria.

Al iniciarse la culminación de la denominada “cuestión social”, con el patente afloramiento de sus problemas, al finalizar la guerra de 1914-1918, y con ello el proceso de la racionalización del poder, la desvalorización de las libertades formales y el reconocimiento de las relaciones sociales y de sus intereses, trasciende esa nueva concepción a las normas explícitas o implícitas que autorizan la regulación de la conducta, por motivos de protección de la salud pública.

Es así que la interpretación de las normas constitucionales genéricas o implícitas se amplía, permitiendo una legislación en este sentido creciente, y se concreta en el aspecto formal, en el propio texto de algunas constituciones. Se incorporan así restricciones especiales, en vista a ciertas categorías de núcleos familiares o sociales, específicamente cuando tienden a asegurar la protección del trabajador; en otros casos se perfilan nitidamente verdaderas restricciones a la libertad individual.

La reciente guerra mundial al agudizar la cuestión social, por una parte, y reafirmar el respeto de la personalidad, por la otra, buscando armonizar el reconocimiento de la racionalidad con la liberación de las exigencias perentorias de carácter material mediante la cooperación, ha llevado a definir el Estado democrático como esencialmente informado por los principios de universalidad y de cooperación en la libertad. No excede de los límites de esta concepción, la limitación de las libertades formales en la medida necesaria para la defensa de la salud pública.

El intento de equilibrio entre las libertades formales y los intereses sociales, a que hemos aludido, se trasunta, en cuanto al problema que nos ocupa, en la constitución de Italia de 1947.

Restricciones atípicas

En algunas constituciones hallamos explicitadas las fuentes de restricciones, sin afectar una expresión concreta, particularmente al formular la atribución de las facultades de los poderes centrales, en regímenes federativos, o de los órganos del Estado, en las de ciertos países unitarios. Por las características señaladas, solo reputamos de interés referirnos a algunos textos, a título de ejemplo:

Perú. El artículo 50 (título II, “Garantías constitucionales; capítulo I, Garantías nacionales y sociales”), después de establecer la función positiva del Estado en materia de sanidad, prevé la sanción de las leyes de control higiénico y sanitario que sean

necesarias. Está implícito, en consecuencia, el establecimiento de restricciones a los derechos individuales.

Brasil. El artículo 5, cláusula XV, atribuye a la Unión la facultad de legislar sobre normas generales de defensa y protección sanitaria. Constituye el fundamento constitucional de las restricciones que por vía legislativa pueden, dentro del marco correspondiente, imponerse a los derechos individuales.

Alemania. La Constitución de Weimar, prescribía que el Imperio alemán tiene derecho a legislar sobre el régimen sanitario (artículo 7, inciso 8) y sobre el comercio de productos alimenticios y de consumo, así como de los objetos de uso diario (artículo 7, inciso 15).

Unión de las Repúblicas Socialistas Soviéticas. La constitución del 31 de enero de 1924, en el título II, capítulo I, “De la competencia de los órganos supremos de la Unión de las Repúblicas Socialistas Soviéticas”, establece que entran en la competencia de los órganos supremos de la Unión, el establecimiento de medidas comunes en el dominio de la higiene pública.

España. Constitución de la República del 9 de diciembre de 1931. Los artículos 14 y 15 atribuían al Estado español la legislación en materia de defensa sanitaria en cuanto se relacione con intereses extrarregionales y represente bases mínimas de legislación sanitaria interior.

Portugal. La Constitución del 14 de marzo de 1933, en su artículo 40 (título VIII, “De la organización económica y social”), dice: “Constituirán un derecho y una obligación del Estado, la defensa de la moral, de la salubridad, de la alimentación y de la higiene pública”.

Estado de South Carolina. El artículo VIII, inciso 10, dispone que la Asamblea general otorgue a las Cámaras de Salud, facultades para dictar reglamentaciones que protejan la salud de la comunidad y eliminen las plagas.

Colombia. No contiene normas que impongan en forma expresa, tanto en su parte dogmática como en la orgánica, restricciones generales, en virtud de finalidades vinculadas a la preservación de la salud pública. No obstante, es digno mencionar que el artículo 16 (título III) determina: “Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en sus vidas, honras y bienes y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares”. Este último concepto relacionado con el cumplimiento de los deberes sociales, ha sido incorporado en una de las últimas reformas constitucionales. El artículo 19 de la constitución de 1886, que modificado es el actual artículo 16, se limitaba a “asegurar el respeto recíproco de los derechos naturales, previniendo y castigando los delitos”, lo que vale decir que proclamaba como función esencial del

Estado, mantener represivamente el orden jurídico, proteger los llamados derechos naturales y castigar los delitos. Expresan algunos comentaristas de ese país, que el nuevo concepto asegura el cumplimiento de los deberes sociales del propio Estado y de los particulares, atribuyéndole a aquel la intervención para procurar el bienestar común, con un sentido de valoración total de la vida humana. Encuadra en este concepto la protección de la salud y lleva implícita la posibilidad de restringir el ámbito de los derechos formales, con la expresada finalidad.

Sistematización de las restricciones explícitas, en el derecho constitucional comparado

En el panorama actual de los textos constitucionales, encontramos restricciones explícitas a las libertades formales, que corresponden a poderes del Estado en materia sanitaria. Tomando en consideración cada una de dichas libertades, un intento de sistematización nos permitiría agrupar dichas restricciones en la siguiente forma:

- a. A la libertad de contratar (en materia de trabajo).
- b. A la libertad de comerciar y trabajar.
- c. Al derecho de propiedad.
- d. A la libertad de transitar.
- e. A la inviolabilidad del domicilio.
- f. A la libertad en sentido general.

Restricciones a la libertad en materia de trabajo

Comprendemos en este capítulo a las normas constitucionales que fundamentan un sistema normativo tendiente a crear las condiciones básicas para la protección de la salud de los trabajadores, con relación a las condiciones inherentes a sus labores. Circunscribimos nuestra ojeada a los aspectos típicamente vinculados con el problema sanitario, dejando de lado aquellos otros que, no obstante su innegable relación por cuanto también lo condicionan, han quedado involucrados en el ámbito del llamado derecho obrero (jornada de trabajo, trabajo de mujeres y niños, etc.). A continuación, transcribimos disposiciones constitucionales en esta materia:

Bolivia. “Sección decimacuarta, ‘Régimen social’. Art. 125. El Estado dictará medidas protectoras de la salud y de la vida de los obreros, empleados y trabajadores campesinos [...] Las autoridades controlarán, asimismo, las condiciones de seguridad y salubridad públicas dentro de las que deberán ejercerse las profesiones o los oficios, así como las labores en el campo y las minas”.

Colombia. “Título III, ‘De los derechos civiles y garantías sociales’. Art. 39. [...] Las autoridades inspeccionarán las profesiones y oficios en lo relativo a la moralidad, seguridad y salubridad públicas”.

Ecuador. “Parte segunda, ‘Normas de acción’. Título I, ‘Preceptos fundamentales’. Art. 185. [...] m) La higiene y la seguridad en el trabajo se reglarán, para garantizar la salud y la vida de los trabajadores”.

Paraguay. “Declaraciones generales. Artículo 14”. Establece que estarán bajo “la vigilancia y fiscalización del Estado las condiciones de seguridad e higiene de los establecimientos” (de trabajo), (Constitución del 10 de julio de 1940).

Perú. “Título II, ‘Garantías constitucionales’. Capítulo I, ‘Garantías nacionales y sociales’. Art. 46. El Estado legislará sobre la organización general y las seguridades del trabajo industrial, y sobre las garantías en él de la vida, la salud y la higiene”.

Guatemala. “Capítulo II, ‘Garantías sociales’. Sección I, ‘Trabajo’”. El artículo 58, inciso 15, establece entre los principios fundamentales que regulan el trabajo: “Las condiciones de seguridad e higiene en que debe prestarse el trabajo En los establecimientos de trabajo se observarán estrictamente los reglamentos y disposiciones sobre higiene y salubridad”.

Panamá. Título III, “Derechos y deberes individuales y sociales”. Capítulo I, “Garantías fundamentales”. El artículo 26, que determina la inviolabilidad del domicilio, prescribe en el segundo apartado que: “Los funcionarios del trabajo, de previsión social y de sanidad pueden practicar, previo aviso, visitas domiciliarias o de inspección a los sitios de trabajo con el fin de velar por el cumplimiento de las leyes sociales y de salud pública”.

México. “Título VI, ‘Del trabajo y de la previsión social’. Art. 123. [...] XII. - En toda negociación agrícola, industrial, minera o cualquier otra clase de trabajo, los patrones estarán obligados a proporcionar a los trabajadores habitaciones cómodas e higiénicas, por las que podrán cobrar rentas que no excederán del medio por ciento mensual del valor catastral de las fincas. Igualmente deberán establecer escuelas, enfermerías y demás servicios necesarios a la comunidad. [...] XV. El patrón estará obligado a observar, en la instalación de sus establecimientos, los preceptos legales sobre higiene y salubridad, y adoptar las medidas adecuadas para prevenir accidentes en el uso de las máquinas, instrumentos y materiales de trabajo, así como a organizar de tal manera este, que resulte para la salud y la vida de los trabajadores, la mayor garantía compatible con la naturaleza de la negociación, bajo las penas que al efecto establezcan las leyes”.

Suiza. El artículo 34 establece que la Confederación tiene derecho a estatuir prescripciones uniformes sobre el trabajo de los niños en las fábricas y sobre la protección a acordar a los obreros en las industrias insalubres o peligrosas.

Reino de los Serbios, Croatas y Eslovenos. En la tercera parte, “Prescripciones sociales y económicas”, de la Constitución de junio de 1921, en el artículo 23, después de establecer que “las mujeres y los menores deben ser objeto de una protección especial en los trabajos perjudiciales a su salud”, se refiere a las medidas especiales y prescripciones para la “protección de los obreros”.

Estado de Arizona. Cláusula XV, inciso 3. Entre los poderes de la comisión de corporaciones, se consignan los de redactar y hacer cumplir normas, reglamentaciones y ordenanzas para la conservación de la salud de los empleados y empleadores de tales corporaciones. El inciso 2 del artículo XVIII (Trabajo) prohíbe el empleo de menores en las minas, ni en ocupación lesiva de la salud.

Estado de Arkansas. El artículo XIX, inciso 18, prevé que la Asamblea General dictará leyes adecuadas para asegurar la salud de las personas empleadas en trabajos de minería.

Estado de Idaho. El artículo XIII, inciso 2, establece que la Legislatura dictará leyes que provean a la salud de los empleados y obreros de las fábricas, fundiciones, minas y establecimientos de reducción de minerales en bruto.

Estado de Ohio. El artículo II, inciso 34, promueve la legislación que provea a la salud de todos los empleados.

Restricciones a la libertad de comerciar y trabajar

Restricciones de esta naturaleza, reconocidas como comprendida en la facultad de reglamentar los derechos constitucionales formales, han sido incorporadas en términos explícitos en algunos textos constitucionales.

Panamá. El artículo 21 prescribe que la ley podrá, por razones de salubridad, subordinar a condiciones especiales o negar el ejercicio de determinadas actividades a los extranjeros en general. “Art. 41. Toda persona es libre de ejercer cualquier profesión u oficio. Su ejercicio queda sujeto a los reglamentos que establezca la ley en lo relativo a idoneidad, moralidad, seguridad y salud pública”.

Perú. “Art. 42. El Estado garantiza la libertad de trabajo. Puede ejercerse libremente toda profesión, industria u oficio que no se opongan a la moral, a la salud ni la seguridad pública”.

Honduras. “Título I, capítulo III, ‘De la libertad’. Art. 62. [...] El tráfico de estupefacientes o drogas heroicas será reglamentado por la ley y por los convenios internacionales”.

Suiza. En el artículo 31, que consagra la libertad de comercio y de industria, garantizándola en toda la Confederación, se hacía reserva de “las medidas de policía

sanitaria contra las epidemias y las epizootias. Fue modificado por el referéndum del 4 de mayo de 1913, quedando así: “Las medidas de policía sanitaria destinadas a la lucha contra las enfermedades transmisibles, las enfermedades muy extendidas y las enfermedades particularmente peligrosas del hombre y de los animales”. Por su parte, el artículo 69 bis dice: “La Confederación tiene el derecho de legislar: a) sobre el comercio de productos alimenticios; b) sobre el comercio de otros artículos de uso doméstico y objetos usuales, en tanto que puedan poner en peligro la salud o la vida”.

Restricciones al derecho de propiedad

Varias constituciones, al consagrar el derecho de propiedad, establecen expresamente que está sujeto a las restricciones por razones de interés general. Esta fórmula figura en la Constitución del Uruguay (artículo 31), Honduras (artículo 64), Nicaragua (artículos 60 y 62), Haití (Constitución del 22 de noviembre de 1946, artículo 17). Otras se limitan a determinar su función social. De ambos sistemas, resulta implícita la limitación del ejercicio de este derecho, por razones de salubridad.

El concepto está más claramente definido en la constitución de Chile, capítulo III, “Garantías constitucionales”, artículo 10, inciso 10, último apartado:

El ejercicio del derecho de propiedad está sometido a las limitaciones o reglas que exijan el mantenimiento y el progreso del orden social y, en tal sentido, podrá la ley imponerle obligaciones o servidumbres de utilidad pública en favor de los intereses generales del Estado, de la salud de los ciudadanos y de la salubridad pública.

Restricciones expresas a la libertad de transitar

La libertad de entrar al país, transitar en él o cambiar de residencia, aparece limitada por razones de sanidad.

Panamá. “Art. 27. Toda persona puede transitar libremente por el territorio nacional y cambiar de residencia sin más limitaciones que las que impongan las leyes o reglamentos de tránsito, fiscales, de salubridad y de inmigración”.

México. El artículo 11 subordina el ejercicio del derecho a entrar en la República, salir de ella, viajar por su territorio y mudar de residencia sin necesidad de carta de seguridad, etc., a las facultades de la autoridad administrativa, por lo que toca a la salubridad general de la República.

Restricciones expresas a la inviolabilidad del domicilio

La inviolabilidad del domicilio está expresamente restringida en algunas constituciones modernas, en las que se le somete a la inspección sanitaria.

Venezuela. El artículo 35, que garantiza la inviolabilidad del hogar, prescribe que: "... Estará sujeto, conforme a la ley, a las visitas sanitarias y fiscales, previo aviso de las autoridades o funcionarios que ordenen o hayan de practicar la inspección".

Honduras. Constitución del 28 de marzo de 1936. "Título III, capítulo I, 'De la inviolabilidad de la vida humana'. Art. 48. La habitación de toda persona es un asilo sagrado que no podrá allanarse sino por la autoridad, en los casos siguientes: [...] 3. En caso de incendio, terremoto, inundación, epidemia u otro análogo; y para verificar cualquier visita o inspección de carácter puramente sanitario".

Nicaragua. "Título IV, 'Derechos y garantías'. Art. 54. El Estado garantiza la inviolabilidad del hogar. La habitación de toda persona solo puede ser allanada por la autoridad, en los casos siguientes: [...] 4. En caso de incendio, terremoto, inundación, epidemia u otro análogo. 5. Para cualquier visita o inspección de carácter estadístico, sanitario o higiénico.

México. "Art. 16. [...] La autoridad administrativa podrá practicar visitas domiciliarias únicamente para cerciorarse de que han cumplido los reglamentos sanitarios y de policía".

Restricciones a la libertad en general

Bolivia. Constitución del 24 de noviembre de 1945, sección decimacuarta, "Régimen social", artículo 130, in fine. Determina que la asistencia sanitaria es "coercitiva y obligatoria".

Uruguay. Constitución del 27 de marzo de 1938, reformada el 29 de noviembre de 1942. "Sección II, capítulo I, 'Derechos, deberes y garantías'. Art. 43. [...] Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad".

Panamá. Constitución del 1 de marzo de 1946. "Título III, 'Derechos y deberes individuales y sociales'; capítulo V, 'Salud pública y asistencia social'. Art. 92. - Es función esencial del Estado velar por la salud pública. El individuo tiene derecho a la protección, conservación y restitución de su salud, y la obligación de conservarla. En consecuencia, el Estado desarrollará principalmente las actividades que a continuación se detallan: a) combatir, por medio de tratamiento individual y del saneamiento del ambiente, las enfermedades transmisibles".

México. Como en el presente estudio, por su naturaleza, extensión y finalidades, solo excepcionalmente se consideran las normas de las constituciones de los estados locales que integran un determinado Estado federativo, hemos de referirnos exclusivamente a la de los Estados Unidos mexicanos. Debemos apuntar que la de 1857 no contenía preceptos explícitos, tanto en la parte dogmática como en la orgánica, en materia sanitaria, de donde fluye la concordancia con la Constitución Argentina y la de EEUU. La introducción de preceptos expresos tuvo origen en una iniciativa del Poder Ejecutivo, por la cual se restringía “la amplitud de la garantía de libre entrada que otorga el artículo 11 constitucional permitiendo que las leyes de inmigración y salubridad puedan limitar esa libertad cuando lo exija el interés público”. Complementariamente, proyectó incluir entre las facultades del Congreso (artículo 72, fracción XXI) la de legislar sobre salubridad pública de las costas y fronteras. En definitiva, la iniciativa fue modificada, ampliándose las facultades del Congreso en el sentido de expedir leyes que fijen las atribuciones de la Federación en casos de salubridad general. Tal fue el contenido de la reforma de 1908. La reforma introducida por el Congreso de Querétaro (año 1917), cuya trascendencia en cuanto al régimen de la propiedad y del trabajo hemos destacado, tuvo en la materia relevante importancia. Su texto es el que, sustancialmente, se halla en vigencia. El artículo 73 que forma parte del título III, capítulo II, “Del Poder Legislativo”; sección III, “De las facultades del Congreso”, establece en la fracción XVI, que tiene facultad:

Para dictar leyes sobre [...] salubridad general de la República:

- 1) El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país.
- 2) En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, el Departamento de Salubridad tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el presidente de la República.
- 3) La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país.
- 4) Las medidas que el Consejo haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de substancias que envenenan al individuo y degeneran la raza, serán después revisadas por el Congreso de la Unión, en los casos que le competan.

Prescindiendo, según la sistematización que tenemos adoptada, de las restricciones específicas contenidas en la constitución vigente, al principio de la inviolabilidad del domicilio (artículo 16, apartado II), al derecho de transitar (artículo 11) y a las establecidas en materia de trabajo (artículo 123, apartados XII, XV y concordantes), el problema sanitario dentro de la Constitución Federal, está contenido en los preceptos que hemos transcritos. De su texto y ubicación, se infiere que integra la parte orgánica de la Constitución, al definir las facultades del Congreso Federal. Dejando para su oportunidad los aspectos que atañen al sistema federal, de ese texto podemos establecer dos conclusiones:

- a. Que está implícita la facultad de imponer restricciones a los particulares. Ello no solamente resulta del otorgamiento de la facultad de legislar sobre salubridad general, sino también de la obligatoriedad que expresamente se prevé para las disposiciones del Consejo de Salubridad Federal (párrafo 1); de las medidas preventivas a aplicarse en casos de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas, y de las que se pongan en vigor contra el alcoholismo y sobre la venta de sustancias nocivas (párrafo 4).
- b. Los párrafos 2 y 4 acuerdan funciones de extraordinaria extensión al organismo administrativo (Departamento de Salubridad). Del primero resulta una autonomía de acción al margen del sistema jerárquico normal toda vez que puede dictar las medidas preventivas indispensables en los casos especificados. En el segundo, se le asignan funciones legislativas en las materias que contemplan.

Como ha sido señalado por tratadistas mexicanos, en las referidas hipótesis glosadas el organismo administrativo asume funciones de presidente de la República y de Congreso de la Unión, reuniéndose ambos poderes en un solo titular, que es un simple funcionario del Poder Ejecutivo. Ello significa un régimen de excepción, que contrasta con el ordenamiento constitucional mexicano y que, por otra parte, resalta por su singularidad, en el derecho constitucional comparado. Baste advertir, en apoyo de esta afirmación que, según este, el organismo tiene facultades para imponer restricciones a las libertades formales.

Italia. Si la constitución de Francia ofrece desde el punto de vista formal la singular característica de eliminar la parte dogmática, concentrándola en el preámbulo cuya valoración jurídica a través de la doctrina hemos ya efectuado, la de Italia, inspirada evidentemente en semejantes principios políticos, en una igual concepción del Estado y de sus finalidades, estructura con una sistemática adecuada un conjunto de principios ideológicos constitucionales, los derechos y deberes de los ciudadanos y, por último, el ordenamiento de la República. Procura armonizar los derechos y las libertades de la personalidad con los principios de la democracia social que conducen a una mayor intervención del Estado, pero en forma tal que esa intervención y las restricciones que se imponen al hombre en vista al sentido social, no implican la anulación de aquellos, ni se traducen en un simple conglomerado de normas sin la debida coherencia jurídica y político-social. El artículo 32 (parte I, título II), contempla dentro del referido concepto, lo relativo a la salud pública:

La República tutela la salud como fundamental derecho del individuo e interés de la colectividad, y garantiza la asistencia gratuita a los indigentes. Nadie puede ser obligado a un determinado tratamiento sanitario si no por disposición de la ley. La ley no puede en ningún caso violar el límite impuesto al respeto de la persona humana.

El primer apartado define, además del aspecto que hace a la acción positiva del Estado, el derecho del individuo a la acción higiénica y asistencial y el correlativo deber del Estado, de satisfacerlo; la tutela social en materia sanitaria, que apareja la restricción de otros derechos, en la medida racionalmente necesaria para la protección de los demás, y sin que se excedan los límites que definen el ámbito de las facultades inherentes a toda persona (*in fine*). Por el contrario, determina, en vista a un principio político, uno de los aspectos en el cual el derecho individual no puede ser violado. Por otra parte, las restricciones aludidas, cuando se refieran a la propia persona, solamente pueden ser impuestas por ley, en el sentido formal. Del panorama de los textos constitucionales que acabamos de presentar sistemáticamente, se desprende que algunas constituciones extreman la restricción a la libertad individual como facultad de la persona de actuar en la vida de acuerdo a su propia conciencia, en forma tal que no solo delimitan con exceso el ámbito de legitimidad de esa libertad, sino que llegan prácticamente a anularla. Ciertamente es que desde el punto de vista jurídico y político social, la fórmula de la Constitución de Italia no ofrece los mismos reparos y, por el contrario, trasunta una adecuada valoración de los elementos en juego, pero no es lo suficiente genérica para comprender el problema en todas sus manifestaciones. Por otra parte, la consignación de restricciones expresas a determinados principios, derechos y garantías, establecidas específicamente, a veces para supuestos también expresamente determinados, aparte de los inconvenientes de técnica normativa, ofrecen el peligro de un casuismo que lejos de significar un ámbito jurídico adecuado, prescinda de permitir la restricción en circunstancias no previstas. De mantenerse el principio de que las libertades individuales deben gozarse de acuerdo con las leyes que reglamenten su ejercicio, la enunciación expresa de las restricciones resulta totalmente innecesaria.

El problema federal en el derecho constitucional comparado

Sentido del problema

El problema a que alude el título es el que se plantea en los estados organizados bajo la forma federal, —que supone la existencia de un conjunto de comarcas o regiones, capaces de unirse para empresas comunes sin renunciar a su sustantividad—, en cuanto se trata de determinar los poderes y atribuciones que corresponderán a los estados locales y al estado federal con respecto a la función legislativa y la jurisdiccional.

La función legislativa en el derecho constitucional comparado

Por constituir un precedente de singular importancia, dadas las características específicas de su sistema confederativo, citaremos en primer término el ejemplo que ofrece la Confederación Suiza.

El artículo 69 de la Constitución del 29 de mayo de 1874 que limitaba la competencia federal a la sanción de leyes concernientes a medidas de policía sanitaria contra las epidemias y epizootias, fue reformado por la votación popular del 4 de mayo de 1913, confiriendo al poder central la facultad de adoptar por vía legislativa, medidas destinadas a luchar contra las enfermedades transmisibles, las enfermedades muy extendidas y las enfermedades particularmente peligrosas del hombre y de los animales.

Complementando el artículo anterior, en el artículo 69 bis, incorporado por votación popular el 11 de julio de 1897, la constitución helvética asigna a la confederación el derecho de legislar sobre el comercio de los productos alimenticios y el de los artículos de uso cotidiano, en tanto puedan poner en peligro la salud o la vida.

La Constitución alemana confería al Imperio, en su artículo 4, inciso 15, la facultad de dictar los reglamentos de sanidad, medicinales y veterinarios.

Posteriormente, al votarse en Weimar, el 31 de julio de 1919, la nueva Constitución del Imperio Alemán se facultó al Imperio, en el artículo 7, incisos 7, 8 y 15 para legislar sobre la protección de las madres, lactantes, niños y adolescentes; el régimen sanitario, el régimen veterinario y la protección de las plantas contra las enfermedades y los agentes nocivos; sobre el comercio de productos alimenticios y de consumo, así como de los objetos de uso cotidiano. En el artículo 10, inciso 5o, se le facultó para legislar en materia de inhumaciones. Así establecida la competencia del poder central acerca de la facultad de legislar en materia sanitaria, los posibles conflictos de poderes se encontraban previstos en los artículos 12 y 13 por los que se reconocía a los estados la facultad de dictar normas sanitarias, hasta tanto no lo hubiera hecho el Imperio, fijando la prelación de la legislación federal sobre la local.

La Constitución de Austria del 1 de octubre de 1920, modificada el 30 de julio de 1925 y el 1 de octubre de 1929, que adopta en su artículo 2, inciso 1, el régimen federativo de gobierno, considera en su artículo 10, que es función federal la de legislar en materia de higiene, con exclusión de las cuestiones relativas a la policía mortuoria, a los servicios sanitarios municipales, a la fiscalización sanitaria de los establecimientos asistenciales, estaciones climáticas y fuentes termales, al arte veterinario y al contralor de productos alimenticios. En el artículo 12, inciso 2 hace residir en el poder central, la función de legislar sobre la asistencia pública, las obras de higiene popular, la asistencia a las mujeres embarazadas, a los lactantes y a la infancia, los establecimientos asistenciales, las estaciones climáticas y las fuentes termales.

La moderna Constitución de la República de Chile, promulgada el 1 de enero de 1947, al determinar en su capítulo X, las funciones del Gobierno central y de los gobiernos locales establece, en el artículo 108, inciso r), que corresponde al Gobierno central legislar sobre salud pública. Los gobiernos locales, por su parte, gozan de las mismas atribuciones en lo que se refiere a la función de legislar, por así disponerlo el artículo 109, en su inciso a.

Los *hsien*, una especie de distritos, poseen los mismos derechos que los gobiernos provinciales, al poder legislar sobre salud pública.

La superposición de funciones en una misma materia, la de salud pública, se encuentra coordinada en virtud de una disposición contenida en el último párrafo

del artículo 108 que establece que, en las materias comprendidas en los precedentes incisos que fijan la competencia federal, las provincias podrán legislar por su propia cuenta, con tal que no sea en contradicción con las leyes nacionales, vale decir, que su legislación podrá ser supletoria o complementaria de la federal.

En América corresponde citar en primer término, por su importancia desde el punto de vista que estamos considerando, la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, promulgada el 5 de mayo de 1917; su artículo 73, apartado XVI, confiere al Congreso la facultad de legislar en materia de salubridad general de la República, agregando que la autoridad sanitaria nacional dependerá directamente del presidente de la República siendo sus disposiciones generales obligatorias para todo el país. Dicha autoridad sanitaria, de acuerdo con lo dispuesto en el inciso 2o del citado apartado, deberá en caso de epidemias de carácter grave o ante el peligro de invasión de enfermedades exóticas, dictar inmediatamente las medidas preventivas que estime indispensables, con la reserva de que deberán ser después sancionadas por el presidente de la República. La autoridad sanitaria tiene, de acuerdo con el inciso 3 del mismo artículo apartado, carácter ejecutivo y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país, pudiendo imponer medidas en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias nocivas para la salud, las que serán revisadas por el Congreso de la Unión en los casos que le competan.

Cabe hacer notar que el federalismo mexicano en lo que se refiere a las facultades del poder central y las de los estados es semejante al nuestro, toda vez que los Estados conservan todas las facultades no delegadas en la Federación (artículo 124).

Consideramos conveniente realizar un breve análisis de los antecedentes de la Constitución a que nos hemos referido, por ser una de las primeras de las de América en que aparecen incorporadas normas sobre jurisdicción federal en materia sanitaria.

En la constitución del año 1857 no existía la facultad de la Federación para intervenir en materia de salubridad. Se desprendía, en cambio, del contenido del artículo 117, que esa facultad había quedado reservada a los estados; solo al reformarse dicha Constitución el 12 de noviembre de 1908, se le confirió al Congreso de la Unión la atribución de dictar leyes sobre salubridad general.

Esa reforma tuvo su origen en una iniciativa del Poder Ejecutivo, presentada a la Cámara de Diputados el 1 de mayo de 1908, por la que se propiciaban restricciones a la libertad tránsito consagrada por el artículo 11 de la constitución entonces vigente. Dichas restricciones tenían por objeto impedir el ingreso de extranjeros que no fueran deseables desde el punto de vista de la salud, de la conducta o de la capacidad productiva. La iniciativa se complementaba con una norma, destinada a adicionarse al apartado XXI del artículo 72 referente a las facultades del Congreso, autorizándole a dictar leyes sobre “salubridad pública de las costas y fronteras”.

La Comisión de Puntos Constitucionales de la Cámara de Diputados, al expedirse sobre la reforma proyectada, aconsejó la substitución del agregado propuesto, sobre las facultades del Congreso, por otro texto que le confería el poder de legislar sobre “salubridad general de la República”, fundándose en que una norma de contenido más amplio permitiría dictar medidas más trascendentales, evitar discusiones sobre los poderes federales en materia de salubridad pública y, lo que se consideró fundamental,

impedir que los estados so pretexto de leyes de salubridad local impusieran restricciones graves u onerosas al comercio o al tránsito de personas. Quedaba, pues, a los estados locales, la facultad de legislar sobre salubridad local en tanto no afectara la salubridad nacional u otras materias de competencia general. De acuerdo con el dictamen glosado, se reformó el 12 de noviembre de 1908 el texto constitucional entonces vigente.

Al discutirse las reformas en Querétaro, en la sesión del 19 de enero de 1917, se propuso una adición a la fracción XVI del artículo 73, cuyo contenido es sustancialmente el que rige en la actualidad y que hemos examinado precedentemente. La iniciativa se fundó en que la mortalidad por epidemias y los efectos producidos por el consumo de alcohol y drogas nocivas exigen una intervención enérgica y rápida de las autoridades, la que se estimó que solo podía hacerse efectiva si la autoridad sanitaria podía ejercer su acción en todo el país. El carácter ejecutivo asignado a la autoridad sanitaria lo fue por considerar que ello respondía a la urgente necesidad de evitar que sus disposiciones fuesen burladas.

El proyecto fue aprobado por 143 votos contra 3, quedando incorporado a la constitución que rige en la actualidad.

La Constitución de los Estados Unidos del Brasil del año 1937, ya reconocía como de competencia privativa federal el poder de establecer por medio de leyes, normas generales para la defensa y protección de la salud, especialmente de la salud infantil (artículo 16, apartado XXVII).

Esa competencia aparece igualmente reconocida en la constitución vigente, promulgada el 18 de setiembre de 1946, toda vez que en la misma se confiere a la Unión (artículo 5, apartado XV, inciso b), el poder de legislar sobre defensa y protección sanitaria; pero ese poder no es exclusivo sino concurrente, por así determinarlo el artículo 6, que admite que los estados integrantes de la Unión dicten leyes suplementarias o complementarias de la legislación federal.

La Constitución de los Estados Unidos de Venezuela, promulgada el 5 de julio de 1947, establece en el capítulo II, del título VII, “Del poder nacional”, la competencia del poder nacional para dictar “la legislación reglamentaria de las garantías que otorga esta constitución” (artículo 138, inciso 25). El título III, “De los deberes y derechos individuales y sociales”, enumera dichas garantías, entre las que se cuentan las de los capítulos III, “De la familia” y IV, “De la salud y de la seguridad social”, de las que oportunamente nos hemos ocupado. Es evidente, pues, que la legislación en esas materias, específicamente en las de protección a la maternidad (artículo 47), de protección integral del niño (artículo 49) y del derecho de todos los habitantes a la protección de su salud (artículo 51), integra las facultades conferidas constitucionalmente al Estado federal.

La facultad jurisdiccional en el derecho constitucional comparado

La Constitución del Imperio Alemán, votada en Weimar, disponía, en su artículo 14, que la ejecución de las leyes del Imperio era asegurada por las autoridades de los estados, a menos que dichas leyes no decidieren lo contrario.

En cambio, la Constitución de Austria de 1920 consideraba materia federal la ejecución de la legislación sanitaria dictada por la autoridad federal sobre higiene, con exclusión de la policía mortuoria y fiscalización de establecimientos asistenciales, y quedaba a los estados locales, en virtud de lo establecido en el artículo 12, la prestación de la asistencia pública, la asistencia materno infantil y la fiscalización de los establecimientos asistenciales, estaciones climáticas y fuentes de aguas medicinales.

La Constitución de la Confederación Suiza prescribe, en su artículo 69 bis, que la ejecución de las leyes dictadas para reglar el comercio de productos alimenticios y el de artículos de uso que puedan poner en peligro la salud o la vida, corresponde a los cantones bajo la fiscalización y con el apoyo financiero de la Confederación, reservando a esta última el contralor de la importación de dichos artículos y productos, en la frontera nacional.

El artículo 69, que confiere a la Confederación el poder de legislar sobre enfermedades transmisibles, muy difundidas o peligrosas, del hombre y los animales, nada dispone con relación a quienes compete la ejecución, por lo que por aplicación de lo dispuesto en el artículo 3, que reconoce a los cantones el ejercicio de todas las facultades que no hayan sido delegadas al poder federal, dicha función de ejecución es de carácter local.

La Constitución de la República de China, en su capítulo X sobre “Funciones del Gobierno central y de los gobiernos locales”, establece que corresponde al poder central la función de cuidar de la ejecución de las leyes sobre salud pública o delegarla en los gobiernos provinciales o de los *hsien* (artículo 108, inciso r). Por su parte, los gobiernos locales también se encuentran facultados para cuidar de la ejecución de las normas legales sanitarias, o delegar esa función en los *hsien* (artículo 109, inciso a). Estos, a su vez, ejercen la función jurisdiccional en materia de salud pública (artículo 110, inciso a). De lo expuesto resulta que existe en la materia una actividad concurrente, ejercida por el poder central, las provincias y los *hsien*.

La Constitución de los Estados Unidos del Brasil, que asigna al poder central, en el artículo 5, apartado XV, inciso b, la atribución de legislar en materia de defensa y protección sanitarias, reconociendo a los estados, en el artículo 6, el derecho de dictar leyes supletorias o complementarias, nada dispone con relación a la ejecución de dicha legislación, por lo que, no habiendo sido delegado en el poder central, corresponde a los estados locales, toda vez que el artículo 18, inciso 1, declara que estos se reservan todos los poderes que implícita o explícitamente no le sean prohibidos por la constitución.

La Constitución de los Estados Unidos de Venezuela dispone en el artículo 134, que los gobernadores de los estados son agentes del Gobierno federal para cumplir y hacer cumplir la constitución y las leyes de la República. En el artículo 138, inciso 19 recomienda al poder nacional la dirección técnica, el establecimiento de normas administrativas y la coordinación de los servicios de salud pública, los que podrán ser nacionalizados por ley.

La Constitución de los Estados Unidos de México establece en el artículo 73, apartado XVI, inciso 3, que la autoridad sanitaria será ejecutiva y que sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país.

Sintetizando lo expuesto, procede puntualizar:

1. Que salvo las constituciones argentina y norteamericana, en las de los demás países de occidente organizados bajo régimen federal, se confiere al poder central la facultad de legislar en materia sanitaria, claro está que con pequeñas variantes propias de la modalidad de cada uno de dichos países, impuestas por los antecedentes históricos y circunstancias que les son propias.
2. Que la función de ejecución aparece en algunos países a cargo del poder central (México), en otros está a cargo de los estados locales bajo la fiscalización del Gobierno federal (Suiza) y, finalmente, que esa función ejecutiva es conservada por los gobiernos locales, en cuanto no media una delegación expresa en la autoridad federal, ni una prohibición que impida su ejercicio (Brasil).
3. Que el reconocimiento al poder central de las facultades legislativas y, en ciertos aspectos de las jurisdiccionales, en materia sanitaria, no aparece, en la realidad del derecho constitucional positivo de los distintos países, como contradictorio de la estructuración federativa. Ciertamente es que, como lo apuntamos más arriba, dichas facultades son ejercidas por el poder central en grado diverso, que es mínimo en el caso de Suiza y máxima en el caso de Venezuela, pero ello no es óbice para lo que se acaba de expresar.
4. Que en cuanto se admita que la preservación de la salud pública y la protección de la familia (especialmente mediante las medidas específicas de amparo a la maternidad, a la infancia y a la adolescencia) constituyen garantías y son así consideradas en el texto constitucional, su cumplimiento no debe quedar librado a los poderes locales (Venezuela, suministra un ejemplo ilustrativo al respecto).

El problema en el derecho constitucional nacional

La Constitución Nacional vigente no contiene normas expresas con relación a la salud pública. No implica ello, desde luego, que en su aplicación no haya sido posible a los poderes públicos solucionar las graves cuestiones que plantea la sanidad general del país y de sus habitantes, como lo demuestran en los hechos las leyes vigentes, de validez no cuestionada, y la acción desarrollada por los organismos estatales, aun cuando sí pueda significar, frente a los resultados del estudio practicado, la necesidad de incorporar a nuestra ley fundamental los principios orgánicos que sirvan de sustento a una reestructuración de la legislación y aun de la acción.

Para que pueda establecerse una adecuada comparación entre nuestra legislación fundamental y la de los restantes países y extraer de allí las conclusiones pertinentes, se hace indispensable seguir aquí el sistema adoptado; vale decir, pues, que nos ocuparemos en primer término, del aspecto positivo de la acción del Estado; luego, del fundamento de las restricciones a las libertades formales y, por último, del problema

federal, tal como se ha planteado entre nosotros, siempre con relación a la materia que se está considerando.

La función del Estado con respecto a la tutela de la salud pública

Desde un punto de vista general, no se pene ya en tela de juicio que una de las finalidades del Estado consiste en promover el bienestar de la comunidad, mediante una acción de carácter directo, que se traduce en prestaciones positivas.

La salvaguarda de la salud pública representa uno de los aspectos más trascendentales de las finalidades antes dichas y uno de los sectores más importantes de la actividad conexas ya que la salud pública, que supone la de todas las personas que integran la colectividad, constituye un substancial elemento para que el individuo logre el desarrollo de su persona en lo físico y en lo espiritual.

Cierto es que la extensión de esa tutela corresponde al concepto que se admita sobre las finalidades del Estado, en cuanto pueda configurar un deber o no y, en su caso, su extensión, y correlativamente un derecho de las personas.

El análisis histórico comparado de esta parte del derecho sanitario, nos permitiría establecer que, en mayor o menor grado, esas prestaciones han existido siempre y se han concretado en una legislación orgánica a partir de mediados del siglo XIX. La evolución del derecho constitucional comparado, al respecto, ya ha sido analizada.

La constitución vigente no contiene normas específicas, ni en la parte dogmática, ni en la orgánica. Pero su fundamento implícito aparece en la primera parte del inciso 16 del artículo 67, en cuanto dice que corresponde al Congreso proveer lo conducente a la prosperidad del país, al adelanto y bienestar de todas las provincias... Por otra parte, extraña esta actividad a toda restricción de los derechos formales, emerge la facultad del propio contenido de las finalidades del Estado que, en nuestro caso, aparece informado, entre otros principios, por el enunciado en el preámbulo: “promover el bienestar general”.

En este orden de ideas y dejando el fundamento sociológico jurídico para situarnos en el sustento estrictamente lógico jurídico, las facultades resultan del principio de que lo que no está prohibido, es jurídicamente permitido. De ello se infiere que, dentro de nuestro ordenamiento fundamental, puede desarrollarse la acción positiva, en tanto no apareje limitación a las libertades individuales, acción que se traduce en actividades de higiene pública y de asistencia.

No obstante, según apuntamos, la constitución de 1853 no imputa al Estado el deber jurídico de proteger la salud de los individuos, ni otorga a estos el correlativo derecho de exigir las prestaciones mediante las cuales puede salvaguardarla.

Ocurre que la concepción que admite el elemento solidarista del derecho y del Estado es más reciente. La asistencia pública y las instituciones de previsión social no se conciben solo como integrantes de la categoría de la fraternidad, que representaría un correctivo a los dos principios individualistas de la igualdad y de la libertad individual, sino como un deber general de Estado de hacer efectivo el bien público en todos sus planos, y como un derecho social de los individuos.

Estas concepciones fueron incorporadas al derecho constitucional positivo en el proceso de racionalización del poder en el que se configura el capítulo de los derechos sociales, con la jerarquía propia emanada del bien social tutelado, se define el derecho a la preservación de la salud.

Fundamento constitucional de las restricciones impuestas a las libertades individuales

Construida la doctrina de la facultad de imponer restricciones a la libertad y a la propiedad, sobre la base del denominado “poder de policía”, del que oportunamente nos hemos ocupado, corresponde aquí examinar, aun cuando más no sea sino someramente, las normas constitucionales que sirven de fundamento al ejercicio de ese poder con relación a la salud pública, vale decir, del “poder de policía sanitaria”.

La Constitución Nacional, al igual que la de EEUU, no contiene referencias expresas al poder de policía en general.

Los publicistas nacionales están contestes, sin embargo, en afirmar que dicho poder puede ser legítimamente ejercido en virtud del juego de determinadas cláusulas constitucionales. Son ellas las contenidas en el artículo 14, según el cual los derechos que enumera comprensivos de las denominadas “libertades formales”, deben gozarse “conforme a las leyes que reglamenten su ejercicio”; el artículo 67, inciso 28, de acuerdo con el cual corresponde al Congreso Nacional “hacer todas las leyes y reglamentos que sean convenientes para poner en ejercicio los poderes antecedentes, y todos los otros concedidos por la presente Constitución al Gobierno de la nación Argentina”; y el artículo 86, inciso 2, que faculta al presidente de la nación para expedir “las instrucciones y reglamentos que sean necesarios para la ejecución de las leyes de la nación”. Relacionado el artículo 14 con el 33, resulta que la limitación del ejercicio de los derechos enumerados en el primero, impuesta por las leyes, se hace extensiva a aquellos otros derechos “no enumerados, pero que nacen del principio de la soberanía del pueblo y de la forma republicana de gobierno”.

Conferido a los poderes públicos el poder de policía, mediante las cláusulas que se acaban de citar, es evidente que dentro de la economía de la Constitución Nacional, el ejercicio de ese poder reconoce explícitas limitaciones. El artículo 28, fundamento básico de las mismas, establece que “los principios, garantías y derechos reconocidos en los anteriores artículos, no podrán ser alterados por las leyes que reglamenten su ejercicio”; el artículo 17 configura una limitación expresa, en ese sentido, con relación a las garantías acordadas en lo que concierne al derecho de propiedad.

El mismo artículo 86, inciso 2, al establecer la facultad del Poder Ejecutivo de reglamentar las leyes de la nación, no la concibe como ejercida ilimitadamente, sino que la autoriza en tanto no se altere “el espíritu de las leyes con excepciones reglamentarias”. Tal limitación, si bien se vincula directa e inmediatamente con el principio de la separación de los poderes, constituye también una garantía para los

individuos; por otra parte, el propio principio a que se acaba de hacer referencia es doctrinariamente calificado como una garantía general.

Actuando dentro del marco conceptual de las normas glosadas, la jurisprudencia ha elaborado una verdadera doctrina del “poder de policía”; nuestra Corte Suprema de Justicia ha jugado, desde luego, un papel preponderante en esa elaboración, cuyo proceso guarda analogía con el desarrollado por el tribunal similar de los EEUU. Conviene, pues, hacer una breve referencia a este último.

Ya el 5 de enero de 1885, en el caso “P. Barbier v. P. Connolly”, señaló los caracteres esenciales del poder de policía, diciendo que tiene por objeto “prescribir regulaciones a fin de promover la salud, la paz, la moral, la educación y el buen orden del pueblo, y legislar en forma de acrecentar las industrias del Estado, desenvolver sus recursos y aumentar sus riquezas y prosperidad”, añadiendo, en el juicio “G. Lawton v. W. N. Steel”, que “se extiende a todo lo esencial para la seguridad, salud y moral públicas y justifica la destrucción o eliminación, por procedimiento sumario, de todo cuanto fuere considerado como un daño público”.

Aparece, pues, en un principio, como un poder que se ejerce en virtud de la necesidad sustancial de reglar lo concerniente a seguridad, salud y moralidad públicas. Más tarde se hizo extensivo también a otras regulaciones, y así lo declaró expresamente la Corte Suprema de los EEUU y en el caso C. B. y Q. R. R. Co. v. Grinwood” (1906) y lo reiteró en los casos “Bacon v. Walker”, “Euband v. Richmond”, “Slangther House”, “Boston Beer Co. v. Massachusetts”, “Mun v. Illinois”, “Budd v. People” y “Toledo, R. R. Co. v. Jacksonville”; sentando en esos fallos la tesis de que “el poder de policía se extiende, no solamente a las regulaciones que promueven la salud, moral y seguridad públicas, sino también a aquellas que persiguen la conveniencia y la prosperidad general”.

La Corte Suprema de Justicia de nuestro país, en un fallo del año 1897, expresó, aun cuando sin hacer mención expresa del poder de policía, los principios fundamentales que lo configuran, al reconocer que la constitución garantiza la libertad de comercio e industria solamente cuando esta sea lícita, es decir ejercida conforme a las leyes que la reglamenten (causa n° 61). En el caso “Luis Huser v. la Nación” (1914), explicitó en mayor manera esos principios, al decir que “la protección acordada por la nación, mediante sus tribunales, a las garantías que la Constitución Nacional reconoce a los contribuyentes, no es incondicional ni limitada, estando, por el contrario sujeta a restricciones expresas y a otras que emergen de principios generales bien definidos”.

La Cámara Federal de la Capital, en un fallo de 1933 “Compañía Swift de La Plata y otros v. la Nación”, sintetiza la doctrina del derecho judicial argentino en la materia. Sistemáticamente expuestos los principios enunciados en dicho fallo, resulta: a) una noción del poder de policía, que sería así “la potestad de restringir la libertad de los individuos con el fin de conservar la armonía de todos, de establecer reglas de buena conducta, calculadas para evitar conflictos, y de establecer normas tendientes a proteger la vida, la propiedad y la salud de los habitantes y del pueblo en general”; b) una fundamentación puramente normativa del poder, al manifestar que “los derechos y garantías a que se refiere la primera parte de la constitución, no están, ni pueden estar exentos de limitaciones legales que sean convenientes o

justas y razonables” (ya dijimos, anteriormente, cuáles son las normas constitucionales que han de fundar la justicia o razonabilidad de esas limitaciones), y c) una fundamentación axiológica positiva, referida a los valores apuntados en el texto constitucional, al expresar que “el poder de policía, que significa al mismo tiempo un poder y función de gobierno, un sistema de reglas y una organización administrativa y coercitiva, busca y promueve el bienestar público y actúa como restricción y compulsión”.

Para finalizar con estas referencias a la jurisprudencia nacional, recordaremos un fallo de la Corte Suprema (“Zacarías Canale y otros v, Provincia de Mendoza”), en el que se dijo que “si bien los tribunales no están llamados a examinar la oportunidad y conveniencias de las medidas legislativas o administrativas tendientes a proteger la salud pública, es incuestionable que de acuerdo con los artículos 14, 17, 19, 20 y 28 de la Constitución Nacional, la doctrina y la jurisprudencia pueden resolver en circunstancias extraordinarias de manifiesto e insalvable conflicto entre aquellas y la ley fundamental, que las mismas no tienen relación con sus fines aparentes y que se han desconocido con ellas, innecesaria e injustificadamente, derechos primordiales que el poder judicial debe amparar, como es el goce normal y honesto de la propiedad, sin perjuicio de terceros y el ejercicio de profesiones lícitas, porque de otra suerte la facultad de reglamentación de las legislaturas y de las municipalidades sería ilimitada, y las leyes y ordenanzas locales o nacionales sobre la materia podrían hacer ilusorias todas las garantías acordadas al habitante del país”.

Los fallos citados constituyen, sin duda, ejemplos ilustrativos de la forma en que en el derecho vivo, ha sido posible el ejercicio de un poder no explícitamente establecido en la ley fundamental, pero sí jurídicamente delineado a través de normas precisamente equilibradas, merced a un laborioso desenvolvimiento jurisprudencial, en el que, como ha sido señalado, prevalece una corriente jus naturalista y concurren otros factores que reconocen profundas raíces históricas.

El problema federal

El silencio que guarda nuestro texto constitucional con relación al problema sanitario, se pone una vez más de manifiesto en lo que respecta a la facultad del poder central y de los gobiernos de provincia, para dictar normas y ejercer la acción, en materia de salud pública.

En general, la coexistencia del Estado-nación y de los estados-provincias, con sus gobiernos propios, obliga a fijar el ámbito de competencia de los poderes respectivos.

La Constitución Nacional ha procurado, en algunas de sus disposiciones, fijar las normas reguladoras de esa competencia, habiéndose producido serios debates originados por distintas interpretaciones del texto constitucional.

Las atribuciones del Congreso Nacional aparecen enumeradas en el artículo 67; otras normas ratifican y acentúan los poderes expresos de la nación; tales, por ejemplo, el artículo 9, sobre aduanas; el artículo 26, sobre navegación; el artículo 27,

sobre tratados de paz y comercio y, finalmente, otros, niegan a las provincias el ejercicio de los poderes delegados (artículo 108) y prohíben expresamente su injerencia en determinados asuntos (artículos 10, 11 y 12).

Las facultades de las provincias resultan esencialmente del artículo 104, según el cual conservan el poder no delegado en la nación, y en el artículo 105, que prescribe que “se dan sus propias instituciones y se rigen por ellas”.

Un sector de la doctrina nacional se apoya precisamente en esta última disposición para sostener que las provincias ejercen el poder de policía, más allá de las regulaciones que expresamente se reservaron a la Corte Suprema de Justicia, que también lo ha considerado así en más de un caso.

Ciertos publicistas, partiendo del principio de que el poder de policía comprende todo lo concerniente a la seguridad, salud y bienestar de los habitantes y que ese es poder inherente a todo gobierno autónomo, sostienen que por revestir las provincias ese carácter, a las mismas les corresponde reglamentarlo y ejercerlo. Pero el ejercicio del poder de policía, en materia sanitaria, plantea conflictos de jurisdicción, toda vez que puede afectar el comercio interprovincial, el libre tránsito de una provincia a otra, la navegación de los ríos interiores, el servicio de correos, etc. La doctrina ha considerado, concordando con la jurisprudencia, que, en las materias antes aludidas, existiría un poder de policía nacional, *ratione materiae*, que viene a representar una excepción al principio general que atribuye a los gobiernos locales el ejercicio del poder a que nos venimos refiriendo.

La tesis doctrinaria citada coincide con la sustentada por los autores extranjeros, en especial norteamericanos.

La jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, con relación al problema jurisdiccional que el ejercicio del poder de policía puede traer aparejado, contiene varios principios que pueden sintetizarse como sigue: a) que es deber esencial de todo Gobierno, sea de la nación o de las provincias, en la órbita de sus atribuciones, proteger la vida, la propiedad, la seguridad, moralidad y salud de sus habitantes; b) que si bien las provincias ejercen el poder de policía en sus respectivos territorios, la nación lo hace en el de aquellas, cuando la Constitución le ha conferido poderes expresos o cuando esos poderes son una consecuencia forzosa de otras facultades constitucionales asignadas a la nación.

En el caso de poderes concurrentes, nuestro superior tribunal ha considerado que las provincias, ejercitando sus poderes policiales, no pueden enervar con disposiciones locales el cumplimiento de las leyes que dicta el Congreso en ejercicio de sus facultades constitucionales.

Delineadas así, a grandes rasgos, las orientaciones doctrinarias y jurisprudenciales con respecto al poder de policía en general, nos referiremos ahora en especial modo al problema que estamos examinando, desde el punto de vista de la policía sanitaria. En este aspecto los antecedentes más frondosos se encuentran en las discusiones parlamentarias de diversos proyectos de ley, las que pueden agruparse en torno a las tres tesis que han sido sostenidas, especialmente al discutirse en la Cámara de Diputados de la Nación, en el año 1900, un proyecto de ley sobre policía sanitaria animal.

Tesis de los poderes locales

Esta tesis localista fue expuesta por el diputado Joaquín V. González, tomando como base las disposiciones de los artículos 104, 107 y 108 de la ley fundamental. Partiendo de la premisa de que todas las restricciones a los poderes de las provincias deben ser expresas, siendo implícitos, en cambio, los poderes reservados por estas, consideró que no figurando la facultad de reglamentar el comercio interno, ni la de hacerlo con relación a la policía sanitaria, entre las limitaciones del artículo 108 de la constitución, dicho poder competiría a los estados locales. Solo correspondería al poder central reglar el comercio internacional e interprovincial, las actividades vinculadas y las materias en que mediare incompatibilidad absoluta en caso de ejercicio simultáneo de un mismo poder por la nación y las provincias.

Examinó, en apoyo de esta tesis, la situación jurídica de las provincias con anterioridad a la fundación de nuestro régimen federal, poniendo de relieve que aquellas eran verdaderos estados, tanto ante el derecho interno como ante el internacional. Manifestó que la condición de nuestras provincias, antes de la constitución de 1853, explicaba la amplitud de poderes que ellas se han reservado al formar la nación, reserva que resultaría de lo dispuesto en el artículo 104.

Para demostrar que las provincias eran Estados federativos, independientes, citó la disposición del artículo 107 de la Constitución, en la que se les reconoce la facultad de celebrar tratados interprovinciales, y recordó diversos fallos de La Suprema Corte de EEUU, que corroborarían su interpretación.

Tesis del poder central

La tesis extrema opuesta a la de Joaquín V. González, fue sostenida por el diputado Quintana, quien consideró que la policía sanitaria, a que se refería el proyecto de ley, pertenecía en absoluto a la autoridad nacional, tanto en la fase legislativa, como en la de la ejecución de la ley. Sostuvo el doctor Quintana que, en todo caso, por aplicación de las disposiciones del artículo 31 de la Constitución Nacional, aun en el supuesto de que la jurisdicción fuera concurrente, bastaba que el Congreso de la Nación dictase una ley en la materia, para que esta fuese suprema, por lo que su aplicación, inteligencia y reglamentación quedaría en todo caso reservada a los poderes nacionales.

Tesis intermedia

Fue expuesta por el diputado Bermejo, quien se extendió en consideraciones tendientes a demostrar que la conservación de la higiene humana o animal es atribución concurrente de la nación y de las provincias. El proyecto fue sancionado, convirtiéndose en la Ley 3959.

La falta de una norma constitucional expresa, acerca de la competencia del poder de policía, motivó nuevamente, en el año 1941, un largo debate, esta vez en el Senado de la Nación, al discutirse un proyecto de ley presentado por el entonces senador don Alfredo L. Palacios, sobre uso y aprovechamiento de aguas de ríos interprovinciales. Allí se hicieron abundantes citas doctrinarias y jurisprudenciales, tanto nacionales como extranjeras, en especial de tribunales de EEUU.

En el campo jurisprudencial, la cuestión prácticamente no ha sido debatida; no obstante haberse dictado, en lo que va del siglo, numerosas leyes sanitarias de aplicación en todo el territorio del país, con excepción de la Ley 3959 de policía animal, de cuyo debate parlamentario nos acabamos de ocupar, que fue declarada como no repugnante a nuestro sistema federal por la Corte Suprema.

Tales leyes son: Ley 4165 (uso de sacarina); Ley 5195 (defensa contra el paludismo); Ley 10983 (aprobando el *Códex Medicamentarius*); Ley 11359 (profilaxis y asistencia de la lepra); Ley 12107 (profilaxis de la anquilostomiasis); Ley 12317 (denuncia de enfermedades transmisibles); Ley 12331 (profilaxis de enfermedades venéreas); Ley 12670 (vacunación y revacunación antidiftéricas obligatorias); Ley 12729 (aprobando el nuevo *Códex Medicamentarius*); Ley 12732 (lucha contra la hidatidosis); Ley 12912 (ratificando los decretos-leyes por los que se crean la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social; la Secretaría de Salud Pública de la Nación; se regula el funcionamiento de los internados de niños y adolescentes; se declara obligatoria la vacunación antitifoidea, la asistencia dental de niños y adolescentes, la denuncia de los casos de toxicomanía; y se regula la importación de hojas de coca), y Ley 13039 (enseñanza y difusión obligatorias de principios de higiene).

La tendencia mundial, en el sentido de unificar, armonizar y sistematizar la legislación sanitaria, trajo como resultado la sanción de la Ley 13012, por la que se encomendó al Poder Ejecutivo la realización de estudios e investigaciones, a los efectos de preparar un proyecto de Código Sanitario y de Asistencia Social.

En síntesis, la falta de disposiciones expresas en la Constitución Nacional, si bien no ha constituido un escollo insalvable para que se dictaran leyes con ámbito de validez para todo el territorio del país, ha dado lugar a importantes divergencias doctrinarias, las cuales, a su vez, alguna influencia hubieron de ejercer en la mente del legislador, inhibiéndolo para dictar normas de trascendental interés para la salud pública nacional y cuya necesidad, en más de una oportunidad, ha sido valorada.

Resumiendo lo expuesto en el presente capítulo, consideramos que si bien por la aplicación de ciertas cláusulas constitucionales vigentes, es posible restringir, dentro de límites racionales, las libertades individuales, es conveniente contemplar la posibilidad de incorporar al texto constitucional, una garantía expresa de salud pública y de amparo al núcleo familiar en sus pilares básicos, la maternidad y la infancia, y es además indispensable determinar precisamente la esfera de competencia del poder central, tanto en lo referente a la facultad de legislación sanitaria, como a la de ejecución de ciertos aspectos de la actividad del Estado en la materia, tal como lo proponemos en el siguiente apartado.

Fundamentación de una reforma constitucional: Consideraciones generales

Desde que se creó en Inglaterra, en el año 1848, la Cámara General de Sanidad, el cuidado de la salud del pueblo pasa a ser integralmente una función administrativa importante del gobierno, que en los tiempos modernos alcanza trascendentes características, recogidas ya en el campo de la doctrina jurídica, a través de la elaboración del derecho sanitario.

El problema sanitario, pues, enfocado desde su fase jurídica, se proyecta en dos sentidos, según los lineamientos que se ha seguido en la exposición sistemática del derecho constitucional comparado, a saber: a) la tutela de la salud pública como deber del Estado y correlativo derecho de los particulares, y b) la restricción de los derechos individuales fundada en la coexistencia de los individuos dentro del núcleo social. Cabe aun señalar una tercera proyección susceptible de patentizarse en los estados de tipo federativo, como es el nuestro, y que se refiere al problema de la delimitación de las respectivas esferas de competencia del Estado federal y de los estados federados.

Como resulta del apartado anterior, nuestra constitución, al no prever expresamente la trascendencia que en el curso de los tiempos habría de alcanzar el problema sanitario, no cubre íntegramente las tres proyecciones esbozadas. Ello plantea el interrogante acerca de la necesidad de incorporar las normas explicitatorias de las soluciones que correspondan, conforme a los principios consagrados en las leyes fundamentales más modernas, a los precedentes históricos y a la realidad vivida en nuestro medio. Claro está que ello aparece condicionado por la solución que se arbitre a otro problema más genérico, consistente en establecer si debe recogerse el proceso de racionalización del derecho que informa el contenido de las constituciones actuales de Europa y América, del cual el problema sanitario no constituye sino un importante aspecto; de todos modos ello no debe ser considerado aquí, por razones obvias, aun cuando cabe sí suponer que la respuesta al interrogante debe ser afirmativa.

Partiendo de ese supuesto, analizaremos el problema en sus tres proyecciones apuntadas, proponiendo, en cada caso, la solución que consideramos ajustada a la valoración de las circunstancias aludidas más arriba.

La tutela de la salud pública como deber y como derecho

Del análisis que oportunamente hemos realizado sobre los textos constitucionales de los diversos países, se desprendería, según hemos visto, la tendencia a complementar la parte dogmática, antaño reducida a la consagración de las libertades formales, mediante el añadido de nuevas garantías particularmente informadas por un contenido social, integradas, en punto a salud pública, con las seguridades que otorga la acción tutelar del Estado sobre todos los individuos en general y sobre el núcleo familiar y el trabajador, en particular como una consecuencia del principio metajurídico, universalmente admitido, de que no basta la proclamación abstracta

de los derechos de libertad, igualdad, etc., sino que es necesario, además, proporcionar al ser humano las condiciones adecuadas para el ejercicio de esos derechos.

En nuestro país la declaración de los derechos del individuo, de larga tradición y fundamentalmente inspirada en los enunciados de la Revolución Francesa, representa la concreción del liberalismo predominante en la época en que fue dictada la Constitución Nacional y el que sirvió de bandera o de insignia al movimiento emancipador de las colonias iberoamericanas.

La procedencia de su inclusión en el texto escrito de la ley fundamental no pudo ser discutida, ni como conveniente, para dejar sentados los principios orientadores de la nueva nación que se levantaba “a la faz de la tierra”, ni como necesaria, siendo determinación de la prohibición de dictar leyes que traten en forma desigual a los individuos en ciertas relaciones o traspongan los límites inherentes a las esferas de la libertad individual, necesidad esta que, por otra parte, emerge históricamente de la preexistencia de un régimen de absolutismo.

Pero el derecho formal debe indispensablemente ser ampliado con nuevas garantías y adaptado a la idea social. Nos hemos referido ya a cómo la intensificación de la vida social originó, a veces en forma apremiante, el problema de convertir el régimen constitucional en un orden que recogiera las aspiraciones de las masas y corporizara las fórmulas comprensivas de sus necesidades.

La circunstancia de que en los hechos la ausencia de las formas no impida la existencia del contenido dogmático, o cuando menos de condiciones empíricas que apunten hacia la creación de los derechos, no significa —y ello ha sido observado por algunos publicistas— que la conceptualización de esos contenidos, en declaraciones explícitas no apareje positivas ventajas no solo porque es preciso que los individuos se recuerden a sí mismos los fines para los cuales existe el Estado, sino que los propios gobernantes conozcan sus deberes y sepan que si no los cumplen, estarán sujetos a las responsabilidades inherentes al cargo con que han sido honrados por el pueblo, como cuadra en una verdadera democracia.

Concretamente, pues, la parte dogmática de la Constitución Nacional no debe quedar reducida a la declaración y garantía de los derechos individuales, como imposición a los poderes públicos de un deber negativo, sino que debe incluir, además, nuevas categorías de deberes y derechos destinados a tutelar bienes generales cuya protección se ha revelado en los últimos tiempos y los derechos y deberes sociales, todos los cuales se resuelven, en cuanto al poder público, en un deber positivo, de obrar en determinado sentido.

Consecuentemente con lo expuesto, propiciamos que entre los derechos y deberes se incluya, en la parte o sección destinada al individuo, una norma que establezca que: “Todo habitante de la nación tiene derecho a la protección, la conservación y la restitución de la salud. El Estado garantiza y asegura la efectividad de ese derecho, mediante las medidas de sanidad y la asistencia médico-social integral”.

Supuesto que habrá de destinarse un capítulo a la familia, aconsejamos se comprenda una disposición prescribiendo que: “El Estado garantiza la protección integral de la maternidad y de la infancia”.

En cuanto al restante aspecto que ha sido considerado, vale decir, el concerniente a la protección de la salud del trabajador, estimamos que él aparece ampliamente cubierto por el principio V de la “Declaración de los Derechos del Trabajador”, dada por el Decreto 4685 dictado en Acuerdo General de Ministros del 25 de febrero de 1947.

La salud pública como fuente de restricciones explícitas a los derechos individuales

El análisis que hemos efectuado de las cláusulas pertinentes de diversos textos constitucionales, así como las consideraciones en cuanto hace al fondo del problema y a los aspectos de técnica normativa, nos permiten concluir que, de mantenerse el sistema vigente que sirve de fundamento al poder de policía y con ello a las restricciones al ejercicio de los derechos formales, en cuanto fueren indispensables para cumplir las finalidades del Estado en lo atinente a la salud pública, no sería menester introducir modificación alguna. Obvian, pues, mayores consideraciones al respecto.

Atribución de facultades al poder central, en materia sanitaria

La conclusión al respecto debe discriminarse en los dos aspectos que integran el problema que plantea la organización federativa, es decir, la facultad de legislar y la de ejercer la acción.

Facultad de legislar

Hemos visto que, obedeciendo a un proceso de racionalización del sistema federativo, paralelo al de racionalización del poder, con posterioridad a la primera guerra mundial, se acentúa la tendencia a atribuir, explícitamente, en los países que tienen adoptado ese sistema, al poder central, facultades para legislar en materia sanitaria con ámbito de validez para todo el país.

Si ese concepto aparece en nuestro derecho positivo, en diversas leyes, en virtud de la interpretación de las normas constitucionales vigentes, debe tenerse presente, conforme lo expusimos, la intensidad alcanzada por las controversias doctrinarias y que, el legislador, para no enfrentarse con una vivencia de contradicción ha debido atenerse a ciertos límites, dejando en la legislación sanitaria nacional, importantes claros que es preciso cubrir.

La necesidad de atribuir al Congreso Nacional facultades legislativas amplias en la materia, ha sido ya señalada por cierto sector de la doctrina, que propugna se otorgue explícitamente al Congreso competencia para legislar en materia de policía

sanitaria, posición que han adoptado varios de los autores que han impugnado de inconstitucionalidad algunas leyes de carácter sanitario dictadas hasta la fecha.

Si la compulsa de las circunstancias de orden técnico, que por la naturaleza de este trabajo, no se entran a analizar, pero que han tenido amplia exteriorización, conduce al criterio expuesto, el examen de la evolución sufrida en el proceso constitucional operado en el último tiempo, en los países de organización federativa, constituye un antecedente jurídico cuyo valor es significativo, toda vez que evidencia no solo que se ha valorado en la norma constitucional esa necesidad, sino que no es repugnante a este sistema de organización, la atribución al Congreso Nacional de legislar en la materia.

Claro está que la legislación, por elementales razones de sistematización de las instituciones que la constituyen y de técnica normativa, debe ser codificada en forma coherente y orgánica, para evitar los conocidos inconvenientes que ofrece la legislación fragmentaria. Esta necesidad está contemplada no solo en el movimiento universal que tiende a la codificación, sino también se ha traducido en la adopción de códigos sanitarios en diversos países (México, Chile, Costa Rica, etc.) y aun ha sido recibida en el texto constitucional de Panamá, que encomienda a la legislatura expedir el Código Sanitario. Bueno es apuntar que la Ley 13012 encomienda al Poder Ejecutivo la realización de los estudios e investigaciones necesarios para preparar un proyecto de Código Sanitario.

En consecuencia, propiciamos incluir como facultad exclusiva del Congreso de la Nación, las de: “Dictar el Código Sanitario y la legislación en materia de asistencia social. Proveer lo conducente a la higiene y salud pública del país”.

Como lógica consecuencia en el articulado destinado a enunciar los poderes delegados a la nación y que no pueden ejercer las provincias, estimamos que debe incluirse el de “Dictar el Código Sanitario y la legislación en materia de asistencia social”.

Facultad de ejercer la acción

Si es indiscutible, conforme lo acabamos de exponer, la procedencia de atribuir al poder central la facultad legislativa, no lo es menos, a nuestro juicio, la de conferirle facultades de acción en determinadas materias o circunstancias.

El respeto a las autonomías provinciales no aparece, en modo alguno, reñido con un régimen que permita obtener los beneficios de una política sanitaria coordinada y uniforme, toda vez que se delimiten claramente las materias que competen al Estado federal y los estados locales.

Ninguna duda puede surgir acerca de que la acción del Gobierno de la nación es exclusiva en la Capital Federal, los territorios nacionales, zonas fronterizas, medios y vías de comunicación que sirvan al tráfico y tránsito internacional e interprovincial, así como todo otro lugar sometido a su jurisdicción.

Tampoco puede haber inconveniente alguno en reconocer su competencia en lo relativo al cumplimiento de los tratados y convenios internacionales, lo que surge ya del juego de las disposiciones constitucionales vigentes.

Las enfermedades endémicas, epidémicas y sociales no comprometen la salud pública tan solo de la circunscripción en que se originan, sino que extienden sus efectos allende sus fronteras políticas, perturbando la vida normal de la nación; por otra parte, la aparición de un foco de enfermedades susceptibles de adquirir los caracteres aludidos, origina la necesidad de adoptar ciertas medidas de gran trascendencia en el orden nacional y que, tal como fuera señalado en el año 1882 por el entonces presidente, general Julio A. Roca, en el mensaje que acompañó a su proyecto de Código Sanitario, no pueden quedar libradas al criterio de las autoridades locales sin graves riesgos para la vida política, administrativa, comercial y social de la nación. Buena parte de la legislación sanitaria vigente, a la que ya nos hemos referido, demuestra, por lo demás, que en nuestro derecho positivo tales principios han cobrado realidad.

Finalmente, debemos hacer referencia al aspecto vinculado con la protección de la maternidad y de la infancia. Se ha dicho, en un capítulo anterior, que tal acción configura la efectividad de una fase de las llamadas garantías sociales que integran, conjuntamente con las individuales, el objetivo del constitucionalismo contemporáneo y se ha destacado que mientras estas últimas implican, con relación a los poderes públicos, un deber de abstenerse en forma de no perturbar el legítimo ejercicio de las libertades individuales, aquellas, las sociales, exigen necesariamente una obligación de obrar en determinado sentido.

Para que tales garantías no resulten, pues, ilusorias, no debe quedar a cargo de las autoridades locales el hacerlas efectivas. La Constitución de Venezuela, que hemos citado oportunamente, constituye un interesante ejemplo en ese sentido. Proponemos, por lo tanto, el agregado de un artículo que permita discriminar claramente las respectivas esferas de competencia, de acuerdo con los principios que hemos sustentado y redactado en los siguientes términos:

La acción, en la materia comprendida en las disposiciones del Código Sanitario, debe ser ejercida por la nación:

- a) En la Capital Federal, los territorios nacionales, las zonas fronterizas, los medios y las vías de comunicación que sirvan al tráfico y tránsito interprovincial e internacional y todo otro lugar sometido a su jurisdicción.
- b) En todo el territorio de la República, en lo relativo a: las materias contempladas en los tratados internacionales; lo que concierne al tráfico y tránsito internacional e interprovincial; lo referente a la prevención y erradicación de las enfermedades endémicas, epidémicas y sociales y lo relativo a la protección de la maternidad y la infancia.

El centro de salud tiene en la Argentina modalidades propias¹

Introducción general

Por dos razones he deseado reunirme con los señores directores de los cincuenta centros de salud ya creados en el país desde que iniciamos la tarea: 1) para que los señores directores escuchen de mí, directamente, lo que pienso sobre esta institución que podemos llamar revolucionaria en el campo de la sanidad argentina, y 2) para que nos pongamos de acuerdo sobre lo que debe entenderse por centros de salud en nuestra patria, dado que ya estamos en la etapa de su organización definitiva y no han de caber, en adelante, improvisaciones ni ensayos. En una palabra: ha llegado el momento de que cuaje en una realización integral lo que conceptuamos un gran paso al frente en procura del mayor bienestar físico, y, por ende, moral de los argentinos y de todos los que conviven con nosotros y labran la grandeza de la nación.

Bachilleres y maestras para la acción futura

Y he querido también que asistan las señoritas alumnas del internado de la Escuela de Visitadoras Sanitarias, porque en esta casa, bajo la dirección de verdaderos maestros y el cuidado de las beneméritas Hermanas de Caridad, se está formando el enjambre de las futuras trabajadoras médico-sociales, honroso título, por el que ya bregan doscientas niñas bachilleres y maestras, seleccionadas entre lo mejor de cada provincia y que saldrán de aquí para colaborar fundamentalmente con los directores de los centros de salud actualmente en funciones y con los de los nuevos centros a crearse en breve a lo largo y ancho de la Patria.

Entremos, pues, en materia. Los señores directores han leído, como yo, los últimos trabajos sobre centros de salud en otros países. Y habrán comprobado de qué modo diferente se interpreta su función, a través de ensayistas, realizadores, panegiristas y médicos, así como cada uno de ellos trata de adaptar sus conceptos y en muchos casos sus preconceptos, su rutina o su comodidad en materia tan compleja y propensa al error, si no se encara con seriedad y sentido eminentemente científico-social. Yo me he confundido leyendo y estudiando el tema que nos preocupa. Deduzco que lo mismo les habrá acaecido a quienes me escuchan. Veamos entonces cómo debemos entender nosotros, los argentinos, el centro de salud y en

¹Versión taquigráfica de la conferencia pronunciada el 14 de marzo de 1949 en la Escuela de Visitadoras Sanitarias.

nuestro país, con modalidades propias e inconfundibles. Eliminaremos de inmediato el concepto personal de cada director porque lo que interesa es que la institución centro de salud, actúe armónicamente y no anárquicamente: que el centro de salud rinda los beneficios a que está destinado y para cuyo fin se crea. Y que, en fin, el mero parecer individual, por respetable que sea, no interfiera el propósito médico-social esencialísimo a cuya meta debemos arribar.

Y en esto, como en todo esfuerzo orgánico, para llegar a una definición clara, precisa, intergiversable, argentina digamos nomás, de lo que es un centro de salud, debemos arrancar de los conceptos básicos, generales, que rigen nuestra política sanitaria.

Divisiones generales de la medicina desde el punto de vista del Estado argentino

La creación de la Secretaría de Salud Pública es revolucionaria; vale decir, que en muchos sentidos ha prescindido de muchos cánones, de tópicos consagrados y periclitados y, en cambio, ha innovado no poco, para marchar acorde con los tiempos que vivimos y las necesidades del pueblo argentino, no satisfechas antaño como era deber del Estado. Es así, que, desde el punto de vista de la Secretaría de Salud Pública, la medicina se ha dividido en tres grandes y diferenciados sectores, a saber:

- 1° Medicina Asistencial
- 2° Medicina Sanitaria
- 3° Medicina Social

Tres grandes sectores en la rama de la medicina

La medicina asistencial o curativa toma al enfermo tal como lo halla, en cuanto al individuo. Y trata de sanarlo, es decir, de recuperarlo para sí, para su familia y para la sociedad. Esta medicina, pasiva en realidad, actúa sobre el medio biológico del enfermo; en otras palabras, sobre el microcosmos que es el individuo.

La medicina sanitaria o profiláctica actúa en cambio sobre todo lo que rodea al individuo, es decir, las bacterias, los parásitos, el clima, el aire, el suelo, la vivienda. Esta medicina, defensiva, actúa sobre el mesocosmos, es decir, sobre el medio biofísico que rodea al individuo.

La medicina social o preventiva actúa sobre la colectividad, es decir, sobre el macrocosmos, sobre el medio integral económico-social en que se desenvuelven los seres. Su función es activa y múltiple en grado sumo.

Las tareas específicas de cada una de esas ramas

Ahora bien, esta división, que puede parecer convencional a un análisis apurado, es utilísima para dividir el inmenso trabajo del Ministerio de Salud Pública de la Nación. Porque la medicina asistencial tiene en cuenta los factores propios de la vida biológica humana; la medicina sanitaria encara al medio biofísico y la medicina social toma a su cargo los factores indirectos y, sin embargo, coadyuvantes de la enfermedad: la mala o la inadecuada o insuficiente alimentación; la vivienda antihigiénica, malsana; la falta de educación sanitaria individual o colectiva; el bajo estándar de vida; los vicios, etc., etc. Repito que estas tres divisiones de nuestra organización son algo convencional, dado que las tres hállanse forzosamente correlacionadas. Pero en cambio es esencialmente práctica y permite: que la medicina asistencial controle los hospitales, la medicina sanitaria los innumerables institutos y organizaciones de higiene pública y de lucha contra las enfermedades transmisibles, y la medicina social entienda, como su denominación indica, todos los factores económico-sociales que son los determinantes colectivos de la salud humana considerada en el conjunto de un pueblo.

Aclaremos más; digamos que las características de estas tres divisiones generales son distintas: la medicina asistencial, individual y pasiva, atiende al individuo enfermo, es decir, a un hecho consumado, pero no hace nada para que ese hecho consumado no se produzca. La medicina sanitaria o profiláctica actúa sobre núcleos bien limitados y sometidos al peligro infeccioso y es puramente defensiva. Por fin, la medicina social es preventiva y colectiva. Abarca al ser en función de la comunidad y a todos los factores de orden económico y social que sobre la sociedad gravitan o pueden gravitar.

Ya veremos en seguida cómo estas tres divisiones generales del Ministerio de Salud Pública de la Nación convergen en una gran síntesis práctica, económica, eficiente y de muy grandes destinos en nuestra patria, que se llama el centro de salud.

El gran proceso histórico de la medicina

Sin ánimo de erudición, pero sí para llegar a nuestro fin —materia de esta clase—, sinteticemos ahora el gran proceso histórico de la medicina. Como ustedes saben, lo que podríamos denominar la forma más antigua de la medicina, y que abarca toda la Edad Media, es la arquimedicina y que correspondería, en nuestros tiempos, a la medicina asistencial (asistencia pública, hospitalaria, de enfermos).

En el siglo pasado y señaladamente con Pasteur, tenemos ya la paleomedicina, que corresponde a nuestra medicina sanitaria o profiláctica. La paleomedicina, apartándose del hombre concreto, como sujeto enfermo, busca los otros factores de la enfermedad en la acción de los gérmenes, en la acción del clima, del medio biofísico en una palabra.

Finalmente, en este siglo, la civilización, el progreso acelerado, con su secuela de nuevos problemas que actúan ya en modo directo, ya indirecto sobre el individuo,

la vivienda, la alimentación, la salubridad en el trabajo, etc., dan origen a un nuevo sentido de la medicina, esto es, la neomedicina, más propiamente llamada medicina social.

El trabajo médico debe tomar un nuevo cauce

Cada evolución de este grande y dilatado proceso, ha originado una técnica. Así tenemos que a la arquimedicina corresponde la técnica de la curación, es decir, de la terapéutica, y la del médico asistencial; a la paleomedicina corresponde la técnica de la profilaxis y la del médico sanitario (en especial dedicado al estudio de las enfermedades infecciosas); y a la neomedicina corresponde la técnica de la prevención y la del médico higienista. Tenemos entonces las tres ramas —medicina curativa o asistencial, medicina profiláctica o sanitaria y medicina preventiva o social— con sus técnicas especiales, que han producido hondas transformaciones en las organizaciones médicas.

Es obvio para todos nosotros, en la ardua práctica de la profesión y de la organización sanitaria con sus inmensos problemas de toda índole, que en nuestra Facultad de Medicina, en cuanto a enseñanza, se está aún en la arquimedicina, es decir, en el museo, en el archivo, en el criterio de cien o más años atrás. Y ya es absolutamente imprescindible reordenar, encauzar las mentes y los trabajos de los médicos hacia las nuevas orientaciones. En la Facultad nos han enseñado a curar al enfermo —como un hecho consumado— mediante una serie de dogmas.

Nos han enseñado un 90% de medicina asistencial, vagas nociones de medicina sanitaria, y algunas, muy pocas y difusas, de medicina social. No desconocemos que el médico asistencial está —ya fuera de la facultad— más evolucionado y tiene alguna técnica, como la quirúrgica, muy desarrollada y eficientísima. No sucede lo mismo, desgraciadamente, con el médico sanitario que debe conocer y abarcar todos los problemas de las enfermedades infecciosas y todos aquellos factores que derivan del medio biofísico. Ni con el médico higienista, que es el especialista de la medicina social, para quien no puede escapar su preocupación, por ejemplo, ni un alza de salarios, que ya sabemos determina un descenso inmediato del índice de la morbilidad y sobre todo de la mortalidad infantil.

El pequeño proceso histórico de la medicina

Ahora bien; existe una ley que todo médico conoce, desde el primer examen de ingreso a la facultad. La ontogenia reproduce en grandes rasgos el proceso de la filogenia. Y esta ley se puede aplicar en el desarrollo de las tres grandes ramas de la medicina.

Así como en el proceso de la historia la medicina ha evolucionado desde la primera a la tercera etapa, de la arquimedicina a la neomedicina, así también ese proceso se sigue en nuestro país en cada uno de sus centros poblados.

La ontogenia de la medicina puede ser observada entre nosotros, y es eso lo que llamamos pequeño proceso histórico de la medicina. Así vemos cómo nace en un pueblo cualquiera de nuestra patria, la medicina pública. Primero, la reunión de vecinos; luego, la colecta entre ellos, y tenemos la sala de primeros auxilios, instalada en una casa vieja, con un mesa, una vitrina, unas gasas, un instrumental de lance. Y un practicante crónico o un enfermero jubilado o hasta un médico viejo. La primera organización sanitaria del pueblo ha surgido por normas de la filantropía, por caridad o simplemente por ayuda mutua. La sala de primeros auxilios o la asistencia pública atienden al enfermo y los casos agudos. Casi en seguida hay que ampliar los servicios, con la adquisición de camas para internar a dolientes. Y ya la sala de primeros auxilios es un pródromo de hospital. Hay que buscar médico cirujano, abonar sus servicios, igual que al enfermero de turno. Estarnos así en la primera etapa: la medicina asistencial.

Cómo se desarrolla la organización sanitaria

El pueblo crece. De pronto surge una epidemia, que generalmente advierten con el médico, el intendente y el comisario. Hay que aislar el foco: se tiende un cordón sanitario; se lo custodia con la policía. Y ya tenemos, junto con la medicina sanitaria, la primera intervención de la autoridad, con la subsiguiente y lógica fiscalización de los basurales, los mataderos, las aguas servidas, etc. Pero se extiende el pueblo. La comuna y los vecinos, a medida que suman sus esfuerzos, perfeccionan el hospitalito, la sala o la asistencia pública; los dotan de rayos X, de laboratorios. Se procura nuevo local. Estamos ya en el verdadero hospital con personal adecuado. La comuna primero, la provincia en seguida, deben subsidiar a la organización incipiente. Es decir, que la primera etapa de urgencia, a base de caridad o ayuda mutua, es sustituida por el concepto de defensa que caracteriza a toda la comunidad, por la organización sanitaria entendida como servicio público. Y tenemos entonces la medicina asistencial y sanitaria científica.

Hay que racionalizar los servicios médicos

Si multiplicamos pueblos por pueblos y ciudades por ciudades, es ya el Estado, la nación, quien concurre con su esfuerzo o toma íntegramente a su cargo la salud del pueblo, como un servicio público, como un deber ineludible que abarca también los servicios culturales, la educación sanitaria, la medicina social, en fin que es consecuencia de la intervención del Estado.

Nosotros nos hallamos ahora ante la necesidad de racionalizar todas las técnicas y los servicios médicos para cumplir íntegramente el proceso histórico de la medicina en nuestro país. Y no solo con un criterio filantrópico, caritativo, todo lo noble que se quiera, sino como un deber del Estado, que tiene que exigir un nuevo sistema de normas jurídicas bien precisas para respaldar, afianzar y hacer progresar indefinidamente la organización.

Relación del enfermo con el médico y la colectividad

En seguida veremos cómo en todo este proceso que a fin de cuentas va a realizarse en los centros de salud, hay que considerar todo el otro proceso, digamos así, de relación de evolución entre el enfermo, el médico, la sociedad y el Estado. Una breve figura nos dirá más que muchas palabras (Figura 1).

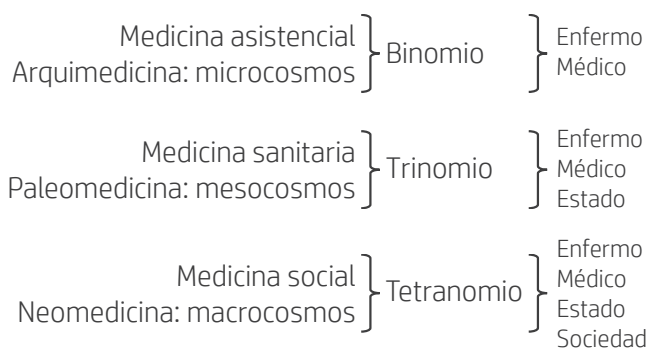


Figura 1. Proceso histórico de la medicina: Medicina asistencial, sanitaria y social.

Recuperación del hombre por su valor social

En el proceso de la asistencia médica, es decir, de la medicina asistencial, se concreta un convenio entre el médico y el enfermo, que es siempre un caso individual. Uno paga para que se le cure; otro cobra por curar. Es el binomio médico-enfermo.

Cuando aparece la medicina sanitaria, la comunidad, el grupo de individuos que forman el ambiente social, se interesa por defenderse de los peligros existentes en el medio que los rodea. El Estado no es más que la comunidad organizada. Tenemos, pues, el trinomio enfermo-médico-Estado. Pero cuando surge la medicina social, encontramos ya a la sociedad interesada también, primordialmente, porque el hombre es un factor de producción y de distribución de la riqueza nacional. En otras palabras: tenemos ya el concepto del hombre en su valor social, y a ello tiende la medicina social: a recuperarlo en ese sentido. El tetranomio complétase así: enfermo-médico-Estado-sociedad.

Causas y consecuencias de las enfermedades y fines de la medicina

Ya vamos llegando a lo que nos propusimos al iniciar esta clase. Antes resumamos. Sabemos que la enfermedad tiene causas biológicas, causas biofísicas y causas sociales. Las dos primeras son conocidas por todos los médicos, pero conviene a nuestro plan reseñar las tres (Figura 2).

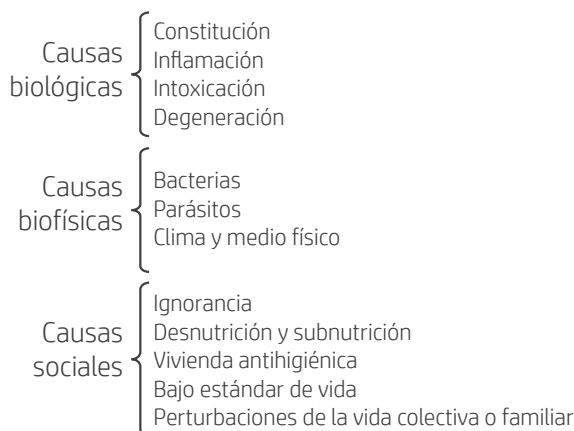


Figura 2. Causas biológicas, biofísicas y sociales de las enfermedades.

Las consecuencias de la enfermedad son: desintegración física y moral del individuo: desintegración de la familia, desintegración social, desintegración de la nación. Los fines de la medicina son: en su rama asistencial, curar, recuperar y rehabilitar al enfermo; en su rama sanitaria: evitar y luchar contra las enfermedades transmisibles; en su rama social: atender todos los factores del medio y luchar contra ellos para evitar en enfermedades del individuo y de la comunidad.

Introducción especial al concepto de los centros de salud: dos figuras técnicas que se complementan

Señalados los fines de la medicina, así sea en forma somera, tenemos que, fundamentalmente, el hospital, en su misión primera de atención de los enfermos, fue un 100% asistencial, mientras hoy ha evolucionado reuniendo las tres ramas en la siguiente proporción: 85% de medicina asistencial; 12% de medicina social, y 3% de medicina sanitaria.

En cambio, en el centro de salud —cuya misión fundamental es la atención de los sanos— esa proporción debe ser la siguiente: 35% asistencial; 30% sanitaria y 35% social.

Sistema ideal

Podemos llegar así a obtener un sistema ideal para lograr la unidad médica integral añadiendo al hospital ya existente, un centro de salud como en Gualeguaychú. El

caso de Gualeguaychú es así: existe un buen hospital, pero sus servicios externos de tipo social y preventivo son insuficientes. Entonces Salud Pública de la Nación, con un centro de salud, complementa y hasta puede orientar la acción del hospital. Por eso el centro de salud de Gualeguaychú no debe superponer sus tareas a las del hospital. O, por el contrario, si el centro de salud está bien organizado, con adaptarle la internación de enfermos, puede convertirse en hospital con un mínimo costo y un máximo de beneficio. Pues, mientras la atención de un enfermo cuesta en un hospital \$15 diarios, en un centro de salud solo cuesta \$3. Además, el hospital será cada vez más oneroso, por razones obvias, no así el centro de salud. Lleguemos entonces a precisar un poco más. El centro de salud es la unidad fundamental de Salud Pública, mucho más que el hospital, más eficaz y menos oneroso.

Hoy el centro de salud reemplaza al dispensario

Como ustedes saben, yo he hecho desaparecer los dispensarios monovalentes y polivalentes, respondiendo a un concepto fundamental; el de que un dispensario polivalente amplía la función de aquel tornándolo innecesario. Pero aun así, *dispensario* significa simplemente asistencia médica ambulatoria.

El concepto de centro de salud es mucho más amplio que el de dispensario como veremos en seguida, a tal punto que está en nuestro propósito transformar todos los dispensarios, tanto de vías respiratorias, como de maternidad e infancia o de higiene social, monovalentes convertidos en polivalentes, en centros de salud. Ya sé que se me ha discutido este propósito por carencia de elementos de juicio en la mayoría, pero justamente acabo de enterarme leyendo el libro del cual es autor René Sand, que, en Francia, todos los dispensarios antituberculosos, por ejemplo, se han convertido ahora en centros de salud. Y se explica perfectamente como se verá en seguida.

Definición del centro de salud

Defino el centro de salud tal como lo entiendo yo y debemos entenderlo todos, por supuesto, como “la institución integrativa de la asistencia médico ambulatoria, médico sanitaria y médico social, que actúa sobre el individuo y su familia, su medio ambiente biológico, biofísico y social con el objeto de habilitarlos o rehabilitarlos física, intelectual y moralmente, frente a las contingencias posibles o actuales de la enfermedad, todo ello dentro de un radio y núcleo determinado de población”.

Análisis de la definición

1. *Institución integral o integrativa.* El centro de salud es un organismo especializado que reúne y coordina todos los elementos técnicos posibles vinculados a la salud y a la enfermedad, no de determinados individuos, sino de estos en relación a la aglomeración humana de que forman parte. De donde la estadística es su principal elemento de estudio y orientación. Esos elementos son más positivos que negativos.
2. *De asistencia médica ambulatoria, médica sanitaria y médico-social.* Es evidente que el centro de salud torna todos los aspectos de la medicina y no solo el aspecto asistencial. Toma a los enfermos ambulatorios, verticales, que no necesitan ser internados, ya que llega a ellos precozmente. En las otras dos ramas, el centro de salud extiende su acción hasta donde sus medios lo permiten. En realidad, repito que cada centro resulta un pequeño Ministerio de Salud Pública, con todos los elementos. Tanto que podrían muy bien denominarse “centros de salud pública”.
3. *Que actúa sobre el individuo y la familia.* Esto es lo más característico del centro de salud y fundamental asimismo: la acción sobre el individuo solamente, examinándolo, atendiendo y reintegrándolo, si no se abarca también a su familia, desconoce una dolorosa verdad, cual es la acción desintegradora de la enfermedad no solo sobre el individuo, sino sobre los suyos. La enfermedad física lleva consigo siempre la desintegración psicológica de la personalidad que se extiende a la familia. Si el hombre deja de trabajar, de producir, se paraliza su función de sostén o se reduce grandemente. Y esa acción tiene que ser sustituida por los suyos. El centro de salud, pues, extiende su atención a los seres que rodean al enfermo y que dependen de él. ¿Cómo actúa el centro sobre la familia? Por medio de la visitadora sanitaria. Cabe decir que, por extensión entonces, el centro de salud abarca al individuo, a su familia y a la sociedad toda.
4. *Sobre su medio ambiente biológico, biofísico y social.* En un medio ambiente biológico normal, el centro acciona mediante la educación sanitaria y su control y abarca todo el régimen higiénico de vida. En un medio ambiente biológico anormal, claro está que el centro actúa terapéuticamente. Sobre el ambiente biofísico, el centro actúa luchando contra las grandes enfermedades infectocontagiosas. La lucha del centro es antivenérea, antituberculosa, antileprosa, antirreumática, etc. En este aspecto, la acción de las visitadoras es primordialísima, pues deben localizar los casos. Sobre el ambiente social es aún más ostensible la acción del centro y de las visitadoras. Uno y otras tienen a su cargo directo la educación sanitaria por todos los medios (conferencias, cine, folletos, etc.), enseñan a vivir higiénicamente y propenden a la vivienda sana y aconsejan sobre alimentación. Gravitan sobre los poderes constituidos para que aquellos resuelvan los problemas en relación con la higiene (mercados, ferias, cementerios, mataderos, aguas potables, cloacas, etc.).

5. *Con el objeto de habilitarlos o rehabilitarlos física, intelectual y moralmente frente a las contingencias posibles o actuales de la enfermedad.* Esta expresión surge de las necesidades. Ante el caso de individuo y familia sanos, el centro trata de “habilitarlos” física y moralmente frente a los peligros y derivaciones de la enfermedad. ¿En qué forma? Mediante la educación. En el caso de individuos y familia enfermos, el centro procede con hechos consumados y se trata entonces de “rehabilitación”. ¿Cómo? Curando el enfermo, evitando el contagio de la familia, prestándole ayuda intelectual y moral, en caso de que la enfermedad no fuera contagiosa.
6. *Todo ello dentro de un radio o núcleo determinado de población.* El centro de salud tiene que controlar *toda la población* sana o enferma, de una determinada zona, pueblo o ciudad, de acuerdo a sus posibilidades. El centro de salud más grande no puede controlar más de 70.000 personas. Por sobre esa cantidad, es necesario crear otro centro.

Evolución cuantitativa de los centros de salud

Definido creo yo, exhaustivamente, aunque a grandes rasgos, el centro de salud, podemos proseguir ahora sin vacilaciones.

El centro evoluciona, una vez creado, cuantitativamente —es decir, por su amplitud de acción, por sus medios— y no cualitativamente porque un centro de salud grande, no difiere en lo mínimo, de otro pequeño. Todos tienen los mismos elementos, la misma función y los mismos medios. Lo que caracteriza, da sentido y verdad al centro de salud, tal como debemos entenderlo nosotros, es la proyección del centro a su medio ambiente. En otras palabras, el centro de salud está más que en su sede, en la calle, en contacto con el medio, con la realidad que le circunda. Un centro cerrado entre paredes, puede ser un centro médico. Jamás será un centro de salud.

Así el centro de salud toma la calle, se proyecta fuera de su sede, cumple su cometido integralmente:

- a. Por la educación sanitaria que realiza.
- b. Por las visitadoras sociales o sanitarias.
- c. Por la gravitación sobre los poderes públicos.
- d. Por el catastro radiográfico y el examen médico periódico, con los que se controla la población.
- e. Por la coordinación con otros servicios médicos propios o afines de otra dependencia (comunal, provincial o privada).

Mediante esta enumeración, se tiene una idea de la amplitud de un centro de salud y de cómo es substancial este organismo que, repito, viene a ser, desde el punto de vista técnico, un pequeño Ministerio de Salud Pública allí, en el medio y radio donde actúa.

Tipo de centro de salud adaptable a nuestro medio

Ahora bien: la división diríamos clásica, de los centros de salud, es la siguiente: centro para 25.000 personas; centro para 50.000, y centro para 70.000. Esta división cuantitativa debe ser buena para Francia, para Inglaterra, para Norte América, para países, en fin de más condensada población. Entre nosotros, hay que adoptar otro criterio. Pueden existir centros más pequeños o más grandes, de acuerdo al medio, siempre que cumplan la condición de proyectarse al ámbito social. Son necesarios seis tipos de centros de salud, los cuales se diferenciarán entre sí por sus dimensiones, no por su calidad, pues hasta el más pequeño tiene que tener el mismo programa. Además, un centro pequeño, para un medio reducido, crece con el propio medio, de modo que, en verdad, esos seis tipos de centro, son las seis etapas de la organización.

El centro más pequeño —que denominamos de primer tipo— debe estar constituido por un médico, un enfermero, una visitadora y un fichero. El médico cumple sus funciones específicas; la visitadora las suyas, ya señaladas; el enfermero las propias. Y mediante el fichero se tiene, aun con este personal reducido, la estadística del medio social, las necesidades que le son inherentes, el control sanitario, en fin, que le corresponde al centro. Quiere decir, que el centro se adapta, elásticamente, a su medio. Y que, en realidad, el médico, la visitadora, el enfermero y la estadística fichada, constituyen la unidad centro de salud. El centro primer tipo puede atender de 1.000 a 2.000 enfermos, aunque cabe mejor decir, de 1.000 a 2.000 personas.

El centro segundo tipo abarca una población de 2.000 a 10.000 personas y está constituido por un médico sanitario y otro asistencial, dos visitadoras, dos enfermeros, un estadígrafo y un empleado administrativo.

El centro tercer tipo abarca una población de 10.000 a 20.000 personas, cuenta ya con un médico sanitario que atiende las enfermedades infecciosas y la profilaxis; un médico asistencial para el consultorio de orientación y el tratamiento y un médico higienista, para la educación sanitaria, la alimentación, la higiene pública y la vivienda. Debe agregarse ya la farmacia, y el número de visitadoras y enfermeros asciende a cuatro respectivamente, lo mismo que dos estadígrafos y dos empleados administrativos.

El centro cuarto tipo tiene que abarcar una población de 20.000 a 40.000 almas y debe dividirse en tres secciones y subsecciones. Una de medicina sanitaria con su médico jefe y ramas para la lucha antituberculosa, enfermedades venéreas, higiene social, cada cual con su médico correspondiente; otra sección de medicina asistencial y su médico jefe con los clínicos de orientación y tratamiento, servicio de inyecciones y farmacia. Y por fin la tercera sección, de medicina social con su jefe médico higienista, para las funciones antes indicadas, educación sanitaria, higiene pública, etc. Naturalmente, que se agrega ya en este tipo el servicio de visitadoras sanitarias y las secciones de radiología, laboratorios y demología.

El centro de quinto tipo, para 40.000 a 50.000 personas, se diferencia del anterior en sus secciones bien delimitadas y nuevas: tuberculosis, higiene social, epidemiología y endemias, maternidad e infancia, medicina escolar y del trabajo; sus

servicios de visitadoras sanitarias, su catastro radiográfico, su sección coordinación y transporte.

Para el centro de sexto tipo, que abarca de 50.000 a 70.00 personas, no hay mayores diferencias con el anterior, sino en la aparición de nuevas subsecciones, productos de la diferenciación. En realidad, este centro de salud es ya un verdadero pequeño Ministerio de Salud Pública. En él están representadas todas las direcciones técnicas, inclusive las administrativas, del Ministerio.

Diferencia entre un centro de salud y un centro sanitario

En una provincia X —y el caso se repetía en todas— y en su ciudad capital, precisamente, existían hace tres años aun, un centro antituberculoso, un centro de maternidad e infancia, un centro antipalúdico, un centro de reconocimientos para empleados de la nación, un centro para accidentes del trabajo y la Delegación Regional de Salud Pública, todos ellos dependientes del actual Ministerio, ex Secretaría de Salud Pública. Cada uno de estos centros tenía su sede propia y todos actuaban desvinculados entre sí. Reunimos, sin mayores preocupaciones, todos esos centros o servicios en el local más grande que encontramos, un hotel, y al todo lo denominamos centro sanitario. Ahora bien, la Delegación Regional se encarga de las tareas de coordinación federal que le son inherentes, tiene jurisdicción sobre todas las organizaciones nacionales dentro de una provincia o territorio y con ello el centro sanitario tiene su acción directiva, rectora. Todo ello, menos la Delegación Regional, es el centro de salud y en ello solo reside su diferencia. La síntesis: el centro sanitario es o provincial o territorial y está directamente unido a la Delegación Federal Administrativa, mientras el centro de salud es meramente local y de funciones puramente médico-preventivas.

Diferencia entre centro de salud y centro de medicina preventiva

La diferencia surge de todo lo que ya hemos dicho. El centro de salud atiende enfermos y sanos de toda clase y profesión. El centro de medicina preventiva atiende sanos, en especial obreros y empleados afiliados a sus cajas respectivas. El centro de salud puede o no tener catastro radiográfico. El de medicina preventiva tiene como base ese catastro. El centro de salud proyecta su acción al exterior. El de medicina preventiva no. El centro de medicina preventiva es de diagnóstico precoz y de orientación del enfermo, mientras que el centro de salud es de diagnóstico y tratamiento

integral, familiar y social. El centro de salud tiene acción asistencial, sanitaria y social; el de medicina preventiva tiene solo acción preservativa en un aspecto de la medicina social, que es el examen en masa de la población sana.

Otras diferencias

Conocidas las condiciones y objetivos del centro de salud, sobra decir que el centro de reconocimientos médicos es para los empleados públicos a los fines del examen preventivo, periódico y de licencias por enfermedad y se crea solo en las ciudades importantes. El centro de maternidad e infancia es de protección a la madre y al niño, exclusivamente. Naturalmente, esta multiplicidad de centros se irá transformando en centros de salud y a ello se ha de llegar sin contratiempos. Por ello hay que fundamentar claramente las funciones actuales y la meta de hoy de los centros de salud.

Los fines esenciales del centro de salud

De todo lo dicho surge con nitidez la trascendencia del centro de salud, cuyos fines filosóficos deben ser —y lo serán más adelante— para nuestra patria: 1) salvar las vidas en peligro mediante el diagnóstico precoz y cuidado de la familia; 2) cultivar la raza y la personalidad integral del hombre argentino; 3) vigilar las condiciones de vida y educar enseñando a vivir en salud y confort a todos y cada uno de los habitantes de la República.

Por otra parte, en los seis tipos de centros que están planeados, se cumple un proceso de acuerdo a la ley de Spencer: de lo homogéneo indiferenciado a lo heterogéneo diferenciado. Por ejemplo: en el centro del primer tipo, el médico lo hace todo y prolonga su acción social con la visitadora. La acción médico-social se modifica según los servicios existentes en la zona. En algunas partes debe hacer incluso servicios de urgencia. Además, es seguro que un centro de salud, allí donde no haya hospital, concluya transformándose en hospital; esto es, tomará más cuerpo en él la medicina asistencial. Y allí donde haya hospitales, el centro completará la acción del hospital en sus aspectos sanitarios y de medicina social, relegando a último término la medicina asistencial. Lo ideal es unir el hospital al centro de salud y viceversa. Pero un hospital es muy caro como servicio. El centro de salud es más eficaz y según los cálculos técnicos su sostenimiento es cinco veces más barato. Con la incorporación de 30 camas y consultorios externos, se tiene un centro de salud-hospital perfecto.

Palabras finales

En estos momentos tengo la satisfacción de informar que ya funcionan 50 centros de salud. Nuestro plan es llegar a los 400, calculando que cada centro puede controlar y atender 20.000 personas. Con esos 400 centros atenderemos 8 millones de habitantes. Con 800 centros, la totalidad de la población de la República. De ocho a diez años, requeriría el cumplimiento de este plan. Respecto de la faz económica, baste decir que el costo de atención por persona en el centro de salud es de \$3 m/n. Muchos otros aspectos deberemos tratar en otra clase. El tema es de una hondura y trascendencia extraordinarias. Por eso digo que la difusión de los centros de salud es la antesala de la socialización de la medicina o, mejor dicho, para que no haya confusión en la terminología, de la estatización o nacionalización de la medicina en nuestro país. Y yo digo que cuando tengamos controlada la salud de toda la población, no alcanzarán los médicos. Hoy tenemos contralor apenas sobre 1/16% de los habitantes. Las perspectivas son inmensas. Hay que transformar y hacer muchas cosas nuevas. Los progresos de la ciencia médica no se detienen: los problemas de la salud aumentan y hay que encarar las soluciones al ritmo de la hora, pero sin olvidar ni una sola experiencia, porque el hombre es siempre una continuidad; y los pueblos, consecuentemente, no nacen por generación espontánea. En la Facultad de Medicina, a la sombra de la sabiduría de maestros sobrepasados por rutina mental, nos han impuesto un dogma: “no hay enfermedades, sino enfermos”. Tesis equivocada, interpretación absurda y perniciosa y en cierto sentido, primaria, porque parte de la base falsa de que “cada uno tiene lo que quiere y cómo le parece”. Para el centro de salud es todo lo contrario. No hay enfermos, sino enfermedades. Es problema la enfermedad y no el enfermo. Y más aun, no el problema del individuo enfermo, sino el problema de la colectividad, absolutamente en toda su extensión. Recordemos esto para la próxima clase.

La neurocirugía¹



Ramón Carrillo y Raúl Matera en el acto de clausura del Congreso de Neurocirugía. 9 de abril de 1949.

Fuente: Archivo General de la Nación.

Entre estos muros, que tienen más de un siglo de existencia, se han armado para la lucha por la verdad en todas las manifestaciones del espíritu, varias generaciones de argentinos. Y es para mí un honor darles la bienvenida en nombre del excelentísimo señor presidente de la nación y como ministro de Salud Pública y secretario general del Congreso. Como neurocirujano estoy orgulloso de participar personalmente en vuestros trabajos presentando el esfuerzo científico de la escuela argentina, en materia de cirugía del sistema nervioso, esa neurocirugía de la que vosotros sois, en el mundo entero, altísimos exponentes.

Acaban ustedes de llegar y ya no son nuestros huéspedes, sino nuestros amigos y estoy seguro de que, una vez concluida la misión, volverán a sus patrias lejanas

¹Discurso del profesor Dr. Ramón Carrillo, al inaugurar el 3 de abril de 1949, el III Congreso Sudamericano de Neurocirugía en el Aula Magna del Colegio Nacional de Buenos Aires.

plenos del sentimiento fraternal que a los argentinos nos nace siempre al contacto del bien, de la verdad y de la belleza.

Porque de las tres cualidades inseparables de la ciencia —como expresión ansiosa que es de la búsqueda eterna de la primera causa— señores delegados, sois maestros, y nada conmueve más que su manifestación en cualquier orden de la inteligencia y de la acción. Tened, pues, por cierto, que en esta bienvenida, el pueblo argentino ya os ha abierto su corazón, y os desea el más grande de los éxitos en la tarea que vamos a emprender juntos.

Intercambio de postulados y doctrinas

Un Congreso científico asume siempre un significado trascendental y cumple una misión que supera su propio programa prefijado. El intercambio recíproco de postulados y doctrinas, el movimiento de ideas, la controversia de las mismas, la frecuentación de sus miembros dentro y aun más, fuera del recinto de sus inquietudes, constituye un método fecundo en el arduo camino de la investigación y de la realización científica. Para los que llegan de tierras lejanas o cercanas, asambleas del carácter de la presente, señalan un modo de vinculación insuperable porque solo en las altas latitudes del espíritu, los hombres encuentran el clima ideal de conciencia, respeto y comprensión que más tarde o más temprano deberá ser el de todas las colectividades. Y para quienes los reciben como dueños de casa, un Congreso científico representa un índice de elevada cultura, a lo que solo se llega cuando un pueblo y una nación han rebasado sus etapas formativas e ingresado en las más nobles especulaciones del saber.

De ahí que nuestro Gobierno se enorgullezca al fomentar y organizar estas reuniones de hombres de ciencia de todo el mundo. Y no es coincidencia feliz sino realidad de lo que acabo de afirmar, el hecho auspicioso que señalo: simultáneamente, en nuestra Capital, en el seno de uno de sus más grandes institutos se abre el Congreso Sudamericano de Neurocirugía, mientras que allá en Mendoza, junto a los Andes, en otra casa de estudios, prosigue sus trabajos el Congreso Internacional de Filosofía, también como este, realzado por las más brillantes delegaciones de todos los países del mundo.

Ya comprobarán, señores delegados, cómo en nuestra patria, la hora que se vive es grávida de hechos significativos. Al ritmo de un acelerado progreso material y social, que hace circular por el organismo nacional torrentes de vida, en todos los campos del trabajo, ustedes escucharán correr el armonioso y profundo río de la inteligencia, en dos expresiones, tal vez las más imponderables del espíritu: la filosofía y la cirugía.

La neurocirugía: “aristocracia de la medicina”

La filosofía, ciencia del hombre intelectual y moral, ciencia de la naturaleza y de la humanidad, conocimiento del ser, anhelo de Dios, norma de la conducta y hasta del

gobierno de Estado, según sus acepciones, y la neurocirugía, o, en la expresión feliz, “la aristocracia de la medicina”. Ambas disciplinas de la investigación confluyen a un mismo fin: el filósofo plantea el problema de la verdad; el cirujano, aunque a veces no tenga sentido filosófico, busca en el acto quirúrgico la grandiosa sencillez, las leyes biológicas y procura en su ámbito, la reconquista del ser. Y ambos, abordando enigmas y plasmando sistemas y métodos, siembran la nobleza sobre el mundo atormentado, exaltan la experiencia, la razón, la virtud, y alientan la esperanza de que algún día la humanidad se guíe y se rija por ellas, y no como hasta hoy, por el interés, la pasión o el odio.

Por otra parte, las expresiones del espíritu, si pertenecen al hombre, es la colectividad entera quien le brinda la materia esencial, a tal punto que la humanidad creadora solo puede reconocerse en sus hombres representativos, sean artistas, científicos, estadistas, mediante la condición de que ellos sean fieles al medio.

El cirujano sondeando el misterio del hombre

La ciencia es una necesidad primaria del espíritu humano, porque el hombre busca afanoso el secreto de las cosas. Interroga al mundo, se interroga a sí mismo; anhela conocer su origen y su fin. El principio del mundo es el caos y es el terror. La obra de la creación duerme en la médula del hombre. Hasta que el terror primitivo, ante la cotidianidad de lo maravilloso se trueca en imaginación, en estudio de lo circundante. Ya el hombre sabe que existe aunque no sabe aún qué es. La curiosidad le aguza los sentidos y comienza para él la sabiduría empírica. A partir de entonces, lo misterioso deja de serlo para volverse problemas, y el hombre, ya en su dominio de la razón, se abisma temerariamente en las causas, y a través de etapas sucesivas, “la ciencia-arte” que se llama cirugía, nos permite a nosotros, simples mortales, introducir nuestras manos en las profundidades del cerebro, y extraerle sus misterios.

No cabe, sin embargo, enorgullecernos de nuestros impresionantes progresos, puesto que en realidad solo nos permiten vislumbrar un pálido reflejo del futuro de la neurocirugía, al fin y al cabo sistematización del buen sentido ejercitado con conocimiento siempre parcial de las causas. Por ello no se conocen jamás la vanidad o la soberbia en el hombre de ciencia. Por ello, quienes vinculan a los pueblos entre sí, más que los diplomáticos y los políticos, son los maestros, sea cual fuere el esfuerzo de sus inteligencias.

La neurocirugía nos ha enseñado a ser y a soportar los fracasos que son la vida misma. No obstante, sabemos que nada destruye a los sueños y a las esperanzas: sabemos que cada derrota técnica, cada enfermo que no pudimos recuperar, sirve para fundamentar una nueva hipótesis y concebir una realidad mil veces superior. Tenemos fe en nuestra ciencia de la medicina, escuela del sufrimiento donde aprendemos los modos del vivir y creemos consecuentemente, en el progreso incesante de la humanidad, cuyas exequias han entonado solo los escépticos y los pusilánimes.

La clínica médica y las especialidades

La clínica médica se ha desintegrado en especialidades; en la clínica quirúrgica se observa una ramificación similar con el nacimiento de especialidades circundantes. En las que se hallan en formación, media una separación entre el clínico y el cirujano. Pero en el futuro, el especialista será ambas cosas, a la vez que se habrá cumplido la profecía de Bouchard, quien aconsejó genialmente que, “a medida que las especialidades tiendan a hacerse quirúrgicas, es conveniente también que el clínico se transforme en cirujano”.

La clínica sabemos, ha recuperado muchas enfermedades tributarias de la cirugía, así como esta ha incorporado muchas de las adscriptas a la muerte, y estamos ya en la neurocirugía. Y si los cirujanos hemos perdido terreno en cierto punto, lo recuperaremos en otros, aunque el operar no signifique la victoria, sino al contrario, un fracaso de la terapéutica.

Solo habremos dominado el mal el día que, verdaderamente, no sea preciso operar. Por ahora está muy remoto el momento en que el bisturí deba caer de manos del neurocirujano.

Historia de la neurocirugía y la trepanación

La dignidad del especialista reside en que brinda los frutos de su pequeño huerto, pero la verdad, por pequeña que sea tiene dimensiones infinitas. No hay esfuerzo pequeño en nuestra tarea, porque el más insignificante de los hechos, bien comprobado, arroja un haz luminoso sobre el mundo visible y si bien a la ciencia le interesan los resultados generales, estos no son posibles sin el conocimiento especializado de los pormenores. Las doctrinas generales de la medicina se fundan en hechos simples y parciales conquistados palmo a palmo.

Me dirijo a maestros insignes. No obstante vale una rápida síntesis. La historia de la neurocirugía es la historia de la trepanación: y la de esta, la del desenvolvimiento humano y de la civilización. No hay más que una sola ciencia, como no hay más que un arte y una sola historia. Viven ellas un fondo común de sentimientos e ideas: lo universal son las grandes necesidades y por eso la historia de la trepanación —fruto de una necesidad— resume todas las épocas y muchas angustias del hombre. Hemos llegado a una perfección quirúrgica, a un adelantado conocimiento de la anatomía, la fisiología y la clínica. Mas es poco aún. No sabemos lo que falta y debemos proceder como si todo se estuviera haciendo.

Desde la primera craniectomía estudiada por Broca en la mujer troglodita de Cromagnon, hasta la hora actual, la cirugía del sistema nervioso con sus aciertos y sus errores está impregnada de un ritmo histórico. Verdades y errores antiguos; verdades y errores contemporáneos. Pero una verdad inmutable: el origen de la medicina, instintiva frente al dolor y científica en la primera explicación de los fenómenos ha reclamado siempre la apasionada fe del hombre y así la percibimos al estudiar y recordar las grandes figuras y los hechos de la cirugía cerebral.

Biología y clínica del sistema nervioso

Hipócrates el primer neurólogo, Galeno el primer neurocirujano, Heliodoro, trepanador sistemático, Celso, todos en la época precristiana; Mondeville, Guy De Chauliac, Giovanni Vigo en la medieval: Ambrosio Paré, Willis, Varolio, en el Renacimiento y Percival Pott, Sabatier, Quesnay, de la Touche, Percy, Louis, Cooper, Goodle, Mac Ewen, Horsley, Frazier, Babinsky, Krause, Elsberg, Foerster, Clovis, Vincent, De Martel, Dandy y el inaccesible Harvey Cushing, en la época contemporánea, van señalando las tres etapas de la neurocirugía que nos conduce desde la primer edad, de visión confusa y compleja; a la segunda, de análisis de las dificultades mientras se desarrollan aunque sin coincidencia, la biología y la clínica del sistema nervioso y hasta esta actual, período de síntesis, de convergencia de conocimientos anatomofisiológicos, clínicos y técnicos. Hora de recomposición del todo aunque estamos al comienzo de la síntesis porque la psiquiatría, la neurología y la cirugía no se han amalgamado, como ocurrirá infaliblemente, debido a que falta mucho por ahondar en el conocimiento de las partes.

La investigación científica tiene una doctrina y una práctica que se han concretado en este siglo: los eruditos y los especialistas de todos los sectores de la actividad humana, han establecido las reglas para la conquista de la verdad científica y a ellas debe ajustarse el neurocirujano. Para que una verdad sea científica debe fundarse en hechos severamente documentados. Solo así tienen valor y viven en el tiempo.

La neurocirugía en la Argentina

Séame permitido afirmar que en nuestra patria, la historia de la neurocirugía abarca tres períodos que casi marchan paralelos al florecimiento europeo, pues si en 1889 operaba Goodle en Inglaterra, nuestro Andrés Llobet, apenas un año después, realizaba las mismas operaciones sobre el cerebro; mientras Gandolfo, Justo y Alejandro Castro, en 1889, siguen las huellas de sus maestros del viejo mundo, para dar paso luego a los Gutiérrez, los Palma, Decoud, Corbellini y nuestra figura máxima, Alejandro Posadas, que en 1891 opera tres quistes hidatídicos cerebrales. Estos, los precursores. A partir de 1921 se inicia el segundo período, que se diferencia del anterior por la mayor perfección técnica, pero que es semejante en el carácter episódico y accidental de la actuación neuroquirúrgica. Cirujanos eminentes no dejan de hacer sus ensayos, pero maniobran como francotiradores, salvo una que otra excepción en que se esboza una tendencia a abordar la cirugía del sistema nervioso con más espíritu de sistema y especialización.

La mención de nombres del propio medio puede originar omisiones. Cito algunos: Arce, Jorge, Delfor del Valle, Bosch Arana, Rivarola, Finocchietto, Varsi, Donovan, Rodríguez Egaña, Pasman, Guillermo Zorraquín, José B. Abalos, Allende, Taubenschlag, etc.

La tercera época, la actual, es la de los sistematizadores, dedicados exclusivamente a la neurocirugía. Con relieves propios, surgen los nombres de Manuel Balado,

fundador de la Cátedra de Neurocirugía, cuyo recuerdo vive en todos nosotros, y de Ernesto Dowling, el discípulo de Cushing, que prosigue su diaria lección magistral.

Cada una de estas tres generaciones está ligada por la misteriosa continuidad del espíritu, y en la historia encontramos el hilo común que nos une a todos, tenso en el amor a la investigación y al estudio, nunca desmentidos en los cirujanos argentinos.

Fraterna lucha contra el dolor

Este Congreso Sudamericano de Neurocirugía, valorado por la presencia de altísimas personalidades científicas de Europa y América, cerrará un ciclo y abrirá otro, en la historia de nuestra medicina. Revisaremos el pasado inmediato y abarcaremos los grandes rumbos del porvenir neuroquirúrgico: su programa nos vincula a todos en el amor a la investigación, al estudio. Y este esfuerzo no será inútil, porque no se sabe que jamás se haya perdido ni una gota de agua, ni una palabra, ni un sacrificio, que sirvieran a la obra fraterna de luchar contra el dolor, la enfermedad y la muerte.

Por ello también, en nuestra patria, hemos dado un gran impulso a todas las manifestaciones de la cultura. Y en cuanto a nuestra especialidad, señores delegados, tal vez nada pueda ser más grato que el encontrar al frente del Ministerio de Salud Pública a un neurocirujano y comprobar hasta qué punto se han desarrollado la medicina social, la medicina sanitaria, y la medicina asistencial, una de cuyas cumbres más perfectas es la neurocirugía.

Clima propicio para el trabajo: la libertad

Aquí encontrarán, señores delegados, el clima de libertad que es el único propicio para el desarrollo de todas las actividades del intelecto. Tenemos a gala lo que calificamos de hospitalidad criolla, que nos viene de la sangre y de la raza, y una de las características de esa cortesía debida al huésped, finca precisamente en dejarle todas las llaves del hogar.

Trabajarán ustedes como en un laboratorio cerrado a los afanes del exterior, o discutirán en asambleas públicas, ante centenares y centenares de discípulos que los seguirán y en quienes dejarán la inquietud que suscita el combate por los fueros del conocimiento. Y en los breves ratos de descanso, tendrán la oportunidad de auscultar todos los aspectos de la vida argentina, rumorosa y vibrante, de pueblo joven que se encuentra a sí mismo y tiene para todos los pueblos de la tierra, la asequible llaneza de la caballerosidad y la sensibilidad a flor de piel para adoptar siempre la conducta más limpia.

Declaro inauguradas las sesiones del Tercer Congreso Sudamericano de Neurocirugía y formulo mis más cálidos votos para que en sus deliberaciones, resplandezcan la verdad, la buena fe, el trabajo y la inteligencia, para bien y esperanza de la humanidad entera.

Despedida a los neurocirujanos¹



Ramón Carrillo en un acto en el Instituto de Neurocirugía "Costa Buero".

Fuente: Archivo General de la Nación.

Luego de una semana de intensa labor, cuyos resultados debemos considerar óptimos, hemos aquí reunidos, un poco en olvido de los temas abordados, para sellar las nuevas amistades creadas, consolidar las viejas y afianzar las mutuas consideraciones adquiridas en el transcurso de estos días.

Lejos de mí, pues, referirme siquiera sea someramente a los objetivos del congreso ya clausurado. Como colega y ministro de Salud Pública, permítanme, en cambio, agradecerles el esfuerzo que para ustedes, delegados del viejo y del nuevo mundo, ha sido llegar a esta ciudad de Buenos Aires, portadores de sus experiencias, de sus trabajos, de sus preocupaciones, y convivir durante tantas horas en un mismo alto ideal.

*Los hombres de ciencia hablan
el mismo idioma*

Yo creo que hemos logrado algo de lo que quería Schelling, cuando afirmaba que "el hombre de ciencia que tan solo es capaz de entender su especialidad, sin transfundirle la expresión de un anhelo universal, no es digno de ser un hombre de ciencia". Y así es. Ustedes han trascendido el ámbito de la neurocirugía, al aceptar nuestra invitación y participarnos de modo tan relevante sus estudios, en un clima de auténtica fraternidad.

¹Discurso del profesor Ramón Carrillo, al inaugurar el 3 de abril de 1949, el III Congreso Sudamericano de Neurocirugía en el Aula Magna del Colegio Nacional de Buenos Aires.

El mundo está lo bastante dividido y desquiciado por egoísmos e intereses contrarios, por un cúmulo de problemas cada vez más lejos de cualquier solución aceptable. Y únicamente podrá salvarse, reponiendo a lo espiritual en su primacía, como aboga Maritain, a la ciencia en su contenido moral y a la política en su sentido ético. No sabemos de esto último, si cabe en las estadísticas de hoy, y si cabe, será excepcionalmente. Pero sí sabemos que los hombres de ciencia poseemos un lenguaje universal, ecuménico, y que en ese lenguaje, quienes nos entendemos y comprendemos sin segundas intenciones somos los neurocirujanos. Somos tal vez los que tenemos en nuestras manos la posibilidad de restaurar en su quicio a esta alocada humanidad. Disculpen ustedes la expresión, pero el cerebro del ser de este siglo no funciona bien. ¿Y quiénes pueden meterse en él sino nosotros?

Una demostración de sabiduría

Broma aparte, lo cierto es que el congreso que nuestro Gobierno ha tenido el honor de organizar con la adhesión de las naciones por ustedes representadas, ha sido una demostración de sabiduría que evade por mucho el círculo de nuestra especialidad. En otros países, muchos hombres hállanse entregados sin descanso, con verdadera vocación científica a la dilucidación de los problemas que afectan la integral capacidad del hombre. Ustedes lo han ratificado ahora. Esperamos que asimismo hayan encontrado ustedes entre nosotros el mismo espíritu, idéntica vocación y ese clima de libertad y cordialidad a que me referí hace una semana apenas, al darles la bienvenida en nombre del Gobierno y del pueblo argentinos.

Cada uno de los señores delegados es una expresión de la cultura de su patria, abandonada momentáneamente, igual que sus familias y sus centros de actividad, para establecer con nosotros una comunicación de alcances imponderables. Yo hubiera querido ser menos el ministro de Salud Pública y mucho más el neurocirujano, y así hubiera logrado estar todavía más en contacto con ustedes. Si no ha sido así, disculpen al colega y disculpen al general Perón, por haber designado ministro a un neurocirujano. No siempre hacemos lo que queremos, sino lo que podemos.

Discusiones en plena armonía

Pero del cúmulo de enseñanzas del congreso que acabamos de celebrar, no ha de ser la menos trascendente esta: por sobre fronteras y distancias, psicologías y temperamentos, modos de ser y de actuar, preocupaciones y pareceres, nos hemos reunido un centenar de neurocirujanos, para intercambiar estudios, ensayos, experiencias y conocimientos. Y hemos podido debatir y controvertirnos, sin que un solo instante el más ínfimo roce personal haya perturbado nuestra labor o empañado nuestra mente. Tal es lo que otorga categoría moral a la ciencia, a la cual le corresponderá en el futuro, ejemplarizar, dar normas de vida y de conducta a los pueblos.

Hay un espacio esencial y único, en que el bien y la verdad, metas de la vida, pueden existir en estado puro, digamos así: el espacio ínfimo de la investigación científica; de allí para abajo, hacia la tierra, tócanos a nosotros hacernos mejores, practicar y vivir el bien y la verdad, ser de ellos testimonios ante nuestros semejantes y contribuir a la paz, sin la cual la humanidad, más tarde o más temprano, sucumbirá.

Votos porque se acorte la distancia

Dice un anónimo aforismo, que la salud es un estado provisorio que no presagia nada bueno. Y Spencer, que los conceptos, a fuerza de repetirse, pierden la eficacia que tienen. Nosotros creemos todo lo contrario del anónimo y del filósofo. La enfermedad es lo provisorio, lo circunstancial. De otra manera sobraríamos los médicos. Y en cuanto a la repetición, hago votos por que estos congresos se sucedan más a menudo. Cuatro años de distancia entre uno y otro, son muchos en estos tiempos, para el vertiginoso desarrollo de la neurocirugía. Y muchos más, para estar alejados de ustedes, luego de haberlos tenido tan cerca en estos días.

Señores: brindo por la felicidad de todos y cada uno de los presentes y saludo en ustedes a sus respectivas patrias.

El criterio biológico en el reordenamiento económico de la alimentación en la Argentina¹



Ramón Carrillo en la clausura del 1er Congreso Argentino de Racionalización Alimentaria. En el Aula Magna del Colegio Nacional de Buenos Aires. 29 de noviembre de 1952.

Fuente: Archivo General de la Nación.

El excelentísimo señor presidente de la nación, al declarar inaugurado el curso sobre Política Alimentaria, enunció con su habitual claridad un concepto que tócame hoy desarrollar desde el punto de vista técnico, documentando con acopio de datos sus afirmaciones. Dijo el general Perón: “Excluidos la carne y el trigo, que constituyen elementos básicos en toda alimentación, excluidos esos dos artículos que producimos en cantidad suficiente, en todos los demás alimentos somos deficitarios”.

Con estas palabras, el primer mandatario ha sintetizado exactamente la situación de nuestro país en materia alimentaria, situación que no se ha intentado siquiera corregir en decenas de años por razones que no se nos escapan, pero que huelga

¹ Conferencia del ciclo sobre Política Alimentaria, pronunciada en el Teatro Cervantes, el 17 de mayo de 1949.

enumerar ahora. En efecto, nuestra población se ha visto en la necesidad de organizar su dieta exclusivamente con carne y harinas, eliminando casi, por hábito, por comodidad y también por falta de la producción adecuada, la mayoría de los alimentos “protectores”. Todos sabemos, o deberíamos saber, que una de las adquisiciones menos discutibles de la técnica moderna de la alimentación, es haber señalado la importancia de los alimentos protectores. La noción de alimentos protectores es fundamental en el ordenamiento alimentario de un país: protectores son aquellos alimentos como la leche, las frutas y las verduras, que deben ser incorporados ineludiblemente en un mínimo indispensable a la dicta diaria, para que esta cumpla sus fines benéficos sobre la salud. En caso contrario, los seres y los pueblos se debilitan paulatinamente, decae su potencial biológico y se llega a formar una raza raquítica y decadente, proclive a la extinción. La denominación, pues, de “protectores”, para esos alimentos, es cabal y responde a un concepto de “calidad”, más que de cantidad.

Por ejemplo, si una persona consume por día, en su dicta, 5.000 calorías —lo que es un exceso— exclusivamente suministradas por alimentos básicos (carne, pan y pastas), esa persona cocerá mucho, pero estará mal alimentada, y ténganse por seguro que, andando el tiempo, enfermará gravemente. En cambio, si consume 3.000 calorías, integradas por alimentos básicos y protectores —proporcionalmente combinados—, esa persona comerá mejor, se alimentará de verdad, a los fines de la conservación de su salud y de la recuperación normal de energías. Y aun, gastará menos.

Traducido lo que antecede a un lenguaje más llano, podemos decir que una persona que ingiere diariamente alimentos por 5.000 calorías, procedentes de grandes cantidades de carne, pastas y harinas diversas —esto es, la regla en nuestro país— y excluye las verduras, la fruta, la leche, la manteca y los huevos frescos, esa persona come caro, come mal, no se alimenta racionalmente y pone en serio peligro su salud y su capacidad de rendimiento, para sí y para los suyos.

El criterio biológico

Tendemos, por voluntad y decisión de nuestro presidente, a orientar científicamente la alimentación del pueblo argentino y de todos los que conviven con nosotros. Para ello, hay que recurrir a ciertos principios de orden social y fisiológicos, que son fundamentales. Enunciaremos cuatro de esos principios o normas que concretan lo que denominamos el criterio biológico en la reorientación alimentaria del país:

- a. La alimentación diaria debe ser balanceada y contar con una proporción fija de alimentos energéticos y protectores.
- b. Se debe evitar, en lo posible, la alimentación antinatural, y en caso de recurrirse a ella debe respetarse también el principio de la dieta balanceada.
- c. Es necesario educar al pueblo a que reordene sus hábitos alimentarios, acostumbrándolo a un mayor consumo de leche, huevos, verduras, frutas y

carne de pescado y de aves, alimentos en que somos deficitarios como lo ha señalado el general Perón.

- d. Toda norma fisiológica de alimentación del individuo es también norma para la colectividad, por lo cual corresponde orientar la producción de alimentos de acuerdo a las necesidades biológicas del pueblo tomado en su conjunto, como productor y consumidor de alimentos.

Consideraciones sobre la incidencia de la dieta balanceada

En el último Congreso de Gastroenterología realizado en nuestro país, destacamos las cifras de los enfermos del aparato digestivo, que nos recordaban el triste privilegio de ocupar el primer puesto en el cuadro mundial de esa especie de enfermedades; y demostrábamos —también con estadísticas— que las afecciones del tubo digestivo constituyen, en nuestra patria, un verdadero problema social por las enormes masas de pacientes que deambulan de hospital en hospital y de consultorio en consultorio.

Para explicar estos hechos señalamos la tendencia marcada de nuestro pueblo a organizar una dicta monofágica, es decir, constituida por un solo elemento o por un elemento muy predominante, en este caso la carne, violando un dogma, el de la dieta balanceada, que es un principio en virtud del cual el hombre, para poder vivir en salud, debe alimentarse con una dieta muy variada, y cuanto más variada mejor.

Examinemos algunas afirmaciones que suelen llenarnos de orgullo, pero que por el equívoco que encierran contribuyen a desorientar a nuestro pueblo. Se afirma comúnmente: 1) que la Argentina es el país en que mejor se come; 2) que la Argentina es el gran país productor de alimentos. Ambas afirmaciones son verdades a medias y desde el punto de vista estrictamente científico, ambas son falsas.

Si por “comer” se entiende ingerir copiosas cantidades de alimentos, es cierto que en Buenos Aires se come y ien qué forma! El comer así, cuantitativamente, es un trauma al sistema nutritivo, del mismo orden del que supondría recibir un golpe todos los días en cualquier parte del cuerpo. Pero si por “comer” se entiende proveer racionalmente al organismo del combustible necesario para vivir en salud, reponer energías y realizar esfuerzos, es evidente que nosotros no “comemos” ni nos alimentamos, sino que ingerimos materiales y calorías sin discriminación alguna, con el criterio exclusivo del volumen, de la cantidad.

La dieta alimentaria, no solo debe imponer cantidad con un criterio primario y semisalvaje, sino principalmente calidad, y calidad combinada, balanceada en determinadas proporciones. Por eso, alimentarse bien, conscientemente, racionalmente, supone un alto nivel de cultura, y a ello debemos aspirar para nuestro pueblo, tan inteligente y decidido para orientarse en cualquier problema y hallar su solución, aunque sea un problema tan complejo como el que estamos tratando.

Ahora bien: cuando hablamos de abuso en el comer, en nuestro país, cuando se señala que todos los límites fisiológicos en la alimentación han sido superados, nos referimos a la Capital Federal, ya que en el interior de la República la situación es de

déficit general, salvo en el renglón de la carne, en que, con todo, apenas se llega al mínimo normal.

Para apreciar las consecuencias de esta falta de organización, de esta ausencia total de una distribución científica de los alimentos, basta dirigir una mirada a las estadísticas de los reconocimientos premilitares y a las comprobaciones de nuestros equipos de medicina preventiva. En el interior de nuestra Patria, la pobreza fisiológica del habitante rural —aunque haya mejorado muchísimo en estos últimos tres años— sigue siendo alarmante. La mejoría obedece, en este caso, solo a la elevación del estándar de vida, obra del Gobierno del general Perón, y no a un mejor abastecimiento y a una racional combinación de los alimentos que deben integrar el menú diario.

El superávit cuantitativo y el déficit cualitativo por una parte (Capital Federal) y el déficit cuantitativo y cualitativo por otra (interior del país), responden a la imprevisión y carencia de normas técnicas para orientar el consumo y la distribución de los alimentos. El problema de los alimentos no es solo de producción, comercialización o consumo, sino principalmente de distribución científico-social. Y esta distribución podrá regularse mediante tarifas preferenciales de transportes para que, en virtud de dichas tarifas, zonas productoras de cierto tipo de materias alimenticias, pero desprovistas de otras, puedan adquirir por el intercambio económico, los alimentos de que carecen, al mismo precio que en la zona de producción y recíprocamente.

Otro error es creer que somos insustituibles productores de alimentos, cuando en realidad solo producimos en exceso, cereales y carne, como lo ha señalado muy bien el general Perón. En el orden interno y desde el punto de vista de la salud de la población, esta realidad no es beneficiosa, ya que los cereales y la carne constituyen apenas una parte de la dieta. Consecuencia de nuestra monoproducción es el vernos obligados a importar en gran escala sustancias alimenticias, aunque ahora en menor cantidad que en el pasado. A propósito de esto, ha dicho el señor presidente: “Otros pueblos con menos posibilidades que nosotros, otros países que no producen carne ni trigo como nosotros, han sabido abastecerse de todo, ellos mismos, y principalmente de alimentos protectores en cantidad suficiente”.

Y es exacto. Pero es que esos países tienen sobre el nuestro la ventaja de una población educada desde el punto de vista alimentario y cuentan con un sistema racional de distribución de sus calorías disponibles. Por eso no es aventurado afirmar que, considerado el problema técnicamente, la Argentina es uno de los países en que su población se alimenta mal por la incidencia que ejerce sobre la dieta popular la hiperproducción de carnes y cereales. Tenemos así hombres de muchos kilogramos de peso —en aparente estado de salud—, pero al mismo tiempo muchísimos diabéticos, muchísimos enfermos del hígado y del riñón, muchísimos hipertensos, todo ello más arriba de los índices corrientes en países más adelantados dietéticamente considerados.

El alza de salarios —magnífica realización del Gobierno del general Perón— se ha traducido entre nosotros, por la idiosincrasia nacional, en el aumento del consumo de alimentos, sobre todo el de la carne que se ha duplicado en solo dos años, superándose así con creces las cifras de tolerancia biológica de ese alimento, pues, como es sabido, la carne ingerida sobre cierta cantidad, lejos de beneficiar al organismo, lo

perturba y lo enferma, punto en el que estamos de acuerdo y desde antes de ahora, por cierto, todos los médicos argentinos.

Consideraciones sobre la alimentación antinatural

Ha aumentado también notablemente el consumo de alimentos conservados y envasados —lo que es realmente lamentable—, y el hecho preocupa al Ministerio de Salud Pública de la Nación, por lo cual debo señalarlo a la población para que no se deje llevar por las engañosas ventajas que ofrecen a las amas de casa estos alimentos, haciéndoselos preferir a los alimentos frescos, ya que con esto no hacemos sino preparar la destrucción de nuestra máquina humana, desaprovechando el privilegio que tenemos los argentinos de obtener con poco esfuerzo toda la cantidad necesaria de alimentos frescos. Encuestas realizadas por el departamento a mi cargo, han demostrado que barrios obreros enteros no usan cocina, por lo que sus moradores solo viven de fiambres, conservas y quesos, y esta alimentación se impone, incluso a los niños. Esto ocurre solo por hábito y comodidad, por falta de educación higiénica más que por necesidad.

En los países donde se ha difundido enormemente el alimento conservado o envasado, se han tomado medidas para difundir en igual proporción el consumo de leche fresca, de frutas y de los jugos de verdura y jugos de frutas, también envasados, como contravenenos, diremos, del abuso de las proteínas en latas o de los fiambres. En nuestro país, desgraciadamente, este aspecto técnico de la industria de la alimentación no se ha desarrollado y solo recogemos por ahora los inconvenientes de la alimentación antinatural.

El aumento de las caries dentarias en estos últimos años en poblaciones del interior que solían tener una pequeña cantidad de enfermos bucodentales, es también un índice de que se está conmoviendo la biología del país al modificarse notablemente con nuevos tipos de alimentación, que han surgido como consecuencia de las mayores disponibilidades de la población para invertir en alimentos, aunque lo hace irracionalmente, en perjuicio ante todo de su propia salud. Es sabido que una alimentación natural, aun en ausencia de toda higiene bucal, mantiene la integridad de los dientes durante muchos años; esto es lo notable que comprobé muchas veces en pobladores de Salavina (Santiago del Estero), donde la gente ostentaba hasta los noventa años dentaduras sin una carie.

La alimentación antinatural, excesiva o no balanceada, produce, además de caries en los dientes —que al fin y al cabo no tienen tanta importancia—, otras anomalías en órganos vitales, y así se originan enfermedades como la diabetes, la obesidad, los cálculos al hígado, las afecciones de la vesícula, el raquitismo, la anemia, los reumatismos, y mil otras enfermedades degenerativas que han venido a sustituir —en las preocupaciones del Ministerio de Salud Pública— al antiguo problema de las enfermedades infecciosas, hoy ya casi superado.

Hace un cuarto de siglo, las compañías de seguros de vida de EEUU y Canadá, comprobaron que la obesidad, la diabetes y otras enfermedades originadas en sistemas

irracionales de alimentación, eran sus principales enemigos, pues los siniestros que constantemente debían afrontar las compañías procedían de asegurados sin régimen alguno ni continencia de ninguna índole en la alimentación. Con tal motivo y concordantemente con los puntos de vista similares de las autoridades sanitarias —que anhelaban obtener un tipo físico vigoroso y de alta estatura— las compañías aseguradoras iniciaron una campaña de educación sanitaria muy inteligentemente llevada.

Al cabo de 25 años podemos comprobar cómo el pueblo de EEUU, que 30 años atrás se debatía en la misma irracionalidad dietética que nosotros, ha sido llevado insensiblemente —merced a la educación— a una conducta alimentaria, lógica, científica, económica y saludable.

Consideraciones sobre la educación alimentaria del pueblo

La campaña de educación alimentaria del pueblo argentino se puede dividir en varias etapas:

- a. En la primera etapa se debe enseñar a la población el valor calórico de los alimentos en relación con el peso del hombre y sus actividades, a fin de que este trate de no insumir más de lo necesario, pues todo exceso, como se ha dicho, es contrario a la salud. Para ello se podrían difundir en los restaurantes y casas de comidas los menús con sus respectivos valores calóricos, indicando cuáles son los alimentos convenientes a los obesos y cuáles a los delgados. El pueblo aprende a controlar diariamente su peso en balanzas que se pueden distribuir por todas partes, a fin de que cualquiera se ajuste a un régimen calórico que él mismo y voluntariamente se imponga.
- b. En la segunda etapa se debe enseñar al pueblo cómo puede y debe repartir esos valores calóricos entre los distintos tipos de alimentos, guardando ajustadas proporciones entre las albúminas, los hidratos de carbono y las grasas. Si traducimos al lenguaje común estos términos, aunque no se respete fielmente el concepto académico, podemos decir que existen tres tipos de alimentos: los tipo carnes (albúminas), los tipo manteca y aceites (grasas), los tipo pan, dulce y pastas (hidratos de carbono). El pueblo debe aceptar como principio indiscutido que la mitad de la energía y capacidad de trabajo del hombre (50%) procede de los alimentos como pan, dulces y pastas; el 30% de la manteca y los aceites y solo el 20% de las carnes. Este es el principio de la proporcionalidad, regla científica que es diariamente violada por los argentinos, en perjuicio de la propia salud, pues hacemos proceder el 50% de nuestra energía de la carne roja y casi exclusivamente de la carne vacuna, sin el atenuante que significa consumir también carne de pescado o de aves.
- c. En la tercera etapa del programa de educación, se tenderá a implantar popularmente el principio de los alimentos “protectores”, que son absolutamente indispensables para la salud, por su contenido en vitaminas y minerales. Debe convencerse a la población que tiene que buscar las

vitaminas, no solo en la industria farmacéutica, fuente inagotable de especialidades medicinales, sino en los alimentos comunes. De ese modo, el hígado, considerado por nuestros padres como “menudos” para el gato y el perro, debe ocupar un primer plano como depósito de vitaminas y albúminas específicas para el buen equilibrio de nuestra sangre.

Las frutas cítricas, naranjas, mandarinas, pomelos, son fuentes de vitamina C y gracias a ello, entre otras cosas, conseguimos mantener en excelentes condiciones nuestras encías y dientes. La vitamina A, se obtiene de la zanahoria, tan fundamental para el puré de los niños; la vitamina D proviene del viejo aceite de hígado de bacalao, que ha sido revalorizado.

Cuando se advirtió en EEUU, por ejemplo, una cierta tendencia a la anemia, se aconsejó al pueblo que consumiera alimentos con alto tenor en hierro, como la espinaca. Y con la colaboración de las autoridades sanitarias, hizo su aparición *Spaghetti* (Popeye), el famoso *Sailorman* de los dibujos animados e historietas ilustradas, que en trance de derrota ingiere una buena cantidad de espinaca para recuperar violentamente sus fuerzas.

Todos lo conocernos a *Spaghetti*, pero quizá no hemos advertido que su misión fue la de divulgar la espinaca como alimento antianémico por su tenor en hierro. Fue un éxito evidente del sistema indirecto de educación sanitaria.

El triunfo de la campaña de educación popular en EEUU está a la vista y debe servirnos de ejemplo. No vamos a inventar nada nuevo sino aplicar procedimientos cuyos resultados son indiscutibles, sin perjuicio, todo ello, de las adaptaciones a nuestra propia manera de ser, de sentir y de juzgar las cosas. En 25 años de labor educativa en materia de alimentación, los EEUU consiguieron elevar la talla media de sus habitantes y prolongar la vida probable que de 50 años, en ese entonces, pasó a 65 años en el momento actual.

Como argentino, no tengo inconveniente, sin embargo, en inspirarme en la técnica norteamericana, por ser la mejor y proceder del único país, aparte del nuestro, que está en condiciones de efectuar una planificación democrática de su alimentación, mediante el consejo y la educación del pueblo. Los países europeos, no pueden servirnos de modelo, pues allí la necesidad tiene cara de hereje y se ha debido someter a la población a restricciones y racionamientos de postguerra, determinados por la carestía real de alimentos, restricciones para las cuales el aspecto científico tiene poco que ver, dominados como están esos países por la falta de abastecimientos y por la imposibilidad de producir todos los alimentos que consumen.

Consideraciones sobre el problema educativo de la alimentación en función de la biología y de los hábitos

Al considerar la economía agraria como fuente de alimentos y supeditada en cierta manera a las leyes biológicas, está muy lejos de nuestro espíritu pretender que deben

violentarse costumbres y gustos, ni mucho menos implantar un buen alimento extranjero en reemplazo siquiera de uno malo nuestro. No. Esto no es argentino ni se concibe en la mente de un hombre de este Gobierno. Solo anhelamos, como médicos, que la producción de alimentos se oriente entre nosotros en forma tal que permita satisfacer fisiológicamente todas las necesidades de la población, abastecerla a poco costo, especialmente a las masas trabajadoras, y aun dejar un excedente para la exportación y un estímulo a nuestra organización rural.

Mientras los tejidos y órganos del individuo cumplen regularmente la función de renovar su estructura a expensas del aporte químico de los alimentos, el proceso no es un problema ni para el individuo ni para la sociedad. En estado normal, el mecanismo de desintegración y recomposición química de nuestro ser, se produce en el más profundo de los silencios. Y en este sentido, el silencio de los órganos, es decir, el no sentir nosotros tampoco nuestros órganos, como si no existieran, es la perfecta salud.

El drama, en cambio, comienza cuando el proceso de la química celular se estropea con ingredientes mal combinados; cuando ello se traduce, más tarde o más temprano, en un envejecimiento prematuro o en la formación dentro de nuestros órganos, de sustancias extrañas y, por lo tanto, tóxicas. Recién entonces aparecen en el hombre las exteriorizaciones, bajo la forma de síntomas: recién entonces se “sienten” los órganos. Se ha roto el silencio orgánico: se ha perdido o está en déficit la salud.

Desde tal instante, debemos suplir, estamos obligados a suplir con dietas y alimentos adecuados a cada caso, los desastres que nosotros mismos, inconscientemente, hemos provocado. Por ello, lo primero que hace un médico frente a un paciente, sea cual sea la enfermedad que sufra, es ordenarle, mejor dicho, reordenarle la alimentación, sustituyendo con síntesis artificiales lo que no puede hacer por sí misma la propia economía individual. En esos casos, el alimento deja de ser tal, para convertirse en un medicamento.

Traslademos el hecho individual al fenómeno colectivo, cometeremos los mismos errores, y nos enfrentaremos con el problema del abastecimiento patológico de las colectividades humanas y con el déficit orgánico de las masas, con la incapacidad integral de una nación, con la ineptitud para reproducirse, para producir y accionar de acuerdo a los requerimientos cada vez más duros de la vida humana. Este convencimiento, basado en la experiencia médica, es lo que da categoría de deber irrenunciable al ordenamiento alimentario de nuestra población, objeto de estas conferencias y clases y campaña educacional en que estamos empeñados por clarividencia y voluntad patriótica del general Perón.

Existen experimentos que deberían hacer reflexionar mucho a los hombres de Estado. Tal, por ejemplo, el de la posibilidad de hacer desaparecer una especie animal, con solo someterla a un régimen de alimentos mal combinados o pobre en elementos protectores. El animal no tiene hambre, porque “come”, pero no se “alimenta” y, como consecuencia, a la cuarta generación no se reproduce más y su especie queda condenada a desaparecer. El problema de la denatalidad de la raza blanca está ligado, sin duda, a las modificaciones que ha sufrido la alimentación de

los pueblos como consecuencia del industrialismo y del cambio intempestivo de hábitos y costumbres.

El hombre, librado a su instinto —a su propia hambre— se defendería mucho mejor que ahora, prisionero de normas y costumbres impuestas por un régimen de vida artificial, que es la vida corriente, diríamos, en las grandes ciudades. Librado a su propio instinto, el hombre ingiere diversos alimentos, variados y bien compensados, pero este mecanismo instintivo se falsea por varias razones; a) por carestía o elevado costo de determinados alimentos; b) por malos hábitos adquiridos, por ejemplo gustos familiares impuestos en la infancia; c) por debilidad vital o enfermedad, y d) por consumos artificiales aumentados por la propaganda.

Ocurre a veces que en ciertos países o zonas, ciudades o pueblos, por comodidad, carestía o exceso de producción de un determinado alimento, se termina por adoptar un tipo de alimentación colectiva unilateral. Como consecuencia de ese error se crean perturbaciones crónicas del proceso alimentario del pueblo, que pasa a constituir la normalidad dentro de la anormalidad, en virtud de un nuevo equilibrio artificialmente mantenido, pero del cual no se puede volver atrás. Se forman insensiblemente constituciones anatómicas y fisiológicas nuevas o semipatológicas, y, como decían los médicos del siglo pasado, aparecen estados distróficos o discrásicos, que no por anormales deben dejar de ser respetados. Se trata de situaciones biológicas de hecho, y ante ellas no cabe otro remedio que respetarlas o modificarlas muy lentamente.

Entre los males anejos a la civilización, que cada día nos obliga a vivir con más artificios, hállase la tendencia al sibiritismo alimenticio. Del trigo solo comemos la harina y desechamos la cáscara del grano. Del refinamiento del aceite resulta que ingerimos las grasas químicamente más imperfectas: la guerra así lo ha confirmado. Las entrañas de los animales, los *menudos* criollos, eran ofrecidos a los dioses en las sociedades primitivas; luego sirvieron para alimento de los animales domésticos, y el hombre optó por la parte de los músculos del animal; y finalmente, en nuestros días, las glándulas y órganos son materia prima de inmenso valor para la industria opoterápica, que en un afán bien justificado y respaldada por trascendentes adquisiciones terapéuticas, se permite hasta el lujo, por cierto pueril, de pretender vendernos sesos envasados en ampollas de droguería.

Si se organizara bien la alimentación de un pueblo, no harían falta, sino en ínfima cantidad, tantos millones de ampollas de vitaminas y tantos millones de glándulas y de órganos envasados por la industria farmacéutica, puesto que podemos incorporar normalmente esos elementos en sabrosos platos que harían el orgullo de la cocina nacional.

A veces existe predominante apetencia de la población por un determinado alimento y entonces conviene advertirla y exponerle los inconvenientes del monofagismo. Tal el caso de Francia con el pan y el de nuestro país con la carne.

Cuando los médicos comprobaron en Francia los trastornos que estaba produciendo en la salud de la población el consumo exclusivo de pan blanco, se organizó una campaña educativa. Así, la misma Academia de Medicina de Francia, el 17 de julio de 1934, emitió el siguiente comunicado:

La Academia de Medicina, fiel guardiana de los intereses de la salud pública, se alarma justificadamente por el consumo, de más en más generalizado, sobre todo en los centros urbanos, de un pan blanco obtenido con una harina privada de los elementos energéticos esenciales del trigo.

A continuación recomienda a los poderes públicos iniciar la reeducación alimentaria del pueblo francés, a través de la enorme experiencia que significa proveer a las colectividades dependientes del Estado (ejército, hospicios y escuelas) de una harina enteramente obtenida y panificada de acuerdo a los principios de la higiene de la alimentación.

Destacaba la Academia de Francia algo que ya era verdad científica indiscutida: que al desproveer a la harina de parte de los elementos que separa la molienda y que son, precisamente, aquellos en que reside el alto valor vitamínico del trigo, se cometía un directo atentado contra la salud del pueblo. En seguida insistía el comunicado sobre la importancia de la cáscara del trigo como factor de crecimiento de los niños, ellos que son grandes consumidores de pan y que con el pan blanco solo recibían el valor energético, pero no sus vitaminas de crecimiento.

Es un buen ejemplo para nosotros la iniciativa de la Academia de Medicina Francesa. Se atrevió, sin otras consideraciones que las científicas, a condenar una costumbre muy arraigada en la población, y lo hizo con energía y con éxito, pues, pueblo culto y disciplinado el francés, comprendió las razones que se le exponían y se adaptó a las nuevas normas alimenticias. Desde entonces, no solo en Francia sino en todo el mundo, aparecieron en la mesa familiar las rodajas de pan negro complementando la panera y probando cómo se puede armonizar el gusto con los dictados de la ciencia de la nutrición.

Frente a los hábitos de nuestro pueblo, nos encontramos con un problema similar: el vinculado a nuestro excesivo consumo de carne, que ya he señalado de un modo general por sus consecuencias sobre el organismo humano.

Nuestro país consume —término medio general— 150 kilogramos de carne por persona y por año. Esta cifra es muchísimo mayor en la Capital Federal que en las provincias y territorios. EEUU, que es el país mejor alimentado del mundo, no el que come más, se entiende, solo consume 69,6 kilogramos de carne por persona y por año. La cifra argentina es, de todas maneras, alarmante por sí misma, ya que el país que nos sigue inmediatamente en la estadística es Nueva Zelanda, cuyo consumo es de 80 kilogramos por persona y por año. Ahora bien: de acuerdo a los estudios realizados por Salud Pública, la cantidad óptima para el pueblo argentino, debe ser de 89,6 kilogramos de carne por persona y por año. O sea 200 gramos diarios en peso neto, o 240 en peso bruto. En realidad, y desde el punto de vista teórico, 70 kilogramos por persona y por año es la cantidad ideal. Basta y sobra con ella para la plenitud de la salud. La comparación entre lo que comemos de carne solamente, y lo que deberíamos comer, nos lleva a la lamentable comprobación de que lo argentinos hemos resuelto voluntariamente acortar nuestras vidas. El consumo de 20 o 30 kilogramos de más por persona y por año, podría considerarse un lujo de pueblo rico, pero llevar ese consumo al doble de lo fisiológicamente necesario, implica

desarrollar una apetencia patológica, malsana, por la carne, y sobre todo por un solo tipo de carne, la de vaca.

Hay pueblos como España e Italia, que consumen 17 kilogramos de carne por persona y por año, Cuba 24, Bélgica 36, etc., evidentemente poco, pero esos pueblos llegan al límite óptimo de la alimentación, con otro tipo de proteínas, principalmente el pescado, cuya obtención es una verdadera industria nacional. Lo contrario que entre nosotros. Aquí el pescado es alimento de lujo, todo el año, y de penitencia tres días...

Ya el Dr. Germinal Rodríguez, en 1932, señalaba el hecho anormal en que hoy insistimos, de que la ciudad de Buenos Aire consumiera 140 kilogramos de carne por persona y por año —en aquel entonces—, mientras que las provincias, y no todas, apenas llegaban al límite óptimo. La ciudad de Córdoba consumía 60 kilogramos, la de Tucumán 82, la de Rosario 70, la de Mendoza 58, etc. Hoy las ciudades del interior, casi todas, están en el límite óptimo y algunas por sobre él. En EEUU, como lo hemos señalado —país productor y laborioso— solo se consumen 69 kilogramos por persona y por año. Se sobreentiende que no hablamos de Inglaterra, ni de otros países europeos, porque, evidentemente, atraviesan una anormal situación de abastecimiento.

El criterio económico

El señor presidente de la República ha señalado, en su conferencia sobre política alimentaria Argentina, el método a seguir para orientar la producción de alimentos. Dijo el general Perón:

Corresponderá a los médicos dietólogos fijar una fórmula argentina que de acuerdo a la fisiología contenga los mínimos de cada uno de los 10 o 12 alimentos que intervienen o deben intervenir en el menú diario del hombre argentino. Por supuesto que se tratará de una fórmula ideal, pues mientras unos se alimentan mal por exceso, otros lo hacen mal por déficit o por mala combinación de los distintos componentes de la comida diaria. [...] Establecida esa fórmula ideal del consumo diario por el Instituto Nacional de la Nutrición, fácilmente se deduce el consumo anual por persona en cada rubro [...] Conocido el consumo anual sabremos por una simple multiplicación lo que deben consumir idealmente los 16 millones de habitantes del país durante el año. [...] Cuando se ha llegado a esta conclusión corresponderá a los economistas determinar la producción nacional en esos alimentos; luego, con una simple operación aritmética, se establecerá la diferencia entre la cifra biológicamente indispensable y la de la producción nacional; de ese modo tendremos una idea exacta de los alimentos que producimos de más y de aquellos que producimos de menos. Esto ya será un principio de orientación para una política alimentaria y para una política agraria [...] Pero aún nos faltará concretar las fallas de la nutrición colectiva; para ello necesitamos otro dato, el del consumo real, muy difícil de determinar con exactitud, pero que puede señalarse con mucha aproximación. Establecido lo que

realmente consume la gente frente a lo que teóricamente debe consumirse, tendremos el déficit o exceso de consumo, discriminando alimento por alimento, lo que nos dará tres conclusiones: a) el verdadero estado de salud de la población; b) una orientación precisa para la producción agraria y c) un criterio para regular nuestras importaciones y exportaciones de alimentos.

Hasta aquí las palabras del general Perón; veamos ahora los resultados concretos de la aplicación del método sugerido por él.

Fórmula alimentaria ideal del hombre argentino

La Dirección de Alimentación del Ministerio de Salud Pública, después de realizar los estudios del caso, ha llegado a establecer una fórmula promedio de lo que debe comer diariamente un habitante del país.

Para precisar esta fórmula se han efectuado todas las correcciones necesarias, teniendo en cuenta la heterogeneidad de la población, que no solo está formada de hombres, sino también de mujeres, niños y ancianos, de obreros y de intelectuales, de sanos y enfermos, que requieren variantes en la dieta y que son específicas de cada individuo o de cada grupo. Por eso la fórmula ideal que daremos a continuación es una fórmula promedio que tiene en cuenta todos los factores antes mencionados.

He aquí la fórmula promedio del hombre argentino, es decir, lo que debe comer por día (Tabla 11).

Tabla 11. Fórmula alimentaria ideal para argentinos.

| Alimentos | Gramos |
|-----------------------------------|--------|
| Leche | 400 |
| Carne | 200 |
| Huevos | 50 |
| Vegetales (verduras y hortalizas) | 650 |
| Fruta | 180 |
| Harinas (pan y pastas) | 310 |
| Azúcar y dulces | 105 |
| Grasas (aceite y manteca) | 70 |
| Queso | 15 |

En esta fórmula hemos incluido el queso con 15 gramos, para dar mayor variedad al menú, pero puede reemplazarse con 100 gramos más de leche, es decir, elevar la dosis de ésta a 500 gramos diarios. Quiere decir que el queso es un componente optativo.

El menú que surge de la fórmula promedio preparada por la Dirección de Alimentación, produce 3.120 calorías, esto es, una cantidad más que suficiente para

vivir y vivir bien. Además, debo anotar que está “balanceado” o, en otros términos, que guarda las proporciones debidas entre uno y otro tipo de alimento.

La alimentación normal o habitual en nuestro pueblo, según ya hemos señalado, reduce al mínimo las verduras, las frutas, el huevo, el pescado y sobre todo la leche, recargando las calorías en los rubros de la carne, del pan y de las harinas. De ese modo, en la Capital Federal, se consumen alrededor de 400 gramos de carne por día y por persona y 500 gramos de pan y pastas, proporciones que se agrandan a expensas de los demás componentes normales de una dieta racional. Por ello llegamos a comprobar que los habitantes de Buenos Aires se alimentan con 5.000 calorías promedio, calorías originadas en un solo tipo de alimentos, cuando si estos se combinaran y balancearan bien, bastarían y aun sobrarían las 3.120 calorías necesarias que proponemos, ya con bastante exceso y generosidad.

La fórmula de Salud Pública a que nos referimos tiene, desde el punto de vista científico, las siguientes características: está constituida por un 56% de hidratos de carbono, un 13% de proteínas, y un 31% de grasas. Así se llega a obtener el total de 3.120 calorías, que en su mayor parte provienen de los elementos energéticos, es decir, 1.749 calorías de los hidratos de carbono (437 gramos), cantidad suficiente para cualquier labor diaria. De las proteínas, carnes, para emplear una expresión solo aproximada, pero comprensible, surgen en la fórmula 419 calorías con un total de 105 gramos. Nuestro menú contiene además 106 gramos de grasas, que se traducen en otras 952 calorías, que sumadas a las anteriores integran la cifra de 3.120 calorías diarias, o sea el total necesario y suficiente.

Hago notar que esta es solo una fórmula teórica, que debe ser sometida a reajustes, y puede aumentarse o disminuirse, pero guardando siempre las proporciones señaladas: lógicamente, las variantes que pueden introducirse son determinadas por la mayor o menor actividad de los individuos, su peso, su edad o estado de salud. Además, esta fórmula da origen a centenares de variados platos, según el arte culinario de las amas de casa, lo que, por supuesto, permite adaptarla a los más diversos gustos y paladares, y usos y costumbres individuales o familiares. Pero, repito, que la esencia de la fórmula es respetar la proporcionalidad entre sus componentes alimenticios.

Y puedo afirmar, más aún, podemos afirmar, con la experiencia médica no solo nuestra sino del extranjero, que si la población, andando el tiempo, compenetrándose de sus bondades, se ajusta a las líneas generales de esta fórmula, debe tener la certeza de que incorporan a su organismo: agua, celulosas, hidratos de carbono, proteínas, grasas, minerales y vitaminas en cantidades perfectamente balanceadas, y todo ello con inmenso beneficio del rendimiento de la salud y también de la economía doméstica.

Consumo ideal por año y por persona

Establecido ya por rubros lo que racionalmente debe comer un argentino por día, fácilmente se calcula, multiplicado por 365, lo que debe consumirse por año en cada

uno de esos rubros. Obtenemos así una nueva tabla, de carácter anual, en la que se han tomado como base de cálculo los pesos brutos de lo que debe consumir un habitante por día.

Dejamos constancia de que al enumerar antes la fórmula promedio ideal, nos referimos a los pesos netos de sus componentes. Por ejemplo, cuando hablamos de carne en esa fórmula, consignamos 200 gramos, que lo son en peso neto, pero al hacer el cálculo por año y *per cápita*, tomamos en consideración el peso bruto, incluidos huesos, es decir, 240 gramos.

Del mismo modo, en la leche, el peso neto de 400 gramos se transforma en peso bruto de 412 gramos. El huevo no tiene variante, porque el peso de la cáscara es despreciable. Y así sucesivamente.

El objeto de esta corrección es calcular el consumo ideal por persona y por año, refiriéndolo al peso bruto, porque de tal manera, las cifras logradas permiten la comparación con las cifras del consumo real, que se dan normalmente en peso bruto y no en peso neto.

La tabla de Salud Pública (Tabla 12), expresada en cifras redondas y anuales, referidas a peso bruto, indica las cantidades de alimentos que, por año y por persona, deben consumirse en el país.

Tabla 12. Fórmula alimentaria ideal, anual, por persona.

| Alimentos | kilogramos |
|-----------------------------------|------------|
| Leche | 150* |
| Carne | 87 |
| Huevos | 18 |
| Vegetales (verduras y hortalizas) | 325 |
| Fruta | 78 |
| Harinas (pan y pastas) | 113 |
| Azúcar y dulces | 38 |
| Grasas (aceite y manteca) | 26 |
| Queso | 6 |

*Unidad de medida en litros.

He aquí, entonces, el consumo ideal o teórico anual, por habitante del país; mas, para saber si el consumo real se aproxima a estas cifras ideales —a las que debemos tender— es indispensable realizar una comparación con los datos que con no poco esfuerzo, y aun así aproximadamente, hemos podido recoger sobre el consumo real. Para que la comparación de cifras tenga un valor ilustrativo, las relacionaremos con los consumos en EEUU, porque considero, como ya lo he expresado, que aquel es el pueblo técnicamente mejor alimentado del mundo.

Y bien: las cifras del consumo real estadounidense, se aproximan bastante a la fórmula ideal nuestra, y guarda las proporciones que guardamos en la de Salud Pública. Nosotros, naturalmente, al proyectar la fórmula promedio argentina, hemos tenido que hacer algunas concesiones al gusto criollo, y de muy buen grado las hemos hecho, por cierto, pues tampoco en esto nos parecemos a los estadounidenses. Por ello, a veces, las diferencias entre ambas fórmulas, la de ellos y la nuestra, aparecen más acentuadas.

Por ejemplo, a la carne le asignamos, para los argentinos, una cifra ideal de 87 kilos por persona y por año, en el supuesto de un individuo de peso medio. En cambio, consumimos 150 kilos por persona y por año, es decir, 63 kilos más de lo ideal. En EEUU el consumo real de carne es de 69,6 *per cápita* y por año y se aproxima a la cifra ideal, que para todos los fisiólogos es de 70 kilos, también por persona y por año.

Las referencias sobre EEUU las hemos tomado de la publicación oficial: *Consumption of Agricultural Products*. U. S. Dep. of Agriculture, 1941.

Prosigamos con las comparaciones. En materia de leche, sobre un consumo ideal de 150 litros por año y por persona, consumimos solo 100 litros. EEUU consume 159 litros. En huevos, nuestro consumo ideal debería ser de 18 kilogramos por persona y por año y alcanza, en cambio, apenas a 7 kilogramos. EEUU consume 19 kilogramos de huevos por persona y por año, lo que pone más en evidencia nuestro déficit. Se explica este hecho porque el pueblo americano cubre normalmente sus calorías con proteínas y grasas del huevo, mientras nosotros —equivocadamente— la cubrimos exclusivamente con carne vacuna.

En lo referente a frutas, también se evidencia un déficit. Deberíamos consumir al año 78 kilogramos de fruta por cabeza y por año, y en cambio solo consumimos 56 kilogramos, es decir, tenemos un déficit de 22 kilogramos. EEUU consume 75 kilogramos, aproximándose cada vez más a la cifra ideal que es 78.

En los derivados de la harina, pan y pastas principalmente, tenemos, al igual que en la carne, un superávit de consumo. Contra 113 kilogramos teóricos, consumimos 140, es decir, 27 kilogramos de exceso por persona y por año. EEUU consume 116 kilogramos, es decir, solo tiene un exceso de consumo de 3 kilogramos. Está, pues, en límites normales.

Un capítulo muy serio —y quizás el más grave para nuestro pueblo—, es el que se refiere al infraconsumo de vegetales. Teóricamente deberíamos consumir 325 kilogramos de verduras tipos A, B y C en el año, debidamente balanceadas entre sí; en cambio, solo consumimos 135 kilogramos; tenemos pues, un déficit de 190 kilogramos. EEUU también tiene un déficit en este tipo de alimento, pero mucho menor que el nuestro, y además el Gobierno realiza allí una intensa campaña para aumentar la producción y consumo de verduras y hortalizas. En dicho país se consumen 212 kilogramos de verduras por persona y por año, teniendo un déficit, por consiguiente, de 113 kilogramos.

En azúcar y dulces, nuestro consumo es prácticamente normal, pues sobre 38 kilogramos, que son los ideales, se consumen 37 kilogramos por año y por persona, siendo el déficit de un kilogramo poco importante en sí mismo. Aunque parezca sorprendente, nuestro país, que es exportador de materias grasas, tiene un déficit de

consumo en dicho renglón. Siendo el consumo ideal y teórico de 26 kilogramos por persona, resulta que existe solo un consumo de 11 kilos por año y *per cápita*, es decir, tenemos un déficit de 15 kilogramos. Ello se debe a que la elaboración de los productos derivados de la leche, se ha orientado hacia la producción de quesos y leche en polvo, descuidándose la producción de manteca, que no ha sido compensada por el incremento de la producción de aceites comestibles. EEUU, sobre un consumo ideal de grasas —26 kilogramos, según nuestra fórmula—, consume 23 kilogramos, es decir, solo tiene un déficit de 3 kilogramos contra un déficit nuestro de 15.

En lo referente a quesos, que tomamos como prototipo del derivado de la leche, estamos bastante equilibrados. Según la fórmula de consumo ideal, se asignan 6 kilogramos *per cápita* y por año; el consumo real es de 5 kilogramos. En cambio, EEUU consume en materia de derivados de la leche, otros muy diversos además del queso, alrededor de 56 kilogramos por persona.

Resumamos, pues, porque de todo lo antedicho deben surgir las precisiones para toda la política alimentaria argentina, tal como es deseo del general Perón. Hemos visto, comparando con la fórmula ideal, biológica, de Salud Pública, que el consumo real ofrece graves diferencias en todos los alimentos y, en especial, en los llamados “protectores”, señalando, por el contrario, un superávit compensatorio, pero perjudicial, en los alimentos “básicos”. He aquí en nuestros consumos reales, las diferencias con respecto al consumo ideal (Tabla 13).

Tabla 13. Déficit y superávit del consumo alimentario real en Argentina, en relación al consumo ideal, según tipo de alimentos.

| Alimentos | % |
|-----------------------------------|-------|
| Leche | -33,0 |
| Carne | +72,0 |
| Huevos | -63,0 |
| Vegetales (verduras y hortalizas) | -58,0 |
| Fruta | -28,0 |
| Harinas (pan y pastas) | +23,0 |
| Azúcar y dulces | -0,7 |
| Grasas (aceite y manteca) | -56,0 |
| Queso | -16,0 |

La seriedad de estas cifras es incuestionable; su importancia, por lo mismo, es trascendente, porque ellas permitirán orientar la labor futura, en un esfuerzo mancomunado de Gobierno y pueblo.

Los médicos brindamos así, a los economistas, estos datos biológicos, y cumplimos con otro de los precisos conceptos expuestos por el General Perón en su recordada conferencia del Teatro Colón sobre el problema alimentario argentino. En efecto, dijo el excelentísimo señor presidente:

En el problema de la alimentación popular, tanto los economistas argentinos, como los médicos y como los agrarios, han andado desencontrados y no se han entendido entre sí; cada cual ha planteado la cuestión por su cuenta, sin ver claro en el conjunto. De ese modo, los economistas solo han reparado en la producción total, en el consumo real y en la exportación y la importación. Los médicos han estudiado a fondo las raciones alimenticias para sanos, enfermos, niños, viejos, trabajadores manuales o intelectuales, pero no han deducido de todo ello las necesidades alimentarias cualitativas y cuantitativas de todo el país; han realizado encuestas y se han quedado asombrados de lo mal que se come entre nosotros, de la desnutrición y del infraconsumo de alimentos protectores, tanto en el interior como en la capital; por su parte, los economistas conocen la producción global y el consumo real, pero no han podido ni pueden fijar una política alimentaria racional, porque carecen de los puntos de vista biológicos del médico. Los pequeños agricultores —y los hombres de campo— siembran y producen a “ojo de buen cubero”; los grandes agricultores no tienen otro norte que la exportación, sin sospechar, siquiera, que el propio país, en un determinado momento, podría ser su mercado, por el alto estándar de vida de la población.

La producción nacional de alimentos frente al problema de las necesidades ideales y al consumo real del país

De acuerdo a estos conceptos y a los estudios realizados por Salud Pública, pueden ahora los economistas estar en condiciones de realizar, mejor que nosotros los médicos, con cifras más detalladas y precisas, las siguientes operaciones estadísticas:

1. Establecer el consumo ideal de los 16 millones de habitantes, por año y por rubro de alimentos, traduciéndolos en toneladas.
2. Apremiar exactamente la producción de alimentos y confrontarla con las necesidades teóricas colectivas que hemos fijado en la fórmula de Salud Pública.
3. Llevar minuciosamente las estadísticas de consumo para extraer las tendencias del pueblo y juzgar los efectos de la campaña de educación alimentaria.

Por lo pronto, del análisis de las cifras que acabo de exponer al referirme a los porcentajes del déficit de cada uno de los alimentos fundamentales, surge la comprobación de los siguientes hechos: el primero no es novedad, que somos grandes productores y exportadores de carne y cereales; el segundo sí, revela que no producimos suficiente fruta ni elaboramos suficiente manteca para nuestro consumo, pero, sin embargo, somos exportadores de tales productos, aunque en cantidades cada vez más decrecientes. Y es seguro que si excedieran dichos productos en el país, la falta de demanda del público por insuficiente educación alimentaria no permitiría colocarlos en la plaza. No obstante, es irrefutable que dichas exportaciones, bien organizado el

mercado interno, no tendrían por qué producirse, desde que el consumo popular de manteca y fruta es deficitario, según se ha probado con largueza.

En fin, de los cuadros de consumo real de alimentos se desprende que la República solo dispone de saldos exportables en los rubros de carne y cereales. Todo lo demás debiera quedar en casa para nuestra población. No olvidemos que hasta muy recientes años fuimos importadores de alimentos, y que recién en estos últimos tiempos hemos conquistado nuestra independencia del exterior en algunos rubros. Quiere decir que, con un mayor estímulo a la producción en que somos deficitarios, podríamos en breve tiempo cubrir nuestras propias necesidades y convertirnos en auténticos exportadores, no en desmedro de las necesidades del pueblo, sino gracias a la riqueza productora argentina, traducida en verdaderos excedentes exportables para cubrir las tremendas urgencias alimenticias de otros pueblos hermanos.

Permítaseme insistir sobre este tópico, porque en él está el quid de los problemas que tenemos que solucionar. Que la República Argentina haya tenido y aun tenga que importar alimentos, aunque, como digo, ahora en menor cantidad, resulta una incongruencia chocante frente a las auténticas posibilidades del territorio patrio. Este es otro aspecto de nuestro ex coloniaje económico, ya barrido por el Gobierno de la Revolución.

Para no herir susceptibilidades, remontemos nuestros ejemplos algunos años atrás. Por ejemplo: nuestro país importó 6.956 toneladas de aceite en 1918. La importación de aceites fue subiendo hasta que en 1928 llegó a 52.806 toneladas. La importación de aceitunas fue en el año 1928 de 1.788 toneladas en 1938 de 5.967 toneladas. Del mismo modo, entre esas fechas, en una sola década, la importación de arroz subió de 29.029 toneladas a 52.259; la yerba mate, de 59.061 toneladas a 75.047; la de salsa de tomate envasada, de 1.854 toneladas a 11.960; la importación de huevos, de 20 toneladas en 1918 subió a 8.023 en 1928; y así, sucesivamente, una enorme cantidad de alimentos que tuvimos o tenemos necesidad de importar; todo lo cual está proclamando a gritos la absoluta falta de dirección económica del país en esa época, cuando con muy poco esfuerzo podríamos haber producido en casa e incluso exportar, según lo estamos haciendo actualmente con algunos de esos renglones, como el aceite.

Bastaría para ello, según se hace ahora, orientar concretamente al agro argentino para obtener todos los alimentos que necesita el país, robusteciendo al mismo tiempo la familia campesina, la cual, según lo demuestra la historia, es la que suele conservar las más sólidas virtudes de una raza.

El déficit de producción y el déficit de consumo de alimentos protectores, indispensables para una dieta racional, han existido siempre en nuestro país y en épocas anteriores a la actual han sido seguramente mayores. Pero el pueblo no pudo advertir esos déficits de alimentos, por la sencilla razón de que no poseía los medios económicos suficientes para hacerse de ellos. Hoy el panorama ha cambiado. Al elevarse el estándar de vida de toda la población, y especialmente de la más necesitada, por obra del Gobierno, al aparecer en el medio argentino, y a todo lo ancho de la patria, el “consumidor solvente”, la mayoría de nuestra población puede procurarse cierto tipo de alimentos que antes solo estaban reservados para los ricos. Pero la nueva

demanda, sin el aumento correlativo de la producción, nos enfrenta a un verdadero encarecimiento de los alimentos protectores, cuyo precio —descartada la especulación— tenía que elevarse, lógicamente, a cifras jamás cotizadas en la República.

Lo que ya debe preverse, y con tiempo, es que la campaña de educación alimentaria en la que pondremos todo nuestro esfuerzo, aumentará mucho más el consumo de tales alimentos. Ha de tocar al Ministerio de Agricultura de la Nación activar su producción y al de Industria y Comercio ajustar los precios y vigilar y perseguir inexorablemente a los intermediarios y a los especuladores, a quienes, dijo el general Perón, “habría que cortarles las manos, como hacían los pueblos de la Antigüedad con los ladrones”.

Señores: la República Argentina, durante un largo siglo, ha sido un arcádico país, maravilloso productor de materias primas alimentarias para otros pueblos. Recibimos siempre interesados calificativos encomiásticos, y nos contentamos, y se contentaron nuestros antecesores, con el rendimiento de la producción básica, menospreciando otras producciones tan indispensables para la economía individual y colectiva de los argentinos y de todos los que conviven con nosotros. Se crearon así fenómenos verdaderos, de toda índole, reflejados sobre la misma soberanía de la nación y el bienestar del pueblo y el destino de los argentinos. Es cierto: aquí jamás se ha padecido el hambre, el hambre pavoroso que ha asolado a otros países. Pero tampoco puede afirmarse, sin mengua de la verdad, que la situación de nuestro pueblo fuera envidiable.

Porque la patria ha atravesado largas décadas o ciclos de crisis y penurias económicas agudas; porque entregamos, enajenamos mejor dicho, nuestra producción, a precios poco remuneradores, como no lo fueran para los clásicos intermediarios de todos conocidos; porque hemos dejado malograrse cosechas enteras por no encontrar quienes se las llevaran sin sujetarse a un control internacional inflexible; porque hemos estado a merced de países industriales poderosos, que en trances de apremio nos brindaban anticipos, préstamos y empréstitos, dejándonos hipotecados medio siglo.

No fuimos, no, no fuimos nunca una *have not countries*, pero nuestro pobre pueblo sufrió como si fuera realmente un desposeído, como si no hubiera trabajado de sol a sol, sin compensación justa, y no hubiera producido lo suficiente para alimentar a varios países juntos, al mismo tiempo y durante muchos años.

La última guerra ha sido mucho más destructora que la de 1914; la devastación ha resultado más intensa, y a cuatro años de paz, de esta paz insegura, el mundo aún no se ha repuesto, ni ha logrado reorganizar su economía fundamental. La inestabilidad política, el desacuerdo entre pueblos o, más propiamente dicho, entre Gobiernos casi omnipotentes, retarda y retardará aún por largo tiempo la producción de tipo pacífico, esa que ofrece las solas garantías de bienestar a los hombres y elimina los fantasmas del Apocalipsis. ¿Para qué repetir lo que ya se sabe? La verdad es que en el mundo entero, la tierra nutricia, antes cuidada, ahora amenaza con su rápido agotamiento: que faltan abonos; que escasea la maquinaria; que las materias extractivas padecen de la carencia de obreros; que el comercio internacional hállase desquiciado; que no sobran los medios de transporte, destruidos por millones y millones

de toneladas en la contienda; y, en fin, que las restricciones y cupos, que implantan los Gobiernos, impiden entre los diversos países un racional intercambio de sus respectivas producciones.

Y bien, señores; en contraste manifiesto con esta caótica situación del mundo de la postguerra, nuestra nación, que está en el mundo y no en los espacios siderales, que tiene relación con todos los problemas de la tierra y no del ámbito de las estrellas, que no puede eludir, porque eso es imposible, los ramalazos de locura y de errores de otras naciones, en contraste con ello, nuestra nación ha desatado sus yugos y proclamado, en la palabra y los hechos, su independencia política, su justicialismo y su soberanía en todos los órdenes de la vivencia nacional.

Hoy somos, por obra del general Perón, económicamente independientes. Por primera vez en la historia —y con la fuerza moral necesaria— los argentinos podemos ejercer el derecho de poner a nuestro servicio, nuestra propia producción, podemos controlar y disfrutar sin retaceos de las materias primas extraídas del fondo generoso de la tierra fecunda, de sus mieses, de sus huertas, de sus ganados, de sus plantaciones inmensas, en fin.

En otros términos, los argentinos podemos gozar de la nueva libertad que consiste en reservar los mejores alimentos, primero para nuestros hijos, para nuestras familias, hasta hace poco expoliadas y subalimentadas, y remitir luego al exterior tan solo nuestros excedentes. Es decir, hemos logrado la meta propuesta: gobernamos, hacer y deshacer en nuestra propia casa, sin mentores, sin consejeros oficiosos, sin dejarnos engañar por cantos de sirena que hoy nos suenan a graznidos. Queremos para nuestro pueblo el mayor vigor, la más recia fortaleza, la más alta dignidad física y espiritual. Este es el objetivo de toda la política alimentaria argentina preconizada por el general Perón, y en la que estamos solidariamente empeñados en Salud Pública.

Así llegaremos a lo ideal del porvenir, en el magnífico presente: una patria no tan perfecta como amorosamente la soñamos, pero que en esta hora que vivimos, proporciona a sus hijos, en nuestro ambicioso ideal, un mínimo de felicidad y de altura moral. Ese mínimo indispensable para que rebrote en nosotros el ancestral orgullo de ser argentinos, argentinos capaces de sobrellevar con éxito seguro la misteriosa aventura de la existencia humana.

La fábrica de penicilina como una realidad definitiva¹

Habéis cumplido, señor presidente de la nación, con un compromiso que contrajimos con el país al hacernos cargo del gobierno, esto es, dotarlo de una fábrica de penicilina, el medicamento maravilloso por excelencia.

Tuvimos la ambición de poner a nuestra patria al resguardo de un sinnúmero de males y enfermedades que determinarían el padecimiento y la muerte de gran cantidad de personas, si por cualquier dificultad ajena a nosotros, no pudiéramos abastecernos en el exterior de esa droga insustituible. Y esa ambición la hemos colmado.

Eficaz protección a la industria privada

La solución a que arribamos es un ejemplo de cómo se puede recorrer un camino angustioso, a veces doloroso, cuando nos inspiramos en un ideal de bien público, y debo declarar que he tenido que luchar y amargarme mucho. Estoy satisfecho ahora que todo termina, porque se ha demostrado que dentro del mecanismo normal de nuestras leyes de protección a la industria, se pueden levantar verdaderos monumentos de organización de tan alto valor técnico y científico, como es una fábrica de penicilina de la magnitud de la que hoy inauguramos.

La Casa Squibb no ha recibido ningún privilegio del Gobierno. Ha recabado, simplemente, la protección normal que prevén las leyes para las industrias de interés nacional o estratégico, la ayuda a que tenía derecho y que surge de esas mismas leyes dentro del régimen institucional del país. No es un monopolio, como se ha dicho; no hemos dado, repito, ningún privilegio, sino la colaboración estatal necesaria para que esta inmensa fábrica sea una realidad para bien del pueblo argentino. Si no hubiera construido Squibb esta fábrica de penicilina, la hubiera tenido que hacer el Estado por su cuenta. En ese sentido se ha probado, en los hechos, que hemos abierto un nuevo camino para promover el desarrollo de la industria privada cuando ella está destinada a cumplir grandes fines nacionales.

¹Versión taquigráfica de las palabras pronunciadas en ocasión de inaugurarse la fábrica de penicilina, en Martínez, el 19 de mayo de 1949.

En pos de nuevos y grandes objetivos

Hemos cumplido, señor presidente, con el compromiso contraído ante el país, gracias al respaldo moral que nos habéis brindado. Insisto sobre todo en esto: gracias a vuestro respaldo moral y al técnico, científico y financiero de la Casa Squibb. Estos grandes industriales han emprendido con esta obra, en nuestro país, una verdadera proeza con caracteres de aventura, porque no puede decirse que una fábrica de este tipo sea un negocio seguro en un país no industrializado y de tan reducido mercado interno.

Por el camino abierto puede desembocar con toda felicidad la industria privada en nuestro país. Con un apoyo orgánico y racional, es posible que se cumplan algunas aspiraciones del Ministerio de Salud Pública de la Nación, que son:

1. Dotar al país de una fábrica de películas radiográficas.
2. De una gran fábrica de DDT.
3. De una fábrica de sulfamidas.
4. De una fábrica de anestésicos y barbitúricos.

En cualquier momento podemos quedar sin esos medicamentos, y eso se podría evitar siguiendo, en el futuro, el ejemplo que nos ha dado la Casa Squibb. Estimo que el Gobierno, contando con los técnicos, con el capital privado y con el apoyo que brindan las leyes de fomento a la industria, puede obtener para el país, desarrollos científicos industriales como el que hoy, en forma práctica, acabamos de comprobar.

El pueblo agradece a sus benefactores

Tengo el honor, repitiendo una frase que se ha escuchado alguna vez al señor Arnold, de inaugurar esta tarde uno de los partidos más amistosos que se han jugado entre la República Argentina y EEUU.

Señor Arnold, señor Weicker: gracias a ustedes hemos podido cumplir con el país y debemos estar satisfechos de vuestra valentía, porque invertir 36 millones de pesos en una empresa como esta, no es poco dinero. Os agradezco la profunda confianza que con tanta fe habéis puesto en nuestro país y en nuestro presidente; en la sola palabra de él y en las medias palabras mías. Os felicito por este esfuerzo que habéis hecho, y que es extraordinario, por este ejemplo de capacidad técnica y de desarrollo casi matemático; por la forma en que se ha realizado nuestro trabajo y por el cumplimiento de los plazos fijados en el convenio. Realmente, el agradecimiento que yo pudiera expresarles es poca cosa, sabiendo que es lo único que puedo darles, a cambio de que ustedes puedan perder verdaderas fortunas.

Os reitero una vez más nuestra gratitud en nombre del país, ya que en nombre del señor presidente lo he hecho varias veces, porque esto que estáis haciendo en bien de la salud del pueblo argentino no tiene precio ni se paga con palabras.

Andando los años, todas las cosas que se han dicho, de las que no está exento ningún hombre de Gobierno; todas las críticas que fatalmente tenían que hacerse

y que yo ya esperaba, no significan absolutamente nada. Las personas que honradamente han pensado que estábamos equivocados o las que han formulado críticas injustas o infundadas, reconocerán, como caballeros, que teníamos razón.

Bastará traerlas aquí para mostrarles la realidad. Creo que con esto la gente no hablará más, porque tarde o temprano la verdad y la honradez se imponen limpia y definitivamente.

El problema de la financiación adecuada de la salud pública¹

Evolución del concepto de sanidad

Sin remontarnos a los orígenes de la civilización, cuyos datos imprecisos no nos permiten arribar a conclusiones definitivas (no obstante algunos indicios acerca de las concepciones higiénicas de los griegos y las obras de higiene pública de los romanos) podemos distinguir, en la evolución de la medicina, en su vinculación con la ciencia social, tres grandes períodos.

El primero de ellos, caracterizado por la preeminencia de la fase asistencial, se presenta con caracteres nítidos en la Edad Media. Terribles plagas, tales como la lepra y las enfermedades venéreas plantearon la necesidad de imponer el aislamiento de los enfermos y de prestarles la asistencia adecuada a los conocimientos científicos y a las necesidades de la época.

Tales objetivos tuvieron principalmente concreción a través de obras piadosas; así surgieron las leproserías, debidas a la caridad de San Lázaro, y otros establecimientos asistenciales creados por diversas órdenes religiosas.

Primera iniciativa del parlamento inglés

Solo excepcionalmente se encaraba por los poderes públicos, la necesidad de una acción sanitaria. Así, es de citar la ley dictada por el parlamento inglés, reunido en Cambridge, en 1383, por la cual se prohibió la contaminación de los ríos, pozos y espacios abiertos. Tal ley, no obstante, no alcanzó en ningún momento a tener plena vigencia y constituye, de todos modos, un esfuerzo aislado dentro del panorama histórico a que nos venimos refiriendo.

Sin perjuicio de algunos antecedentes de higiene pública observables aisladamente en el proceso de transición de la vida señorial del medievo a la urbanización, recién en el siglo XIX es posible advertir la aparición de los principios sanitarios que se precisan en las medidas de profilaxis.

Hasta entonces a pesar del aumento progresivo de los conocimientos científicos, no se había estructurado una verdadera legislación y planificación sanitaria.

En el siglo indicado, hallamos, particularmente en Gran Bretaña, algunos antecedentes que van concretando la nueva etapa. Son dignos de mencionar la difusión de la vacuna antivariólica y la ley de registro de nacimientos, defunciones y matrimonios de 1837, que servirá de base a las investigaciones estadísticas aplicadas a un

¹Artículo escrito para la revista *IV Continente*, 1949.

objetivo sanitario. Evidentemente, la aparición del cólera en ese país en el período 1830-1832, repercutió sensiblemente en la conciencia pública permitiendo la adopción de medidas aptas para la defensa de la salubridad general.

La Ley de Sanidad Pública de 1848

En la década que comienza en 1840 los funcionarios designados en la llamada Ley de Pobres, produjeron un informe sobre las condiciones sanitarias de la población obrera. En este informe se reconoce el origen de la Ley de Sanidad Pública de 1848, que proveyó al establecimiento de un organismo en el que se concretaban aspectos importantes de una acción sanitaria, sin perjuicio de otorgar poderes a los municipios. Marca esta ley, cuya aplicación no tuvo toda la amplitud deseada por los hombres dedicados a estos problemas, en virtud de la resistencia que en ciertos sectores provocara, la iniciación de una etapa perfectamente definida. Entonces fue la primera vez en la historia humana que el cuidado de la salud del pueblo se reconoció plenamente como una función importante de gobierno (Tobey, 1939)

Se va definiendo así, en los países occidentales, una preocupación de los Estados hacia la solución de los problemas sanitarios, en razón de haberse advertido su incidencia manifiesta en la vida nacional. Y paralelamente a esa mayor acción estatal, se observa, en los países cuyo régimen municipal se hallaba hondamente arraigado, también una creciente dedicación en la misma dirección, que a veces se traduce en conflictos con los organismos nacionales. Francia crea el Consejo Superior de Sanidad Pública y Alemania adopta el sistema creado por Inglaterra.

Surge la cooperación en el orden internacional

Importantes iniciativas jalonan esta etapa: la estadística médica con Thomas Robert Malthus, la de morbilidad fundada por Guillermo Farr, las primeras conferencias sanitarias internacionales, comenzando con la de París en 1851, dan lugar al nacimiento del sentido de cooperación internacional, para culminar con Pasteur y la creación de la ciencia de la microbiología, cuyo desenvolvimiento ejerce una trascendental influencia en la legislación sanitaria, y más tarde, las investigaciones realizadas en el campo de la biología y los estudios sobre la fecundación y la herencia.

Los adelantos científicos a que aludimos provocan una inversión sobre lo que se entendía por sanidad.

La defensa de la salud deja de ser considerada como un problema atinente a cada individuo, y pasa a ser el de toda la comunidad; la cual comienza a reclamar el papel de protagonista en la lucha, y el fundamento consiste en que toda lesión a la salud del individuo, repercute sobre la sociedad. La prevención adquiere, entonces, relevancia frente a la terapia.

La acción privada y los servicios públicos

Al iniciarse el siglo XX la tutela de la salud pública se concreta en:

- a. Una actividad de índole negativa, restrictiva de los derechos formales, llamada de policía;
- b. en prestaciones directas del Estado, que ofrece interesante expansión en cuanto a los servicios de ingeniería sanitaria (obras sanitarias, abasto de agua, etc.), pero que en cuanto a la asistencia propiamente dicha no reviste caracteres de prestación total y orgánica, sino más bien como ayuda y suplencia de la actividad privada. Es la época del predominio de la doctrina liberal clásica, en que se consideraba que el Estado debía limitarse a garantizar al individuo el libre ejercicio de sus derechos individuales. Conceptualmente, la asistencia quedaba extrañada de los fines sociales y correspondía a la acción privada, no a los servicios públicos. Ello no obstante, no puede desconocerse que en la práctica la Administración Pública, en numerosos Estados, contribuía a la asistencia de los enfermos, mediante hospitales, dispensarios, etc.

La gran lección de la guerra mundial de 1914

Un hecho trascendental de la historia de la humanidad, marca la iniciación del tercer período. Nos referimos a la pavorosa hecatombe que entre los años 1914-1918, conmovió al mundo entero; pues, si bien es cierto que pudieron existir con anterioridad precedentes doctrinarios de sociólogos, higienistas y aun algunos esbozos legislativos, acerca de la armonización de la técnica sanitaria con la sociología y la economía, no es menos cierto que recién después de 1918 se inicia, por parte de los organismos estatales, una política sanitaria caracterizada por la concurrencia de los factores que directa o indirectamente inciden en la salud de la población.

La medicina social no se concentra, como consecuencia de lo expuesto, solamente en el hombre enfermo, según ocurría antaño, sino también en el hombre sano, tomándolo en su medio normal de vida.

Como es lógico, no en todos los países fue dable observar el mismo progreso en cuanto a la concepción del problema y a los medios escogidos para su solución; diversos motivos, algunos generales y otros circunstanciales, tales como en la distribución desproporcionada del factor étnico y del económico, crearon, en ese sentido, serias dificultades. Sin embargo, merced a la comprensión de que existe una vinculación íntima entre “la estabilidad de la nación y el bienestar físico de las masas de las poblaciones” (Phair, 1941, p. 265), se han podido destruir las barreras levantadas contra el desarrollo de la medicina social.

Como más adelante habremos de referirnos a los sistemas adoptados en los países más progresistas, estimamos inoportuno, ahora, citar los ejemplos que se adaptan a las características de esta tercera etapa.

El arte de prevenir las enfermedades

Resulta de todos modos interesante reproducir aquí la definición que sobre la salud pública nos proporciona Charles Edward Amory Winslow, profesor de la materia en la Universidad de Yale, por ser la más ajustada a los conceptos arriba expuestos. Dice así el distinguido maestro:

la salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y promover la salud física y la eficiencia por medio de esfuerzos organizados de la comunidad, por el saneamiento del medio ambiente, el contralor de las infecciones de la comunidad, la educación del individuo en los principios de la higiene personal, la organización de servicios médicos y de enfermos para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, y el desarrollo del engranaje social que asegure a cada persona un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de modo de permitir a cada ciudadano el ejercicio de su derecho nato a la salud y a la longevidad. (Tobey, 1939)

Hoy las opiniones son todas coincidentes en ese sentido, pues ya tuvimos oportunidad de decirlo en una conferencia pronunciada el 29 de julio de 1948 en la Liga por los Derechos del Trabajador (Carrillo, 1948a):

...los problemas de la medicina, como rama del Estado, no podrán ser resueltos si la política sanitaria no está respaldada por una política social. Del mismo modo que no puede existir una política social sin una economía organizada en beneficio de la mayoría, tampoco puede existir una medicina destinada a la protección de la colectividad sin una política social bien sistematizada para evitar el hambre, el pauperismo y la desocupación.

Financiación de los problemas de la salud

Como surge de lo que antecede, es cada vez mayor la conexión entre la medicina y las ciencias sociales. Se comprende que así sea, toda vez que el hecho irrefragable de que la vida humana se da en la coexistencia, tiene que ser aprehendido por la ciencia y por la técnica so pena del naufragio de estas últimas en un mar de incertidumbres y fracasos.

Claro está que no puede haber acción eficiente de gobierno sin una financiación adecuada a los fines. Nace así un problema, que no hubo de inquietar a los gobernantes sino después del advenimiento de la medicina social, ya sea porque la acción asistencial estaba a cargo de entidades privadas o porque la acción que caracteriza el de la medicina sanitaria podía ser cubierta con los fondos provenientes de las rentas generales.

Sistemas adoptados para la solución al problema de la financiación de la salud pública

Las actuales concepciones sobre la seguridad social, inspiradas como hemos visto en el ideal de liberar al individuo de la necesidad, eliminando todas las posibles causas de inseguridad y cubriendo la protección contra los riesgos vitales a los que no puede hacer frente con sus propios esfuerzos, se basan en un programa orgánico y completo, cuyos fundamentos lo constituyen la asistencia social y el seguro social. Los riesgos a cubrirse son aquellos que afligen a cada familia humilde, cuyas entradas demasiado moderadas son insuficientes para financiar todos los gastos corrientes, entre otros los de asistencia médica por enfermedad.

Puede hacerse frente a estos riesgos: por el seguro social, al cual contribuye el futuro beneficiario, y del que puede reclamarse un beneficio determinado como derecho; y por la asistencia social, bajo la forma de ayuda indiferenciada al pobre o de prestaciones altamente desarrolladas para cierta clase de necesidades.

En cuanto a la asistencia, ha transformado su primitiva orientación, primero bajo una forma represiva, y luego caritativa, por una acción racionalizada de especialización y prestaciones diferenciadas con alcance preferentemente preventivo de la miseria y de la enfermedad y con la obligación unilateral de la colectividad hacia sus necesitados. Así, apartándose de la conocida ayuda o socorro a los pobres, se han separado, dentro de la asistencia social, distintas ramas, como las pensiones no contributivas para la vejez e invalidez, pensiones para madres, asistencia médica, rehabilitación de la invalidez, etc.

Seguro social y seguro de la salud

Con respecto al seguro social, basado en la ayuda mutua obligatoria, cuya fuerza reside en la asociación de los futuros beneficiarios y de sus empleadores, en la responsabilidad financiera, carácter permanente y no lucrativo de sus instituciones especializadas para el otorgamiento de prestaciones en dinero y en especies, incluye en su campo de acción las ramas siguientes: reparación de accidentes, seguro de enfermedad, seguro de pensiones —con prestaciones de maternidad, invalidez, vejez y muerte—, y seguro de cesantía o paro forzoso.

Pues bien, el alcance del seguro social puede ser limitado para una sola contingencia, por ejemplo, el seguro de enfermedad o de salud, o ser amplio, revistiendo en tal caso el carácter de seguro integral que enfrenta todos los riesgos. Actualmente, se concibe la unidad esencial del riesgo o sea la cesación de los ingresos por cualesquiera de aquellos factores. Pero es indudable que la limitación del seguro, en particular al de salud, significa ya un avance, pues ello es mejor que no tener reserva alguna y dejar que los individuos carguen con el peso de todos los riesgos.

En relación con el régimen financiero y el campo de aplicación del seguro social, varía la política de prestaciones. Para el seguro de enfermedad estas comprenden:

prestaciones en dinero o pecuniarias, por la indemnización diaria pagada durante el período de incapacidad para el trabajo, y prestaciones en especie para la reparación y la prevención de la enfermedad, mediante la asistencia médica curativa y preventiva.

Amplitud de la cobertura de riesgos

En este último decenio se han estructurado los sistemas de seguridad social sobre la base de la coordinación e integración del seguro y asistencia sociales: ambos elementos, seguro social y asistencia social, fundamentan y son necesarios para constituir un programa orgánico y completo de seguridad social, aunque es preciso reconocer que la principal contribución la ha aportado el seguro. Dentro de este moderno movimiento, se han registrado, en diversos países, importantes hechos que han alcanzado en la actualidad diferentes estudios. En efecto, en Nueva Zelanda, México, Inglaterra, etc., son leyes ya en aplicación, en tanto que en EEUU se encuentra, en su forma integral, simplemente en estado de proyecto.

La legislación y los planes de seguridad social son extensos, tanto respecto al campo de aplicación o personas beneficiadas, como a los riesgos cubiertos. En el primer aspecto, comprenden no solo el total de la población asalariada, sino también el grupo de trabajadores independientes y aun las personas no ocupadas, como ocurre en Nueva Zelanda. Su protección no se limita a grupos sociales o económicos, sino que tiende a extenderse a toda la población. Además, van más allá del individuo y encaran el grupo familiar como finalidad de sus prestaciones.

Por otra parte, reconocen que todos los riesgos sociales son el resultado de una causa única e indivisible: la pérdida involuntaria de los ingresos. Por esta razón, la cobertura de los riesgos es universal y abarca enfermedad, invalidez, maternidad, vejez y muerte, y hasta el desempleo, y supone cuando menos asistencia médica, obstétrica, odontológica y farmacéutica.

Formación de una estructura única

La seguridad social es una empresa de una magnitud tan vasta, cuya comprensión es menester para llevarla a feliz término. La primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social, celebrada en Santiago de Chile en 1942, declaró con respecto a la seguridad social y económica: “cada país debe crear, mantener y acrecentar el valor intelectual, moral y físico de sus generaciones activas, preparar el camino a las generaciones venideras y sostener a las generaciones eliminadas de la vida productiva”. Y se agregó, “este es el sentido de la seguridad social: una economía auténtica y racional de los recursos y valores humanos”. Ahora bien, el régimen de prestaciones de todo plan de seguridad social y la formación de una estructura única que abarque todas las medidas y todos los beneficios requiere una organización financiera para su aplicación.

Ejemplo de varios países europeos

A continuación pasamos en revista las bases de financiamiento que establecen las nuevas legislaciones y planes de seguridad social integral, tal como existen en diversos países, de acuerdo con lo publicado por la Oficina Internacional del Trabajo en nombre del Comité Interamericano de Seguridad Social, en octubre de 1943 en Montreal, en el Boletín Provisional N° 4.

Nueva Zelanda: Ley de Seguridad Social, 1938 (Prestaciones reformadas en ley de presupuesto 1943-1944). Personas cubiertas: toda persona sobre 16 años, mujeres económicamente dependientes, hijos. Administración: prestaciones en dinero administradas por la Comisión de Seguridad Social. Prestación médica por el Ministerio de Salubridad. Financiamiento: cuota anual de 20 chelines por cada hombre mayor de 20 años, 5 chelines por cualquier otra persona mayor de 16. Impuesto del 5% sobre toda entrada. El Estado paga el resto (más o menos 1/4 del costo total).

Australia: Ley de Asignación Infantil, 1941; Ley Caja Nacional de Previsión, 1943. Reformas de leyes de pensiones de invalidez, vejez, viudez y asignación maternal. Personas cubiertas: toda persona mayor de 16 años, esposas, hijos. Administración: prestaciones en dinero administradas por el Departamento de Servicio Social. Prestación médica: por la Comisión de Salubridad Federal y autoridades estatales de salubridad. Financiamiento: pensiones invalidez, vejez y viudez por impuestos generales. Prestaciones médicas, maternidad, funerales por la Caja Nacional de Previsión, constituida con presupuesto anual de más o menos 30 millones de libras australianas de impuestos generales. Prestación por el segundo y los sucesivos hijos, principalmente, por el 2,5% del impuesto sobre planillas mayores de 20 libras por semana pagadas por empleadores; también por concesiones reducidas del impuesto a la renta por hijos.

Gran Bretaña: Plan Beveridge, diciembre de 1942. Personas cubiertas: clase de población: I. Asalariados (cotizantes); II. Independientes (cotizantes); III. Amas de casa; IV. Sin ocupación remunerada (cotizantes); V. Hijos hasta 16 años; VI. Jubilados. Administración: prestación médica administrada por el Ministerio de Salubridad. Prestación en dinero y asistencia por el Ministerio de Seguridad Social y oficinas locales. Financiamiento: el Estado paga 3/4 de prestación médica, costo total de asignaciones infantiles, asistencia nacional y déficit general. Los empleadores costean los 3/5 de los riesgos profesionales; también contribuciones semanales de 3 chelines 3 peniques por hombre; 2 chelines 6 peniques por mujer. Clase I, hombre, paga 4 chelines 3 peniques semanales; mujer, 3 chelines 6 peniques. Clase II, hombre, paga 4 chelines 3 peniques; mujer, 3 chelines 9 peniques. Clase IV, hombre, paga 3 chelines 9 peniques; mujer, 3 chelines. Cotizaciones menores para jóvenes.

Las leyes de EEUU, México y Chile

EEUU: Proyecto WagnerMurray (S. 1.161, junio de 1943). Personas cubiertas: clases aseguradas: I. Todo asalariado; II. Independientes. Administración: cuidado médico y hospitalario administrado por el Servicio Público de Salubridad Federal de acuerdo con la Junta de Seguridad Social. Prestación en dinero por la Junta de Seguridad Social y sus oficinas regionales y locales. Asistencia social por los Estados bajo vigilancia de la Junta ayudada por consejos federales y regionales que representan al público, empleadores y empleados. Financiamiento: prestación médica y en dinero, empleadores y empleados pagan cada uno el 6% de salarios hasta 3.000 dólares anuales; independiente les pagan el 7% de las entradas. El Gobierno Federal paga a los estados del 50% al 75% del costo de asistencia social, y los estados más pobres reciben porcentajes más altos.

México: Ley del Seguro Social de 1942. Personas cubiertas: todo asalariado, miembros de cooperativas de productores. Seguro individual o de grupo voluntario contra uno o más riesgos para independientes. Seguro de grupo en comunidades agrícolas contra accidentes, enfermedad, maternidad. Administración: Instituto Mexicano del Seguro Social. Representación igual del Gobierno Federal, empleadores, trabajadores. Financiamiento: para prestaciones médicas y en dinero los empleadores pagan el 6%, los asegurados el 3%, el Gobierno Federal el 3% de los salarios. Los empleadores pagan el costo de riesgos profesionales.

Chile: Proyecto del 10 de junio de 1941 de reforma del seguro obligatorio (aprobado por comités competentes de la Cámara de Diputados, el 8 de julio de 1943). Proyecto del 4 de junio de 1941, que unifica los servicios médicos de seguro y asistencia. Personas cubiertas: todo obrero asalariado; independientes que ganan hasta 24.000 pesos anuales. Administración: Caja de Seguro Obrero Obligatorio, con representantes del Gobierno, empleadores, asegurados y médicos. Sección especial seguro por accidentes. Consejo Superior de Servicios Médicos de Seguro y Asistencia. Financiamiento: prestación en dinero (excepto pensiones base) y parte en prestación médica; empleadores pagan 10% (más hasta 1% por prestación cesantía), asegurados 4% de salarios. El Estado costea las pensiones base. Costo restante, cuidado médico y hospitalario, es sufragado por entrada de beneficencia pública y subsidio estatal. Los empleadores costean los riesgos profesionales.

Seguro nacional en Gran Bretaña

Posteriormente, desde el 5 de julio de 1948, se encuentran en vigencia en Gran Bretaña, cinco leyes que tratan, respectivamente, del seguro nacional, los accidentes del trabajo, el servicio nacional de sanidad, el cuidado de la infancia y un plan de asistencia nacional para los desvalidos, las cuales constituyen en su conjunto lo que pudiera denominarse “Carta de Seguridad Social”. Los beneficios y servicios que

acuerdan abarcan a toda la población. Así, todo hombre, mujer o niño, con exiguas excepciones y sin considerar su condición social, sus recursos u ocupación, reciben sus beneficios, en forma tan extensa y variada que cubren los riesgos y necesidades a través de toda la vida, desde el subsidio de maternidad, en el periodo prenatal, hasta los gastos funerarios. El presupuesto del plan se ha calculado para el año 1948-49 en unos 850.000.000 de libras esterlinas, estando la mitad de su costo a cargo del Tesoro y el resto del Fondo del Seguro Social, con la contribución de solo 10 millones de libras por las autoridades locales. Se estima que de la cifra total, 150 millones se destinarán para los servicios de sanidad.

Iniciativa de Truman sobre seguro sanitario

Recientemente se ha hecho público en Estados Unidos, un mensaje del presidente Truman sobre seguro sanitario. Se destaca en su texto, que el problema de la salud pública exige por su magnitud una extensa acción de ayuda para el cumplimiento de un doble objetivo: disponer de servicios médicos al alcance de todos y propender a que cada uno pueda beneficiarse de esos servicios. Para ello, se necesita crear más clínicas y hospitales y aumentar personal y los servicios médicos, particularmente deficientes en las áreas rurales. Recursos médicos más amplios y servicios mejor provistos son indispensables, dando preferente atención a las medidas de preocupación de la salud y a los adecuados establecimientos de salud pública.

Para financiar esta organización se adoptará el método moderno de prestación de la asistencia médica mediante la implantación del seguro social. Con las contribuciones regulares para el fondo del seguro, se sustituirán los egresos del presupuesto familiar para cuidados médicos cada vez más costosos. Por ello recomienda al Congreso el dictado de una ley que provea un amplio sistema nacional de seguro sanitario.

Entre otros proyectos de subsidios sanitarios entrados al Congreso de los EEUU, el plan Truman establece seguros sanitarios, obligatorios para casi todos, desde el 1 de julio de 1951. Los obreros y empleados pagarán cada uno el 1,5% de contribución por los primeros \$4.800 de sueldo; los que trabajan particularmente, el 3% o sobre las entradas líquidas hasta \$4.800.

La asistencia médica, sin costo adicional, incluirá: exámenes, visitas médicas, tratamiento dental limitado, 60 días de hospitalización, hogares de lactancia, laboratorio, rayos X, servicio de ambulancias, medicamentos costosos, anteojos, aparatos ortopédicos y otros similares. Además, habrá subsidios federales para escuelas de medicina, investigadores, unidades sanitarias locales, construcción de hospitales, medios rurales, etc. Se estima el costo de las ventajas del seguro sanitario alrededor de \$6.000.000 al año.

La solución argentina

Como surge de la síntesis de los diversos sistemas adoptados en los países más progresistas del mundo, existen discrepancias fundamentales en cuanto a las instituciones que integran el complejo de medio para el logro de la finalidad de la seguridad social.

Según Pierre Laroque (1948), ello se explica por dos clases de motivos: primero, porque cada país aborda el problema en vista a sus preocupaciones más urgentes, y así el plan británico de seguridad social es condicionado por la preocupación de luchar contra el desempleo, mientras en Francia se ha considerado paralelamente la disminución de la natalidad; y segundo, porque ningún país puede hacer tabla rasa con su pasado. De tal manera el Gobierno francés, luego de la liberación del citado país, hubo necesariamente de tener en cuenta:

...no solamente las condiciones económicas y demográficas propias del país, sino además todas las legislaciones e instituciones vigentes y activas que ya habían sido experimentadas y de las que no se podía prescindir.

En busca de una solución argentina

Lo expuesto debe ser tenido cuidadosamente en cuenta al planificarse una solución argentina que contemple la realidad. Conviene, en primer lugar, recordar que, desde que Bismarck remitió al parlamento alemán su proyecto en 1881, comienzan a diseñarse, en el campo de la medicina, dos ramas: la de la asistencia médico-social y la de la previsión, las que, como lo señalamos en nuestro trabajo intitulado “Higiene y Medicina Social” (Carrillo, 1948b), han llegado a diferenciarse hasta el extremo de no distinguirse claramente su origen común. Dijimos entonces que la previsión toma diversas formas, tales como el mutualismo, los seguros voluntarios, los seguros colectivos y los seguros sociales.

Pues bien, nos interesa destacar a los efectos que estamos considerando, que los seguros sociales, que en sus concreciones más simples aparecen estructurados en las cajas de jubilación, en los Institutos de Previsión hasta llegar a los Ministerios de Seguridad Social, representan organizaciones financieras, pues sus prestaciones se constituyen aproximadamente en un 75%, por los llamados “ingresos suplementarios” e “ingresos complementarios”. Recordemos que los primeros son prestaciones en dinero, subsidios, cuya cuantía depende del salario perdido por el interesado; los segundos, son también prestaciones en dinero, pero a las familias.

El resto de las prestaciones forma parte integrante de la asistencia que tiene a su cargo el organismo sanitario.

En nuestro país aparece cubierta en parte la asistencia médica de ciertos sectores de trabajadores, mediante sistemas parciales de seguridad, como lo son nuestras leyes de previsión social.

Problemas planteados a nuestras autoridades

El problema que se plantea a las autoridades sanitarias es, lógicamente, de más vastas proporciones, pues, como lo hemos destacado ya, habiendo sido reemplazado definitivamente el criterio negativo de enfermedad por el criterio positivo de salud, deben ser encarados todos los aspectos del mencionado problema, que son fundamentalmente, entre nosotros, los siguientes:

1. Endemias y epidemias.
2. Falta de camas.
3. Mortalidad infantil y disminución de la natalidad en centros urbanos.
4. Invalidez y muerte prematuras.
5. La subalimentación y la alimentación deficiente en la población del interior
6. El costo de los medicamentos.
7. Construcción y desarrollo antihigiénico de los grandes centros poblados.
8. El vinculado a la higiene en el trabajo.

Las soluciones que esos problemas plantean pueden en esencia especificarse así, refiriéndonos a las que deben arbitrarse de inmediato:

- a. construcción y habilitación de establecimientos hospitalarios generales y especiales, con dotaciones de material humano e instrumental eficiente, de acuerdo a la densidad de la población y a las características de las diversas regiones del país. Ampliación de los existentes;
- b. intensificación de los centros de salud e implantación de la asistencia médica familiar;
- c. aplicación de los postulados de la medicina preventiva, mediante la estructuración de servicios aptos para su desenvolvimiento en toda la República;
- d. erradicación de las endemias y prevención de las enfermedades epidémicas;
- e. hospitalización y tratamiento en condiciones dignas, para aquellos que padecen enfermedades crónicas, como la lepra y la tuberculosis;
- f. asistencia médica integral de las madres y de los niños;
- g. construcción de nuevas obras de saneamiento y en general de ingeniería sanitaria;
- h. estudio de las condiciones de trabajo a fin de hallar y difundir los medios para evitar los factores de insalubridad;
- i. elaboración y distribución de medicamentos en forma que no desequilibre los presupuestos familiares y haga posible que los enfermos utilicen los medicamentos que sean necesarios para su tratamiento.

Prestación amplia de los servicios

El Estado debe resolver todos esos problemas y los restantes vinculados a la salud del pueblo ya que no todas las personas están cubiertas por las prestaciones de este carácter que integran los sistemas tipo “seguro”. Frecuentemente tales prestaciones no abarcan el complejo de necesidades en medida completa y solo un mínimo puede satisfacerlas con su propio peculio.

No es posible esperar la estructuración de un plan general de seguridad social, que comprenda toda la gama de los problemas de la salud, pues requeriría laboriosos y prolongados estudios y procesos de adaptación y aplicación.

La solución debe arbitrarse con un sentido urgente y en consecuencia con las realidades palpitantes de la argentinidad, respetando las estructuras que sirven a determinados sectores de la población o aspectos parciales y ampliando los servicios asistenciales del Estado, que por definición, se hallan abiertos sin distinciones de ninguna naturaleza, en forma gratuita, a todos los habitantes.

Es mucho lo que se ha realizado en esta materia: prácticamente se ha solucionado la endemia palúdica, se han creado servicios de diversa índole en muchos lugares, institutos especializados, etc. La dispersión de recursos empleados en forma de subsidios a establecimientos de beneficencia, se halla en vías de resolverse mediante su nacionalización.

Procedencia de los recursos actuales

La financiación de la acción sanitaria se hace actualmente con recursos provenientes de rentas generales y con los comunes del Plan Quinquenal de Gobierno (Ley 13019).

Mas esas sumas, apreciables por cierto, que han permitido las realizaciones que pueden observarse en todo el país, no son suficientes para atender todas las prestaciones que integran una estructura sanitaria y asistencial capaz de proveer a las múltiples necesidades colectivas, particularmente de las clases con recursos económicos limitados, desde la medicina preventiva a la atención quirúrgica y desde el saneamiento rural al transporte de enfermos.

No es admisible que un solo habitante del país no cuente con las mismas posibilidades de prevenir la enfermedad, conservar y restaurar su salud en el evento de que se halle quebrantada, que los que la ciencia y el *confort* brindan a los pudientes.

Para ello es fundamental que este importante servicio deje de ser respaldado por un sistema de financiación que forzosamente está limitado por la necesidad de atender otras importantes funciones del Estado, como ocurre actualmente, con las rentas generales.

Características de la Ley 13012 y la Ley 13019

Con la visión de esta necesidad ineludible, el Poder Ejecutivo proyectó la creación del Fondo Nacional de Salud y Asistencia Social, proyecto que se convirtió en Ley 13012. El artículo 5 establece:

A los efectos del artículo anterior y con el asesoramiento de los organismos correspondientes, se estudiará la unificación del impuesto a la transmisión gratuita de bienes, sin perjuicio de la afectación de los mismos, del seguro de salud o la creación de cualquier otro impuesto justo y equitativo.

El artículo 7 de la Ley 13019 se refiere al fondo creado por la Ley 13012, previendo que el funcionamiento, mantenimiento y reparación de los establecimientos planificados en el artículo 1°, después de los cinco años durante los cuales se hallan financiados en la forma determinada en los artículos 2 a 5, han de ser atendidos por aquel.

Se ha dado, de tal manera, un paso de proyecciones extraordinarias para el adelanto de nuestro país. Empero, no se nos escapa que la creación del “fondo” no tiene hasta la fecha, más que el carácter de una institución legal y se encuentra, por lo tanto, en un plano puramente ideal al que falta, evidentemente, el complemento de la realidad, lo que será logrado una vez que alcance el carácter de institución financiera.

Para ello, se han contemplado ya diversas soluciones posibles. Descartada la que podría estar representada por el clásico sistema de aportes de los patronos y los obreros, que debe quedar, por razones obvias, circunscripto a los aspectos incluidos en los planes de previsión, conforme a la noción que acerca de esta última expusimos más arriba, solo queda la posibilidad de optar por un régimen impositivo que se adapte lo más aproximadamente posible, al ideal de justicia.

A ese respecto, debemos observar, conjuntamente con Pierre Laroque (1948) que no tratándose de asegurar a grupos determinados contra uno o varios riesgos concretos, “sino de proceder a una distribución de los ingresos”, no hay necesidad de “medir exactamente la importancia de cada riesgo para cada individuo, ni de guardar la debida relación entre las cotizaciones pagadas por cada asegurado y las prestaciones que puedan corresponderle, ni de constituir las reservas matemáticas requeridas por la situación de cada asegurado”.

Cargas y riesgos de la colectividad

Digamos que en un plan sanitario como el que hemos esbozado, donde existen prestaciones cuyo beneficiario inmediato es de fácil individualización (asistencia médica) y otras que no tienen un beneficiario inmediato pero cuyos aspectos benéficos alcanzan por igual a todos los habitantes sin distinción de clases ni de fortunas (planes generales de saneamiento, erradicación de endemias, etc.) jamás sería posible la aplicación de los métodos tradicionales del seguro.

Lo justo sería, a nuestro juicio, un impuesto que tuviere en cuenta los dos principios básicos siguientes: a) la suma de las cotizaciones y las cargas de los riesgos se equilibran en el conjunto de la colectividad por una compensación entre los elementos más ricos y los más pobres (Laroque, 1948), principio este que aparece fundado en las modernas concepciones sobre la solidaridad nacional y b) la percepción indirecta de los servicios prestados a la colectividad mediante la ejecución del plan.

El médico y la rutina¹

El signo más original de la medicina de nuestro tiempo no se evidencia, como pudiera creerse, con los maravillosos descubrimientos que todos conocemos, sino en la distinta orientación, que se traza a la lucha contra las enfermedades.

Claro está que no pretendemos negar la extraordinaria importancia de aquellos, ni desconocemos que en su campo, adquieren el significado de una revolución, solo que la ruptura de la continuidad lógica que por su intermedio se opera, actúa únicamente en un sector de la ciencia médica mientras el otro fenómeno a que aludíamos, obra en el conjunto de dicha ciencia. Por lo pronto, adviértase una inversión categórica de los términos de la lucha, pues el objetivo fundamental de la medicina de antaño, el hombre enfermo, es reemplazado por un objetivo totalmente distinto, el hombre sano.

Tres etapas de la historia médica

Harto sabido es que en la historia de la medicina se perfilan nítidamente tres etapas: la primera la de la medicina asistencial; segunda, la de la medicina sanitaria y tercera, la de la medicina social. En la primera, el centro de gravedad de la ciencia reposaba sobre el hombre aislado, en su propio medio biológico, sujeto de una enfermedad provocada por fallas del medio interno. En la segunda, la atención se proyecta sobre el medio físico y el bacteriológico y en la tercera, el centro de gravedad se ubica en el ámbito social.

Por ello es que decimos que el cambio producido en las concepciones médicas en los tiempos presentes, cambio que jalona la tercera etapa, tiene el alcance de una verdadera revolución en la historia de la ciencia.

Ahora bien, la circunstancia de que la medicina de hoy en día no se limite ya a ese microcosmos que es el individuo, ni el mesocosmos, que es el medio ambiente físico y biológico, sino que extiende su ámbito de conocimiento y de acción a esa vasta esfera del macrocosmos donde actúan los factores indirectos, nos demuestra la necesidad de que el médico, como sujeto cognoscente y actuante, se interese por otras disciplinas del saber humano y aprenda a distinguir el objeto y los métodos de cada una de ellas.

¹Artículo escrito especialmente para la revista *Jornadas Médicas*, 1949.

El médico y su privilegiado destino

Sabemos perfectamente que los adelantos de la ciencia y de la técnica médica han colocado a este profesional en una situación de privilegio frente a las exigencias de su especialización; la universidad le confiere un título de elevada alcurnia, que lo habilita para desempeñarse dignamente dentro de las profesiones liberales (de *liberal*, que quiere decir aficionado a dar —en este caso a dar lo que se tiene con intervención de la inteligencia— y de *libertad* que significa poder de obrar y de no obrar según su arbitrio). Pero esto mismo, que es de por sí sumamente auspicioso con respecto a sus destinos merece ser cuidadosamente analizado.

En primer lugar, los formidables avances de la medicina, obligan a menudo, al que quiere seguirlos de cerca, a perder totalmente de vista el punto de partida del camino emprendido. El punto de partida donde se encuentra aquella encrucijada de las ciencias particulares que se llama filosofía. Y así, corre el riesgo de marchar por su sendero sin percibir que allí, tal vez no muy lejos, existen otras sendas transitadas por hombres agobiados, como él, bajo el peso de su grave sabiduría. Y es frecuente, que advertido de ello, pretenda recorrerlas con el paso a que la larga marcha por su propio camino le había acostumbrado y, como es previsible, tropieza y cae sin jamás arribar al destino propuesto.

La gran enseñanza de la comprensión

Nos bastaría volver por un instante la mirada hacia atrás, hacia aquel punto de partida de que hablábamos, para darnos cuenta de que ese ha sido el drama de la humanidad, ávida de saber, a la que vemos debatirse entre naturaleza e idealidad, entre naturaleza y metafísica, entre naturaleza y cultura, hasta que Kant, Dilthey, Rickert y Husserl, entre muchos otros, rompiendo malezas y despejando horizontes, nos enseñan que si la relación de causalidad es un arma útil en el reino de los objetos naturales, si la deducción nos permite movernos con soltura en el de los objetos ideales, solo la comprensión nos iluminará los misterios escondidos en el reino de lo cultural.

No nos puede extrañar, pues, que se incurra en errores cuando el hombre de ciencia, de la ciencia médica para circunscribirnos a nuestro tema, lucha con obstáculos, que se le imponen por aquella expansión de la medicina a lo social, y que le han de parecer insalvables toda vez que pretende sortearlos con medios inadecuados.

El médico frente a su propio problema

En segundo término, es cierto que el médico, en cuanto es un profesional liberal, ofrece libremente su capacidad técnica y científica a la urgente demanda del hombre afligido por la enfermedad. Pero si en algún momento, aquel se detiene a meditar acerca de los interrogantes que esa situación es susceptible de plantear, no es difícil

que la incertidumbre haga frágil presa de su espíritu. Se preguntará si hay un equilibrio entre su oferta y la demanda; procurará establecer cuáles son los resortes éticos que la regulan; se lanzará a la investigación teológica tratando de desentrañar el papel social que él desempeña y, finalmente, tendrá que plantearse la pregunta, ya de por sí desconcertante, de si se encuentran, aun cuando más no sea medianamente, satisfechas sus propias necesidades y las de los pacientes.

Y pasará revista a todos los medios empleados para obtener un resultado de signo positivo en el juego de los dos términos, oferta y demanda; desde la libre elección del lugar para instalarse, hasta la llamativa propaganda en busca de clientela; desde la consulta gratuita hasta la promesa de curas extraordinarias.

Al final, como es consiguiente, surgirá el desencanto. Cargos y títulos destacados con gruesos relieves en chapas y recetarios; complicados sistemas de clínicas para el ejercicio colectivo de la profesión; clientela trabajosamente reunida por el seductor régimen de abonos... Todo inútil; en el fondo comprenderá, no sin amargura, que nada ha podido evitar su ingreso en la categoría de proletario.

Deformaciones en la vida del profesional

Allí está el Decreto 6216/44 (Ley 12912) mostrándonos, al apuntar hacia determinados valores, la existencia en la realidad de los desvalores opuestos.

En sus fundamentos, explicita los propósitos esenciales de su contenido. La posesión de un título habilitante, dice, no es bastante para permitir el ejercicio de la profesión o arte respectivo. El campo de acción de las universidades o institutos hasta el presente, ha quedado reducido a la preparación técnica, despreocupándose en absoluto de la orientación futura de los egresados y, esencialmente, del contacto con los mismos, para mantenerlos en una constante conducta de severa ética profesional.

Y agrega: en estas condiciones, el profesional ingresa a un nuevo campo de actividades, pleno de responsabilidad y de incógnitas y con una falta de experiencia que lo conduce, en muchas oportunidades, a deformaciones profesionales inaceptables o perniciosas, olvidando, además, que su preparación es un depósito de orden científico práctico con un profundo contenido moral y con una obligación bien definida e inexcusable: la de devolver a la colectividad los beneficios que esta espera de la organización de su cultura en los establecimientos de enseñanza o en sus laboratorios de experimentación.

Efectos de una reglamentación

Luego, la reglamentación contiene en su articulado las prescripciones concretas a que debe ajustarse el profesional para poder ejercer su profesión. Vale decir, nos encontramos frente al problema tanto esencial como formal de la superintendencia del Estado en esta actividad, aun cuando salve algunos aspectos cuando expresa que: "no avanza en el campo de los derechos individuales o privados, ni lesiona intereses

legítimos”. Su contenido quebró, sin embargo, los esquemas habituales a que la desidia nos tenía acostumbrados.

Pueblo y profesional, necesidad y servicio, vivían también ajenos a sus correlativos derechos y deberes. Regía, no sin malicia, aquel viejo principio de Protágoras en el que sostiene que el hombre es la medida de todas las cosas. Se habían exaltado en tal manera los valores del título, que el hombre que lo poseía creíase exento de toda obligación de servicio y exigía desde luego un respeto y una consideración de privilegio. Título y servicio no son términos puestos porque sí. Sintetizan admirablemente el centro de gravedad de una obligación. Dijérase que el péndulo va del profesional al pueblo, sin que esto signifique un fenómeno de interferencia.

Y el Estado viene a ser el soporte que regula el ritmo de ese legítimo vaivén. Pudiera pensarse que esa intromisión impide el libre quehacer del profesional. Pero no es así. Ni siquiera lo entorpece. Por el contrario, lo preserva, le prepara el terreno, le evita una caída en el vacío.

Concepto erróneo que engendra la rutina

Porque si sintetizamos lo expuesto, nos encontramos con que hemos estado haciendo el análisis de uno de los dos modos en que se da, en la realidad, el ejercicio de la medicina; modo que se caracteriza primordialmente por un continuo seguir la rutina.

Cuando ingresamos al hospital como practicantes, oímos repetir sin cesar un aforismo: “no hay enfermedades sino enfermos”, nos dicen, y desde entonces lo aceptamos como un dogma incontrovertible y en ese carácter lo seguimos difundiendo. El nos permite adoptar ya una actitud determinada sin necesidad de esforzarnos para establecer si sus bases son o no verídicas.

Después, se nos enseña a buscar las causas de todos los fenómenos y a combatirlos; por supuesto, por métodos preestablecidos. Y así seguimos buscando causas y nos asombramos cuando, habiendo aparentemente desaparecido aquellas, el efecto subsiste y no podemos explicarnos que un hecho social no sea susceptible del mismo tratamiento que un hecho físico.

Finalmente, como consecuentemente con el aforismo a que hicimos alusión, curar enfermos es combatir la enfermedad, todo lo que hagamos para atraernos una mayor clientela, nos parece que redundará en beneficio de la colectividad.

El médico rutinario no es hombre actual

Pero todo esto, ¿no es un modo inauténtico de ejercer la medicina? Observamos cómo venimos a coincidir con uno de los aspectos más apasionantes de una corriente filosófica moderna. Martín Heidegger, en su análisis de la existencia humana, nos la describe precisamente así, en sus dos modalidades: la auténtica y la inauténtica. Y tiene valor el precedente, pues no constituye solamente una teoría más o menos discutible; es la descripción de una realidad que intuimos con facilidad.

Es necesario, pues, luchar para no caer en la rutina, que es inautenticidad. Hay que romper los esquemas del pasado.

Lo más grave que puede decirse de una colectividad es que se detiene en el éxtasis del pasado, porque ello significa un necio renunciamiento a su presente, que es también un trazarse hacia el futuro. Futuro significa en este caso destino. Y el destino del médico del porvenir no tiene por qué ser temido. Trazarse hacia el futuro es también alcanzar jerarquía y proyectarse al espacio azul de la eternidad.

El médico de ahora debe anhelar, debe exigir, debe buscar el estilo y la concepción que lo coloque de acuerdo y adentro del profundo movimiento social que vivimos.

Ningún subterfugio podrá liberarlo de la tremenda acusación si cae en retardo. Quizás otros tiempos o épocas de la historia nos parezcan mejores que los que estamos viviendo, pero ninguno ha estado tan lleno de promesas como el actual. Tal vez lo más significativo que ella tiene, y por eso nos duele, es esa terminante resolución de desplazar hacia el conjunto los beneficios que antes recaían sobre el individuo, lo cual nos obliga a un esfuerzo constructivo de nuestra personalidad.

El médico rutinario no será más un hombre de este mundo. La rutina responde a la necesidad que es fisiológica, que nos acerca al peldaño más bajo de la escala jerárquica de los seres y nos hace obrar como autómatas.

La ciencia, que es esencialmente conocimiento, y la técnica, que es saber para prever, responden en cambio al deseo; por eso son cultura y presuponen libertad; por eso constituyen medios aptos para elevarnos más allá del presente.

Al médico le cabe el deber y la responsabilidad de cambiar su orientación. Conseguirá así su medida exacta, su medida social, de ente que cultiva la salud y trabaja para el perfeccionamiento y el bienestar de los demás "existentes".

La medicina tecnológica en la historia de la doctrina sanitaria¹



Ramón Carrillo en el acto de inauguración de cursos de minería realizados en instalaciones del colegio Mariano Moreno. 15 de abril de 1947.
Fuente: Archivo General de la Nación.

Era mi propósito al inaugurar, en esta aula magna de nuestra Facultad de Medicina, el primer curso oficial de Medicina del Trabajo, dictar una clase sobre el tema, aprovechando la presencia de alumnos cuya concurrencia descontaba. Sin embargo, y tal vez porque se ha reconocido la importancia de la cátedra, me encuentro ante un auditorio de selección. Reconozco entre mis oyentes a funcionarios de alta jerarquía, profesores distinguidos en todas las especialidades y un plantel de rostros nuevos en quienes adivino sin dificultad los colegas de un mañana cercano.

¹Versión taquigráfica de la conferencia inaugural del primer curso oficial de Medicina Tecnológica, pronunciada el 30 de mayo de 1949 en el aula magna de la Facultad de Ciencias Médicas.

Una clase a través de la radiotelefonía

Por otra parte, acabo de enterarme de que mis palabras son transmitidas por radiotelefonía. Quiere decir que otro auditorio invisible seguirá también esta clase. Y entonces sobran el pizarrón, la tiza y los diagramas preparados. Permitan ustedes, pues, que adecúe mis apuntes a la situación, y en tanto entro en materia, recapitule lo ya hecho. Porque creo que el único mérito que determina mi actuación en esta aula, es el haber creado y realizado el primer Plan Orgánico sobre Medicina del Trabajo en la República y haber introducido en él la nomenclatura de Medicina Tecnológica, por razones que expondré en seguida, y, por fin, echar a andar por la nueva senda sin vacilación. Ahora se necesitan los técnicos, y a procurarlos tiende este curso.

Creaciones en materia de Medicina del Trabajo

Ha dicho con razón el director del Instituto de Medicina Legal, doctor Cía, que en 1946, en esta materia, solo existía en el país un ente solitario: el doctor Urbandt. El era, con su único escritorio y sus dictámenes, la modesta realidad visible de medicina del trabajo que yo encontré procedente del ex Departamento Nacional de Higiene. Y fue precisamente en 1946 cuando, ignorando yo casi totalmente el tema, pero consciente de su importancia y de su enorme gravitación en los destinos de la nación, tracé el sistema que figura en el tomo II del Plan Analítico de Salud Pública. Actué entonces como cirujano, resolviendo el problema en forma concreta, de acuerdo a las necesidades inmediatas. Luego vino el estudio de las doctrinas, el conocimiento libresco.

No tuve que modificar mucho. Los conceptos expuestos con criterio empírico en el Plan, la realidad los subrayó como buenos. Y hoy se puede ofrecer al pueblo estas organizaciones que se llaman Dirección de Medicina Tecnológica, Instituto de Clínica Tecnológica, Laboratorio de Higiene y Medicina Industrial, Instituto de Rehabilitación de Inválidos y el Hospital de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, con 400 camas, que se habilitará en Nueva Pompeya y que culmina nuestra tarea de gobierno en el sentido indicado.

En tres años, pues, se ha substituido al meritorio doctor Urbandt con organizaciones cabales destinadas todas a afrontar los innumerables problemas vinculados a la salud del trabajador y a la salubridad en el trabajo.

Un solo y grande objetivo: el hombre

Es evidente que las materias de orden médico, vinculadas a lo social, se resuelven con acción y trabajo tesoneros y no con discursos. Por ello quise hoy dictar una clase, en mi carácter de viejo profesor de la facultad, y no una conferencia oficial, como secretario de Estado. Además, nunca se debe perder de vista el concepto hombre.

Como ustedes saben, desde el primer momento, y cuando estudiábamos, por pedido del entonces coronel Perón, la estructura de la Secretaría de Salud Pública, partí del siguiente concepto: el hombre, que como ente biológico es susceptible de destrucciones internas, endógenas y asimismo está sujeto a modificaciones de su medio geofísico y biofísico. Por fin, el hombre vive y trabaja en un ámbito social en el cual gravitan todos los factores generales de la colectividad.

De tal modo he dividido las ramas de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, hoy Ministerio, en tres grandes grupos: de Medicina Asistencial, que tiene por objeto la recuperación biológica del hombre; de Medicina Sanitaria, cuyo propósito es la destrucción o limitación de los factores exógenos insertos en el medio geofísico o biofísico; y de Medicina Social, que abarca todo el ámbito económico-social en que actúa el hombre.

Medicina del trabajo social e industrial

Exactamente, estos conceptos los he trasladado a la medicina del trabajo, como puede verse en el Plan Analítico ya mencionado. Definamos, pues: la medicina del trabajo se refiere al estudio de hechos, fenómenos, enfermedades y al tratamiento de las mismas que surgen como consecuencia de las actividades que desarrolla el obrero con su cuerpo; esto es, la medicina del trabajo y es una forma de la medicina asistencial que actúa en el ámbito biológico.

La medicina industrial se refiere a las actividades que se realizan con maquinarias, en ambientes especiales, que pueden actuar sobre la salud del obrero: esto es, la medicina industrial que actúa sobre el medio biofísico, y es por eso mismo una forma de la medicina sanitaria. Y la medicina social aplicada al trabajo y a la industria constituye otra rama que llamo ergosociología o ergología social (de *ergos*, trabajo, y *logos*, tratado), que se refiere al ámbito social, es decir, a las actividades del trabajador fuera de su ámbito de labor (vivienda, alimentación, descanso, vida de relación, etc.) que pueden incidir sobre la salud obrera y sobre el propio trabajo.

Bien. Tenemos los tres conceptos señalados, reunidos en tres ramas diferenciadas en la Secretaría de Salud Pública: medicina del trabajo, medicina industrial y medicina ergológica, las cuales se reúnen bajo una sola denominación genérica: medicina tecnológica, que debo definir así: “todo aquello que se vincula con el desarrollo técnico de la civilización, en sus relaciones con la salud”. La medicina tecnológica se divide a su vez: en una rama asistencial, la medicina del trabajo; en una rama sanitaria, la medicina industrial, y en una rama social, la medicina ergosociológica.

El porqué de la definición tecnológica

Y he elegido la denominación medicina tecnológica, porque la técnica es lo que tienen en común las tres ramas antedichas. Técnica es la serie de recursos, medios y procedimientos de que se dispone en un arte o en una ciencia para realizar algo

con perfección. El concepto de técnico —y de tecnológico— es bien amplio y tiene atinencia con todo lo que el ser puede realizar por medio de elementos que multipliquen su capacidad de acción o de producción.

Simplificando: tenemos también que en medicina tecnológica, la nomenclatura es la siguiente: medicina del trabajo (medicina asistencial); medicina industrial (medicina sanitaria), y medicina ergológica (medicina social).

Así partimos desde el Plan Analítico de Salud Pública; así proseguimos, y los resultados concretos logrados nos dicen que hasta ahora hemos acertado en lo más.

Ramas de la medicina tecnológica

Ahora estamos en condiciones de enumerar, en una breve síntesis, las materias que corresponden a cada una de las tres ramas de la medicina tecnológica. Las he reunido en el Cuadro 1, de fácil comprensión.

Cuadro 1. Ramas de la medicina tecnológica.

| | | |
|-------------|---|--|
| ASISTENCIAL | <ul style="list-style-type: none"> a) Medicina del trabajo b) Médico de fábrica c) Ámbito biológico | <ul style="list-style-type: none"> a) Hospital de accidentados. Traumatología del trabajo. b) Servicio médico de fábricas (ausentismo). c) Rehabilitación de inválidos. d) Clínica tecnológica I. Patología del trabajo: Tipo I de Enfermedades profesionales. <ul style="list-style-type: none"> d.1) Enfermedades por esfuerzo. d.2) Enfermedades por posiciones. d.3) Enfermedades por ambiente (temperatura, aire, etc.) d.4) Enfermedades por fatiga |
| SANITARIA | <ul style="list-style-type: none"> a) Medicina industrial b) Médico industrial c) Ámbito biofísico | <ul style="list-style-type: none"> a) Ingeniería sanitaria de la industria b) Clínica tecnológica II. Patología industrial: Tipo II de enfermedades profesionales. Tecnopatías: <ul style="list-style-type: none"> b.1) Polvos industriales. b.2) Tóxicos. b.3) Agentes biológicos. b.4) Neoplasias. b.5) Dermatitis. c) Laboratorio de higiene industrial. |
| SOCIAL | <ul style="list-style-type: none"> a) Ergología social. b) Médico sociológico. c) Ámbito familiar y social y económico-social. | <ul style="list-style-type: none"> a) Medicina preventiva. b) Servicio social de la industria. c) Alimentación y vivienda. d) Seguros sociales, salario familiar. e) Legislación del trabajo. f) Educación sanitaria. g) Medicina legal. h) Recreación y descanso. i) Psicología del trabajo y orientación profesional. |

Según se ve en el Cuadro 1, la distribución de las tres ramas de la medicina tecnológica es absolutamente racional. Cada una de dichas ramas se caracteriza por un tipo de médico especialista y un ambiente distinto sobre el cual gravita con su técnica. Todos los médicos comprendemos la primera sin esfuerzo. Estamos en nuestra profesión. El proceso se complica en la segunda rama, sanitaria, en cuanto ya entramos en la clínica tecnológica, cuyos dos tipos de enfermedades están perfectamente delineados. En aquella están las que corresponden a las afecciones determinadas por el cuerpo del obrero, esto es, las causadas por los esfuerzos que realiza. En la segunda rama, o sanitaria, las enfermedades de tipo ambiental son o tratan de afecciones originadas por agentes ajenos al cuerpo del obrero.

Con la tercera rama, estamos ya en la patología social de la industria y el trabajo y su enumeración es obvia ahora teniendo el gráfico por delante. Digamos que desde la medicina preventiva, en ella involucrada, hasta la psicología del trabajo y la orientación profesional, todo ello corresponde a la medicina tecnológica social o ergología social, campo de verdadera amplitud y trascendencia para los médicos, y que no deberemos abandonar nunca, por lo que expondré en seguida.

Concepto de medicina tecnológica

Estos cursos que hoy iniciamos tienden a la formación de los técnicos en la medicina del trabajo o tecnología. En esto somos consecuentes con la tradición, porque han sido siempre los médicos quienes profundizaron el estudio de las condiciones insalubres del trabajo o los efectos nocivos de ciertas profesiones sobre la salud humana.

Básteme citar a Bernardino de Ramazzini como al padre de la medicina industrial, ya que él, en los albores del industrialismo, allá por el año 1700, incorpora la medicina del trabajo como un nuevo capítulo de los estudios médicos. Nada se ha podido agregar al estudio hecho por Ramazzini de más de 60 oficios causantes de enfermedades: las dermatosis industriales, la patología ligada a la fatiga industrial, las intoxicaciones por el manipuleo químico, los estados hipoxémicos de los enclaustrados, el trabajo de los artesanos y las máquinas, el esfuerzo intelectual, etc., nada escapó al genio de Ramazzini, sobre cuya labor volveremos pronto.

Hay que estudiar los problemas del trabajo

Nosotros deseamos suscitar en el médico el anhelo de adentrarse en el estudio de todos los problemas afines a la ciencia del trabajo, hasta llegar a la creación de la gran Escuela Argentina de Medicina Tecnológica. Estamos en el principio, y es necesario fijar los hitos de la acción.

En verdad, la incidencia trascendental que tiene el estudio de la medicina tecnológica, que es la rama perfeccionada y diferenciada de la Sociología, ha pasado casi inadvertida para los médicos argentinos. Es que nos habíamos desentendido de

un proceso nuevo, porque nos interesaba más atender nuestros fines profesionales específicos, que abrirnos una ventana al mundo y contemplar y seguir con ánimo despierto y generoso todos los movimientos, a veces imperceptibles a primera vista, de la sociedad humana. ¿Y ello por qué? Abro un paréntesis.

Es conocido el concepto de filosofía por el cual existen dos corrientes, siguiendo cuyo curso evoluciona el hombre: una es objetiva y la llamamos civilización, a secas. Progresos de orden material que el hombre realiza para su bienestar, técnica, organización. Otra es subjetiva: la llamamos cultura. Conjunto de ideas, sentimientos ordenadamente desarrollados, destinados también a un perfeccionamiento humano, pero espiritual, y que constituyen la estructura moral, social y jurídica de la humanidad. Tenemos así los binomios: civilización-materia y cultura-espíritu, y dos grandes problemas.

¿Es la materia la que influye sobre el espíritu, o es lo espiritual lo que está definiendo la organización del hombre y de los pueblos? Nuestra respuesta está descontada, y a mayor abundamiento, la ha precisado el general Perón en el reciente Congreso de Filosofía realizado en Mendoza.

Ahora bien: no lo espiritual, subjetivo, sino lo material, objetivo, está en los médicos argentinos, debido a nuestra formación en la Facultad de Medicina. Es este un reproche que no es nuevo en mí, pero los hechos siempre me dan la razón.

Los médicos fuera de la realidad del mundo

Tenemos una serie de generaciones de médicos inteligentísimos, de una habilidad técnica maravillosa. Pero, ¿cuántos de ellos han sido capaces de comprender lo que está ocurriendo en el mundo que los rodea y en el cual viven? No digamos ya en el mundo: digamos en nuestro pequeño mundo, en nuestro hogar, en nuestra patria. Estamos ante un proceso de orden político, económico y social de enormes proyecciones. Ningún aspecto de ese proceso está desvinculado de la medicina, hasta porque genera problemas que nos competen exclusivamente. Y, sin embargo, ese proceso ha pasado casi completamente inadvertido para la mayoría de nuestros colegas. Es así que, en esta hora, los médicos hemos perdido, o estamos a punto de perder, el control y la dirección de muchas instituciones que jamás debieron salir de nuestras manos, y no por egoísmo o por espíritu de clase, sino por imposición ineludible de nuestra razón de ser, de nuestra vocación generosa, y de nuestro mismo juramento profesional.

La medicina tecnológica y la industrialización del país

Ninguno de los procesos sociales puede sernos indiferentes a los médicos. Todos tienen directa o indirecta relación con nuestra ciencia y nuestra profesión. Cuánto más, por descontado, la tienen los cambios o transformaciones en la vida económica de los hombres, y más especialmente, en el caso presente, de los obreros de nuestro país.

Industrialización y tecnificación del país

Ninguno de los que me escucha ignora que, bajo la égida del general Perón, la patria asiste a una etapa de industrialización y de tecnificación, que la llevarán, en pocos años más, a un progreso casi increíble, imposible de prever en estos momentos.

Al proceso transformador de hoy, debemos atenderlo, vigilarlo y controlarlo los médicos, fuera de nuestra rutina profesional, porque es el material humano el que tiene principalísima vigencia en esta nueva etapa. Cuando Inglaterra comenzó su avance industrial, que llevó a dicho país a su potencia de hoy, las catástrofes fueron inmensas, y el obrero padeció hasta martirios. Esa misma era sufrieron los EEUU.

El salto de lo pastoril a la gran industria provocó tales hecatombes de material humano, que un gran higienista, Mac Cready, llegó a clamar ante los poderes públicos: “mil veces preferible es que no nos industrialicemos, si ello es a expensas de la salud de nuestro pueblo”.

Quiero decir que la etapa de la industrialización en la República debe ser vigilada, más que por la economía y las conveniencias, por la higiene. Hasta ahora, en lo que va corrido de este esfuerzo, las cosas se han llevado con tanto cuidado, disciplina y moderación, que las masas trabajadoras no han quedado libradas a sus propias fuerzas. Pero recién comenzamos. Doy este solo ejemplo: existen hoy en el país 100.000 fábricas que emplean, en total, 3.500.000 hombres. Contamos con 14.000 médicos. En este solo aspecto, para el nuevo control diario de la salud obrera, sería necesario un médico por fábrica. ¿Con quiénes cubrimos ese claro? Por ahora, con nada. De ahí que preconicemos la dedicación de profesionales, y sobre todo de graduados, a la medicina tecnológica, hasta por espíritu de clase, diría yo, porque todo ha variado en la patria, incluso las orientaciones de la medicina.

No existen médicos para la industria

Cuando llegué a la Secretaría de Salud Pública, en 1946, el clamor era: sobran médicos y sobran enfermos; estos carecían de atención, y los médicos no encontraban a los enfermos para atenderlos. Hoy faltan, angustiosamente, médicos.

Se ha establecido que la industria en el país debe tener su propio servicio médico. No tenemos médicos para la industria. En estas condiciones, ¿cómo pretender que cumplan los industriales, empresas o dueños de fábricas con la higiene y sanidad de sus obreros? Antes, pues, es preciso cubrir los claros, y a ello tendemos con voluntad que sobrepasará todos los obstáculos.

Hay que crear la nueva medicina destinada a los millones de obreros y empleados que tiene la patria, y de quienes, a fin de cuentas, dependen sus familias, 16 millones de habitantes, y la nación.

Hasta hace poco, hemos hecho solamente asistencia médica; esto es, hemos procurado librar al trabajador de las enfermedades cuando estas se producían como situación de hecho. Desde la revolución, hacemos medicina preventiva, vale decir, tratamos de librarnos de las enfermedades provenientes del ámbito social o del

ámbito biofísico: medio ambiente en todas sus formas. Debemos ir más allá, hacia la medicina constructiva, a lo que llamo medicina tecnológica, que es la que organiza la actividad de todo trabajo, dentro de nuevos principios, en consonancia con la mayor sanidad, el mayor confort y la mayor alegría en la labor diaria para que el trabajo sea un factor de perfección humana, un constructor de la personalidad y no un factor de destrucción o de deshumanización.

La orientación y selección profesional, los refectorios y comedores industriales, los servicios mutuales de fábricas, las cooperativas y proveedurías, las salas de primeros auxilios, los deportes y clases de cultura física, las escuelas de artes y oficios, los *campings*, la organización de las vacaciones, los cursos de economía doméstica y dietética, toda esa actividad, en fin, que constituye el servicio social de la industria, debe ser la preocupación intensiva del médico en la era que se avecina y que constituye un capítulo de la medicina tecnológica formativa o constructiva.

Hay que procurar la alegría del trabajo

La primera función nuestra, repito, en la industria, fue para alejar lo más posible el peligro de la enfermedad: la segunda lo fue para afianzar la salud; la tercera, cuando sean superadas ambas, es procurar la alegría del trabajo, no el castigo del trabajo. Este concepto entraña, puede decirse, toda la filosofía de nuestra revolución justicialista. Como hombre de esta revolución, tengo el deber de realizarla en mi medio, y por cierto que no cejaré en el empeño, pese a todas las contrariedades y obstáculos que se opongan.

Porque, vuelvo a repetirlo, no debemos los médicos perder un comando que nos pertenece, no por egoísmo o sentido materialista, sino por imposición de nuestra ciencia. El comando de la medicina tecnológica es nuestro, aunque se desvivan por él, abogados, políticos y hasta los propios obreros. Todo lo que sea substraer al campo del médico los problemas de la salud, es caer en el caos del diletantismo. Los hombres de leyes tienen frecuente tendencia a las abstracciones filosóficas, sin ningún contacto con la realidad. Los políticos ya se sabe que no entienden más que de su menester, y en cuanto al obrero mismo, realiza con su propia acción la realidad social, pero a menudo no ve sino sus propios beneficios, a tal punto que yo no conozco ningún pliego de condiciones de trabajo en el que figure una sola cláusula atinente a su higiene, a su salud, salvo las ya clásicas que se refieren a ciertas profesiones insalubres, fruto de anteriores prédicas nuestras, que nos costaron, por cierto, graves disgustos.

Reivindicación y deber de los médicos

Insisto sobre esto, aun a riesgo de que se suponga que quiero desarrollar un espíritu de clase. No es así. Lo que pretendo es reivindicar a mis colegas, y sobre todo impedir que el control del desarrollo integral de la medicina del trabajo se nos vaya de las manos, ya por indolencia, ya por falta de conocimientos en la materia.

Además, ello está en la razón de ser de nuestro ministerio profesional y docente, y toda la historia está llena de hechos incontrovertibles para señalarnos que fueron los médicos quienes, antes que los políticos, que los legisladores y que los propios movimientos gremiales y sindicales, defendieron al obrero, aun contra el obrero mismo. Y ello porque somos los médicos quienes estamos más en contacto con el dolor y la naturaleza humana.

Los obreros y la higiene en el trabajo

Hubo una huelga en Bélgica, casi al finalizar el siglo pasado, porque en una fábrica en que se manipulaba plomo, un centro de médicos logró que se obligara a los obreros a bañarse y cambiar de ropa después de la jornada como única medida práctica para evitar los efectos tóxicos del plomo sobre los obreros. Allí los médicos salvaron del saturnismo a miles de seres humanos contra la propia voluntad de los interesados. Ya he hablado de Ramazzini, el creador de la medicina industrial. Fue médico higienista, como diríamos hoy; no estudió la patología del trabajo como cultor académico de hechos médicos, sino que lo hizo con la visión puesta en la prevención de las enfermedades emergentes del trabajo.

Fue necesario que transcurriera casi un siglo del cataclismo de la Revolución Francesa, para que recién apareciera en Inglaterra el primer esfuerzo de los poderes públicos en defensa de la mujer y de los niños obreros. Me refiero al informe del inspector industrial Chadwick, quien pone el primer jalón del cual arranca toda la actual legislación del trabajo, y que se proyecta ya en más de cien años de instituciones que continuamente se van perfeccionando.

Erróneo concepto sobre la libertad de trabajo

No fue nada fácil la evolución en este terreno, porque el concepto legista de la libertad de trabajo, base de la doctrina manchesteriana que cundió por el mundo, paralizó por décadas la defensa de la salud obrera. Podemos imaginarnos lo que significó este pensamiento empelucado de los viejos juristas ingleses, si recordamos que en 1905, cuando el Gobierno suizo invitó al Gobierno de Francia a adherirse a una Convención Internacional prohibitiva de la manipulación del fósforo blanco, recibió como respuesta que “el Gobierno de la República respetaba la libertad del trabajo, y que las relaciones entre patronos y obreros eran contratos libres sobre los que no cabía la intervención de la autoridad”. Esta respuesta es tanto más absurda, si recordamos que en nuestra capital, en el año 1900, uno de los dueños de una enorme fábrica de fósforos, buscando sustituir el fósforo blanco para que sus obreros no se intoxicaran, murió en su laboratorio, como resultado de una explosión. Ese día fue de duelo nacional. Ya se lo olvidó, naturalmente, porque a aquel filántropo le acaeció como a los héroes de que nos habla el poeta nuestro, que marcaron sus nombres en la corteza de algún ombú que borra el viento, y “porque nacieron aquí”.

Empero, recién el 8 de junio de 1921, los médicos pudimos imponer la sanción de la Ley 11127, que prohíbe fabricar, importar o vender cerillas con fósforo blanco o amarillo. Tampoco en esta materia hubo ningún petitorio obrero que la reclamara ni legistas que se alzarán contra la mentada “libertad de trabajo” manchesteriana, que era, en resumen, la libertad de envenenarse obligatoriamente para cumplir con el precepto bíblico de ganarse el pan.

Los médicos defienden la salud del obrero

Somos nosotros y debemos seguir siendo nosotros, los médicos, quienes marquemos rumbos a la ciencia médica en defensa de la salud de los trabajadores. De los laboratorios de la medicina del trabajo salen las leyes que regulan las condiciones de la fatiga y del rendimiento.

De los médicos de los servicios de traumatología sale la experiencia que dan 1.800 muertos y 200.000 heridos graves por año, en el campo del trabajo argentino. De los médicos adscriptos a las cajas de invalidez sale la estadística que nos señala cuáles son las enfermedades que inutilizan tempranamente para el trabajo y hacia dónde debe orientarse la medicina preventiva. De los médicos de maternidad salió la observación científica de que de las madres que trabajan hasta el último día de su embarazo, o que vuelven a trabajar precozmente una vez libradas, nacen hijos raquíuticos y provienen afecciones ginecológicas de difícil curación.

Solo el médico puede fundamentar, orientar, promover y dar verdad a las leyes del trabajo. El control de las mismas puede luego quedar a cargo de una inspección de cualquier naturaleza, y mejor todavía si esta es de médicos. Pero es subvertir los conceptos, dejar a quienes no tienen contacto con la realidad médica la sanción de dichas leyes, porque no conociendo ni apreciando los efectos de un mal, no pueden tener ni la experiencia ni la conciencia para proyectarlas en su justo alcance y valor social.

Perroncito y los parasitólogos italianos aplicaron las teorías de Ramazzini en la apertura del túnel de San Gotardo, al descubrir la causa de la ancilostomiasis —o de la anquilostomiasis—, como se decía antes. Y fue el doctor Gorgas otro creador de las medidas de higiene industrial, el que saneó el canal de Suez y pudo hacer efectiva esa enorme obra de ingeniería reduciendo la mortandad de los obreros de 200 por cada 1.000, como era antes del saneamiento, a 10 por 1.000, como lo fue después. La obra de Gorgas fue trascendental. Regresado a Inglaterra, murió, mereciendo honores imperiales como homenaje al médico y al higienista que salvó millares y millares de hombres. Sus restos mortales fueron llevados a EEUU en un barco de guerra inglés.

Nuevas experiencias en medicina industrial

La nueva era de la medicina industrial se inicia en el año 1918, en que se llega a esta verdad simplísima: que la salud también es un negocio. Los estudios realizados en

plena guerra por el Ministerio de Municiones de Gran Bretaña, permitieron comprobar que el obrero al que se atendía y controlaba la forma de su trabajo, producía más y mejor. Cuando esta verdad la descubrieron los industriales estadounidenses, hicieron de su aplicación una “táctica de rendimiento” y crearon toda esa enorme ciencia que hoy es una especialización condensada en macizos volúmenes que estudian los mil aspectos del trabajo industrial, con sus peligros y el modo de evitarlos.

La creación de la Liga de las Naciones logró hacer del vocablo “salud obrera” un eslogan social. Fueron así, después de nosotros, los legistas, los obreros y los Gobiernos quienes adhirieron a esa nueva ideología social, que hizo creer que la era contemporánea había concluido y surgía la era de la reconstrucción en un mundo feliz, tal como lo soñaron Wilson, Briand, Lloyd George y todos los románticos de la paz de 1918. Pero esto nos lleva de la mano a bosquejar siquiera sea someramente una historia, lo más auténtica posible, del desarrollo de la medicina tecnológica.

Historia de la medicina industrial y medicina del trabajo

Para trazar esta historia seguiré dos sistemas. Uno, el de la división clásica de los períodos de la Historia Universal, y otro, el del desarrollo paralelo del estado económico-social, la condición de los obreros y la situación médica de la época.

Sostengo que no podemos entender el desarrollo de la medicina tecnológica en el mundo, si al propio tiempo no fijamos la historia social y la médica.

De tal manera, tendremos en cuenta la Antigüedad, desde el desarrollo de los primeros pueblos en Oriente y en el Mediterráneo hasta la caída del Imperio Romano, en el siglo V por la invasión de los bárbaros; la Edad Media, desde la desintegración del Imperio Romano, hasta la caída de Constantinopla, en 1453; la Edad Moderna, que comienza con el renacimiento, la reforma, el descubrimiento de América y se cierra con la Revolución Francesa en 1789 y, por fin, la Contemporánea, que comienza con la Revolución Francesa y llega a nuestros días.

En la Antigüedad, y luego de mucho expurgar, solo se encuentran, en el aspecto médico, algunos principios muy generales en Hipócrates. Uno de sus libros trata de la influencia de los lugares y el clima, del género de vida, de las aguas, etc., sobre el ser. Dice que “todo médico debe estudiar la naturaleza humana”. Estudia las úlceras de los pescadores, los cólicos del plomo, el régimen del atletismo, la influencia del medio circundante. Pero Hipócrates no advierte ni comprende los aspectos sociales que se vinculan al trabajo que el hombre realiza.

Quien es el primero que en Grecia percibe algunos aspectos colectivos y descubre la miseria como factor de enfermedad y el modo desgraciado en que viven las clases sociales, es Platón en su *República*, Libro VII. “Estas son —dice— las clases más numerosas, miserables y enfermas”; porque entonces solo existían, en síntesis, dos clases sociales: los pobres y los ricos. Debe ser mucho después, como veremos,

cuando se desarrolla, al par que una estratificación social, una mayor diferenciación de clases.

Lucrecio, en Roma, escribe su *De Natura Rerum* (Las cosas de la naturaleza), obra de divulgación, en verso. También Lucrecio es el primero que se refiere a la forma miserable en que viven los mineros, en tono que mueve a conmiseración. “Helos ahí —dice— entregados a la muerte por la pobreza y la enfermedad”.

Lucrecio, Hipócrates, Platón y algunos médicos de su era, destacan la influencia de la alimentación insuficiente, de la vivienda antihigiénica y del oficio peligroso. Los médicos en ese entonces, como no eran poetas ni filósofos como Lucrecio o Platón, solo se preocupaban del diagnóstico, el pronóstico y la terapéutica. No se remontaban a las causas indirectas, es decir, a las causas sociales. El conocimiento de las causas sociales, la etiología social de la enfermedad, es muy reciente. Y no nos extraña esa noción de los factores etiológicos externos, si consideramos que, a quince siglos después, un famoso profesor del Instituto de Francia, M. Dunoyer, en 1845, afirmaba que “la miseria es absolutamente necesaria para el progreso”, y que era “un saludable espectáculo para la población, porque en ella tienen su destino los que proceden mal”.

Naturalmente, este argumento desgraciado de Dunoyer ha perdido hace tiempo toda vigencia. Entonces —y causa asombro pensar que apenas ha transcurrido un siglo!— el concepto del francés sobre la necesidad del pauperismo pudo asimilarse al concepto de civilización. Hoy no es posible aceptar, sin mengua de la dignidad humana, la pobreza, la miseria, como el estado normal del hombre, porque este debe tener un mínimo de medios para subsistir, otro mínimo de seguridad en el trabajo, y otro, en fin, de confort para él y para su familia.

Permitaseme poner en contraste el pensamiento de Dunoyer con el de nuestro primer magistrado, general Perón, cuyo concepto de que la base de la felicidad del pueblo y del progreso de la patria finca en que existan menos ricos y menos pobres, ha adquirido una trascendencia universal.

Aspectos sociales del trabajo en la Antigüedad

No se puede hablar, en la Antigüedad, de los aspectos sociales del trabajo. Las cuatro quintas partes del mundo conocido entonces eran esclavas y la esclavitud su medio de vida. La que hoy llamamos clase oligárquica era la dirigente y, como es natural, vivía del esfuerzo del resto de sus semejantes. Empero, el trabajo al aire libre, que era el predominante, no resultaba perjudicial.

Entre los siervos, como en los casos de la construcción de las pirámides de Egipto y la muralla de la China, un reducido núcleo de aquellos se seleccionaban para los funcionarios, los magistrados y los guerreros. En las tumbas egipcias se encuentran hasta elogios a los esclavos y a la esclavitud. Los esclavos u obreros (si homologamos la terminología) merecieron, pues, alguna consideración en la Antigüedad. Su situación fue mejor que la que tuvieron en los primeros tiempos de Roma o en los primeros tiempos de nuestra era industrial.

En cambio, la situación de los siervos, en Roma, era terrible. No tenían derechos. No podían declarar en juicio, sin sufrir primero el martirio, esto es, sin dar testimonio que suponía la tortura previa. La clase patricia era la única que gozaba de todos los derechos. Los gladiadores de los circos, esclavos también, lograban su liberación si no encontraban la muerte en la contienda desigual con las fieras.

El origen de una legislación moderna

Solo en las postrimerías del Imperio se dictan para los siervos algunas leyes protectoras, humanitarias, pero apenas con fines utilitarios, de modo que el patrón que tuviera dificultades con sus esclavos no se viera perjudicado en sus ganancias. Esas leyes, no obstante, fueron el origen de la moderna legislación obrera. Las sanciones para las clases serviles, esto es, agricultores y artesanos aun libertos, eran el trabajo *ad metallia*, es decir, en las minas; las fieras del circo, o la crucifixión, la cual, como ustedes lo saben, por la historia de Cristo, era la pena de muerte romana.

Más cerca ya de la caída del Imperio se constituye más poderosa la oligarquía, porque la masa sin salarios, sin un mínimo para vivir, constituye en las corporaciones sus medios de defensa. Como se comprende, en aquellos tiempos, el problema de la salud de las masas no era problema. Vivían y morían como Dios lo mandaba.

Las corporaciones y el gremialismo

Aquellas corporaciones fueron el pródromo del gremialismo. Y este se vió favorecido porque las migraciones de los bárbaros del norte hicieron perder o por lo menos debilitaron en grado sumo la autoridad de las clases dirigentes. La clase trabajadora se dividió en dos grupos: los esclavos propiamente dichos, y los libertos, que eran quienes integraban las corporaciones del artesanado romano.

Para defenderse de aquellas, cada vez más poderosas, en la época de Alejandro Severo, año 235, se dispone por obra del patriciado, es decir, de la oligarquía, que la agremiación fuera obligatoria y controlada por el Estado. Además, a fin de evitar los choques con los gremios y las convulsiones sociales consecutivas, se toman medidas como las de prohibir al que estaba agremiado en una determinada corporación, salir de ella.

Agregóse a ello la famosa ley de Constantino, en virtud de la cual los hijos debían aprender el oficio de los padres, lo que se siguió observando escrupulosamente dos y tres siglos después, y se prolongó durante toda la Edad Media, no ya por imperio de la ley, sino por costumbre, hábito, tradición. En los antecedentes romanos encontramos, según se ve, los primitivos orígenes de la lucha de clases.

Edad Media

Entramos ahora en la Edad Media. Y ya las dos clases anteriores, patricios u oligarcas y esclavos u obreros, se diversifican. En síntesis, la sociedad humana medieval se divide en nobles o aristócratas, clérigos o religiosos, burgueses o enriquecidos y siervos u obreros, cuatro capas sociales que con pocas variantes se mantienen en toda Europa. La Iglesia adquiere entonces su preponderancia y por eso configura —en aquel tiempo— una verdadera clase social.

Inventos que ayudan al trabajo del hombre

Se desarrolla el comercio con los emigrados, y Occidente comienza a enriquecerse. Las cruzadas, aparte de su enorme trascendencia espiritual, tienen una gran importancia económica y comercial. Y surgen ya los inventos, cada uno de los cuales aumenta la producción y hacen el esfuerzo menos penoso. Señalo algunos: la brújula, el molino de viento, la chimenea, el fuelle para las herrerías, el motor hidráulico y sus aplicaciones diversas, la vela de sebo, la sierra mecánica, el reloj de pesas, el papel (chinos, árabes, españoles), la imprenta, los tipos móviles, (Alemania 1440, etc.). Recomiendo para los alumnos que me escuchan, la lectura del libro de Rudolph Mumford, *Técnica y civilización*, muy provechoso en todos los aspectos apenas señalados por mí y que les hará comprender cómo la evolución del régimen del trabajo está íntimamente ligada a los aspectos sobre la salud de los trabajadores, y cómo cada invento modifica el régimen de trabajo y por ende crea nuevas situaciones biológicas.

Las ciudades medievales se organizan y dominan a la campaña, y la diezman, proceso que se prolonga hasta ahora. Las corporaciones adquieren una forma orgánica, porque el artesano ya no es el esclavo, sino el obrero especializado que comienza en aprendiz, sigue en “compañero” y concluye en “maestro”, que se transforma, a su vez, en “patrono”. Esto es natural. Porque es el patrono quien organiza las ventas del producido del artesanado y el tráfico marítimo. Llegan las fábricas de tejidos, se forman los bancos y las bolsas. El patrono es el “burgués” de los socialistas. Es el artesano enriquecido. Más tarde, el rico se hace capitalista. Y de la clase plutocrática surge la concentración de los grandes capitales.

Ya estamos en el capitalismo auténtico, que tiende desde el principio a hacerse internacional. Al finalizar la Edad Media tenemos perfectamente diferenciadas las clases: aristocrática, capitalista y proletaria. A esta última la integran las 9/10 partes de la población rural y urbana. Quiere decir: muchísimos pobres y pocos ricos. Se preparan así las grandes conmociones que son como el pórtico de los tiempos modernos, pero los pobres, en realidad, en la Edad Media, no la pasaban tan mal porque tenían expedito el camino al artesanado y de este a la burguesía.

Aspectos médicos del trabajo en la Edad Media

Desde el punto de vista de la medicina del trabajo en la Edad Media, cabe citar que en Venecia, en 1271, se dicta el primer reglamento sobre industrias para protección de los trabajadores. En las tejedurías, según ese reglamento, deben instalarse baños y salas de reposo. Ulrich Ellemerberg enfoca el problema de la medicina en relación con el trabajo, y escribe un folleto de siete páginas: “De las emanaciones y humos tóxicos y malignos”, folleto editado en Augsburg, ciudad famosa por sus orfebres. Ellemerberg explica los peligros de las emanaciones del carbón, del ácido nítrico, del plomo y del mercurio. La pequeña obra se distribuye entre los obreros, para quienes, además, receta remedios por vía nasal.

Otro médico, Gian Mateo de Grado (de Gradibus), estudia en Pavía los calambres profesionales. Pero quien llena esa época, médicamente, es Philip Theophrastus Aureolus Bombast de van Hohenheim, el célebre Paracelso, de mentalidad vertiginosa, desordenada, contradictoria, pero genial. Alguna vez he dicho que Paracelso tiene la grandeza de la inmensidad marina. Nace en 1493 y muere en 1541. Ordenó quemar públicamente todas las obras de Galeno y Avicena, considerándolos, sobre todo al primero, perturbadores del progreso de la medicina. Respetó a Hipócrates.

La medicina social y el obrero de las minas

En un libro publicado veinte años después de su muerte, *Peste mineral*, Paracelso, que estudió el trabajo de los obreros en las minas, describe con todo lujo de detalles las enfermedades provenientes de la manipulación de los metales, y añade un concepto humano y social a su ciencia. Afirma que hay que estar muy cerca de los obreros, porque son humildes y necesitados. Proclama que la terapéutica debe ser simple y ataca la polifarmacia de la época. Impone como base del diagnóstico la observación directa del enfermo y la observación frente a toda la medicina de entonces, que diagnosticaba por los libros. Va a lo objetivo, sin despreciar lo metafísico, pero desbrozando los conceptos filosóficos y teológicos que predominaban en la ciencia médica, considerada hasta entonces como intelectual.

Paracelso fue combatido con saña, pero es el fundador de la medicina social y de la medicina obrera.

Jorge Agricola, en 1530, publica su obra *De re metallica*. Es el estudio más extraordinario y completo sobre la patología del trabajo de los mineros: señala también los accidentes del trabajo. Estudia las minas en Cerdeña, y en los Cárpatos señala la acción de la tarántula, araña venenosa que frecuentemente atacaba a los hombres. El libro de Agricola fue traducido al inglés, cuatro siglos más tarde, por Herbert Hoover, entonces ingeniero de minas, ayudado por su esposa. Hoover fue luego presidente de los EEUU. Posteriormente a Agricola y Paracelso, se han escrito centenares de trabajos similares.

En 1489, Marcello Ficinius estudia las enfermedades de los sabios y de los hombres de letras. Porque estos también son obreros, por cierto.

Tiempos modernos

De los tiempos modernos, y en sus aspectos médicos, basta citar o volver a citar, mejor dicho, un solo nombre: el de Bernardino Ramazzini. El lo resume todo en su inmensa obra. Más de lo que dijo o hizo, no se pudo decir ni hacer.

La medicina de la Antigüedad estaba subordinada a conceptos metafísicos. En la propia obra de Paracelso, las enfermedades tienen categorías en el sentido de la esencia de las cosas, y del ser. Ello sufre un rudo contraste con Ramazzini, quien influido por Descartes, transforma los métodos filosóficos de la medicina, en métodos positivos. Ramazzini va a lo simple, al desarrollo de los hechos y entra de lleno en el campo de la anatomía, de la fisiología, la química, la física y la mecánica, es decir, preconiza la observación y la experimentación. Ramazzini llega en medio de esta transformación que promueve Descartes, y el médico de Módena, a pesar de ser doctor en filosofía y profesor de la Universidad de Padua, abandona todos los métodos tradicionales. Sus años de esplendor, van de 1700 a 1720.

Su obra cumbre, inmortal, es *De morbis artificum Diatriba*, o Tratado de las enfermedades de los trabajadores. Son 40 capítulos de una densidad, pero también de una claridad insuperables, que los médicos deberíamos releer con frecuencia.

Sin entrar en detalles que extenderían mucho esta clase, digamos que Ramazzini escribió otras obras dedicadas a estudiar las enfermedades de los hombres de letras (*De literarum morbis*), de las religiosas (*De virginum sacrarum valetudine tuendi*), y de los príncipes (*De principium valetudine tuenda*).

He aquí unos enunciados extraordinarios sobre la medicina general y la medicina del trabajo en especial que vienen de Ramazzini. Son tres conclusiones que constituyen un verdadero mensaje para los médicos y los obreros:

Los obreros, con frecuencia, contraen graves enfermedades allí donde esperaban conquistar el sustento para ellos y sus familias, y mueren maldiciendo el oficio que han elegido.

Es un deber para todos pensar en la desgraciada condición del obrero cuyo trabajo material, a menudo sucio y vil, es necesario para la sociedad humana, puesto que concurre a su bienestar.

El deber de pensar en los obreros le incumbe especialmente a la medicina, que es el más hermoso arte, como lo ha calificado Hipócrates en sus preceptos, puesto que su misión es socorrer a los humildes y prestarles sus servicios, aún sin esperar remuneración.

Ramazzini establece también el principio de la medicina social. Escribe: “No interesa en las enfermedades de los obreros solo la influencia del oficio, sino sus condiciones de vida fuera del trabajo”. Fue propulsor acérrimo del análisis, de la interrogación minuciosa acerca del trabajo y del lugar de trabajo del paciente. E influye tanto en su amigo Morgagni —quien le hizo la autopsia a Ramazzini—, que si uno lee las obras de este —es decir, de Morgagni—, ve que jamás se olvida de analizar el oficio del autopsiado. Ramazzini fue también amigo de Leibnitz, con quien mantenía

correspondencia. Le acusaron en su tiempo de desjerarquizar la medicina, tratando con la plebe. Su obra fue olvidada. Pero tuvieron que aparecer en el mundo los problemas de reivindicación obrera y de legislación social para que la redescubriéramos.

Aspectos sociales del trabajo en los tiempos modernos

¿Cuál era la situación de la sociedad en la época de Ramazzini? Habíase llegado al Renacimiento y junto con él a la era capitalista. La diferencia de clases se acentúa aún más. La sociedad hállase configurada en estratos bien definidos: la nobleza, los financieros u hombres de negocios, la burguesía, integrada a su vez por los magistrados y los profesionales. Luego los artesanos, los obreros calificados, los agricultores y, por fin, lo que llamaríamos hoy mano de obra no calificada.

Leonardo de Vinci, que llena con su genio toda esa edad del mundo conocido, es un artesano. Benvenuto Cellini, un obrero calificado. Los estratos sociales de que hablamos caracterizan la época. Pero el movimiento económico y comercial determina también el resurgimiento intelectual y artístico al estilo griego y romano, al estilo de la Antigüedad, como les gustaba decir en aquel entonces.

Eso es el Renacimiento. Tanto tiempo admirado frente a la Edad Media, tan mal calificada como la “noche” de la humanidad. No fue tal noche, pero no es del caso ahora que yo haga la reivindicación de la Edad Media. El hecho es que en el Renacimiento existe una riqueza enorme en pocas manos, un brillo esplendoroso de las artes, también concentrado en pequeños cenáculos. Y una gran masa paupérrima y sojuzgada, sin acceso posible al bienestar, siquiera, no digamos ya a la fortuna o al gobierno.

La aparición del oro y la plata, los metales mágicos que España obtiene del Nuevo Mundo se concentran en las mismas manos poseedoras y solo llegan a la colectividad en obras percederas. Las campañas se diezman por las levas y las guerras; la alimentación escasea; el trabajo industrial acrece y con ello la huelga de defensa obrera en procura de una mayor justicia. Es, pues, recién en los tiempos modernos que nace el concepto de “huelga” como reacción y arma frente a la necesidad. No tomamos en cuenta la sublevación de Espartaco, que al fin de cuentas es un mero episodio.

Surge la idea del salario vital mínimo

En rápida síntesis, señalemos la aparición del libro de Turgot, *Reflexiones sobre la formación y distribución de la riqueza*. Por primera vez se considera en él, que el obrero debe ganar lo mínimo para vivir. Establece, en realidad, el concepto de salario vital mínimo, que se desarrollará más tarde con las doctrinas marxistas.

La Bruyere, ya en plena realización de la industria del Estado, bajo el reinado de Luis XI, describe en su libro *Caracteres* de 1688, una situación patética. El sistema estatal es una explotación pavorosa. Un abismo separa a las clases sociales. Los

estallidos huelguistas, única defensa de las masas obreras abandonadas, se ahogan a sangre y fuego.

Ya en medio del caos se origina una situación peor. Watt, en 1769, inventa la máquina de vapor, que da un poderoso impulso a la mecanización. Se produce en el siglo que va de 1750 a 1850, la llamada “Revolución Industrial”; y las naciones se organizan comercial y financieramente, y el apogeo del liberalismo, con su libertad de iniciativa privada, y su *laissez faire* solo va en desmedro aún mayor de las clases desposeídas.

El proceso de la migración en masa del campo a los centros fabriles genera la más profunda crisis agrícola de que se tenga memoria y crea los problemas del hacinamiento humano sin discriminación de sexos ni de edades en los centros urbanos.

En Inglaterra y en Francia, muere por falta de alimentación y por insalubridad, gente en tal cantidad, como no se tiene recuerdo ni en los tiempos de la más abyecta esclavitud de la Antigüedad o de la Edad Media.

Largas jornadas de labor insalubre

La jornada de labor era de 12 hasta 15 horas. Queda destruida la clase artesana e irrumpe el proletariado más indefenso, a merced de la explotación inicua del capitalismo industrial sin vallas.

Es terrorífico, entonces, repito, la insalubridad general. El trabajo minero y textil, se lleva a la tumba millares y millares de seres desnutridos. Sobran los ejemplos vergonzosos de Manchester y Londres, en 1842. La ignorancia, el alcoholismo, los accidentes de trabajo y todas las enfermedades se concentran en barrios enteros, donde la muerte es la liberación.

En todo tiempo existieron enfermedades y miseria, pero dispersas, no concentradas. Durante toda la Edad Media fue así. La revolución industrial realizada por el capitalismo hizo de la miseria un mal colectivo inmenso. El *Truck system* o pago de trabajo con vales canjeables por mercadería se generaliza y lleva a la explotación, como acaecía hasta no hace mucho en los obrajes del Chaco. El *Sweating system*, o la obligación del trabajo a destajo y a la fuerza, es en realidad de nuevo la esclavitud, pero bajo formas más terribles; dantescas podríamos llamarlas. En la ciudad de Leeds, Inglaterra, se registra un muerto por cada 50 habitantes.

De ahí el gran peligro de la industrialización: concentra en lugares pequeños, casi siempre insalubres, gran número de personas. En esos momentos, somos los médicos y la medicina tecnológica los que tenemos la palabra. No olvidemos, señores, que nuestro país se está industrializando. No sea que tengamos que pagar con sangre nuestras imprevisiones sanitarias.

Tiempos contemporáneos

Aspectos médicos del trabajo

En 1775, Percival Pott, analiza y estudia la tuberculosis vertebral y el cáncer de los mineros y deshollinadores. Charles Turner, más tarde, en 1881, aterrado ante el desmán de las industrias, lanza su grito de alarma. Rehace los trabajos de Ramazzini y publica, poco antes de morir, a los 37 años, su *The effects of the divers acts, trades and profession and of civic States and habits of Living*, que es la más extraordinaria protesta contra los efectos de la revolución industrial. Turner, que pone el acento de su obra en la salud del pueblo, clama por el cese de los crímenes de su época.

Casi paralelamente se desarrolla el esfuerzo industrial estadounidense. Mac Cready, en 1836, señala en Nueva York las pésimas condiciones del trabajo, la falta de viviendas y de salarios y propone sin más, que la etapa industrializadora de su patria se detenga, si ella debe proseguirse a costa de la muerte de millones de hombres.

Podemos vanagloriarnos, pues, de que nuestra industrialización acelerada bajo la égida del general Perón, no anote las tremendas consecuencias que señalamos para Inglaterra y los EEUU.

Paralelamente a Pott y Turner, se desarrollan estudios en Alemania, Francia, Bélgica, acerca de las condiciones del trabajo desde el punto de vista médico. Citemos a Lavoisier y a Pablo Mantegazza. También se estudian las incidencias del trabajo sobre la tuberculosis y sobre todas las actividades del organismo humano.

Aspectos sociales del trabajo en los tiempos contemporáneos

Pero son los ingleses que conocieron precisamente los aspectos más terribles del problema industrial y del trabajo, quienes reaccionaron más pronto y crearon un modelo, para entonces, de estructura industrial, notable en sus aspectos tanto sociales como sanitarios.

Robert Owen, en efecto, en su planta industrial de New Lanark, prohibió absolutamente el trabajo a los niños menores de 10 años. Impuso normas amplias sobre alimentación y vestidos de sus obreros, redujo la jornada de labor de estos a 10 horas, creó la primera escuela maternal, organizó el descanso de los trabajadores de ambos sexos, con parques y jardines para su distracción, colaboró en el mejoramiento de las viviendas, limitó el uso del alcohol, formó cursos para la instrucción de los adultos, fundó el servicio médico interno, una sociedad de socorros mutuos y creó, en fin, el sistema cooperativo de los almacenes o proveedurías.

Sabios y literatos se preocupan por el obrero

La obra de Robert Owen llamó la atención del mundo entero. Su fábrica de New Lanark, en diez años, recibió a 10.000 altos visitantes, médicos, industriales, literatos,

maestros. Puede decirse que a Owen debióse también el auge de la literatura social. Los hombres de letras ya a mediados del siglo pasado no consideraron “huerto cerrado” su círculo intelectual, ni meramente subjetivo. Los tremendos problemas del ambiente obrero no les son ajenos. La injusticia de los poderosos hace levantar su voz.

Tomás Carlyle publica, en 1883, su *Sartas Resartus*, una crítica punzante de la sociedad inglesa de su tiempo. Disraeli, en su acción múltiple, no olvida los problemas de las clases populares. Dickens, el maravilloso escritor, tan objetivo y tan genial en las descripciones, ciñe casi toda su obra a las desventuras de los humildes. Eugenio Sué y Víctor Hugo abordan los mismos temas, en trazos notables por cierto, sobre todo del autor de *Los miserables* y *La leyenda de los siglos*.

Zola culmina la llamada literatura social, y en Rusia, Dostoievski resulta precursor de los Tolstoi y Gorki, que vendrán después. En otro campo, los católicos, Donoso Cortés y el conde de Maistre, encauzan las rebeliones justicieras con un gran sentido social.

Filosóficamente, Comte crea el vocablo, y con él la estática y dinámica social, dando formas concretas a la sociología y sobre su doctrina nace y se desarrolla el socialismo. SaintSimon, Marx, Engels, Bakunin, Mercier, aportan su sentido a las reivindicaciones, mientras Lamennáis crea el cristianismo social y Kingsley su protestantismo social.

En economía política, los fisiócratas y Adam Smith construyen la estructura renovadora de las corrientes del trabajo y la propiedad, y Thomas Moro ve, a siglos de su república utópica, cómo se van concretando sus ideales generosos. Hasta John Ruskin, en 1860, vincula la justicia social al arte.

Puede decirse sin error que las grandes corrientes literarias contribuyen a crear una nueva conciencia social del mundo. De ellas salen el socialismo, el comunismo, el laborismo. De ellas, aquilatadas por un proceso cuyo análisis no corresponde ahora y aquí, el peronismo, el justicialismo, en fin, del general Perón.

La legislación del trabajo

No queda sino tiempo para una visión un poco cinematográfica de la legislación del trabajo, a la cual la medicina tecnológica debe contribuir primordialmente, como ya he dejado expuesto.

En el Código Hammurabi, dos mil años antes de Cristo, hay ya un vestigio de preocupación por el esfuerzo del ser. En el Deuteronomio se leen estas sentencias: “Tú no oprimirás a los mercenarios e indigentes” y “Pagaréis el salario del día antes de la puesta del sol, porque ellos son pobres y no pueden esperar para recibirlo”.

El rey lombardo Rotharius (643 d.C.) hace abonar los accidentes del trabajo de sus súbditos. Y bajo el reinado de Isabel de Inglaterra, una ordenanza logra reducir la jornada de labor de los mineros de cinabrio a seis horas.

La primera ley obrera moderna puede considerarse la llamada Ley de Peel, promulgada en 1802, que también se refiere a la salud y al sostén moral de los mineros en su trabajo. Años después, en 1844, se crean en Inglaterra las Inspecciones Médicas

del Trabajo. A ellas antecede en breve tiempo la Ley de Shaftesbury, prohibiendo la labor de las mujeres y los niños. En Massachusetts, en 1869, se crea la primera oficina norteamericana de Trabajo y Estadística, punto de partida e América de un nuevo enfoque social.

En 1883, en Australia y Nueva Zelanda se implanta por primera vez el salario mínimo, y en el mismo año, Bismarck, el Canciller de Hierro, establece en Alemania los seguros sociales contra los riesgos del trabajo, que comprendían las enfermedades, los accidentes, la maternidad, la invalidez, la pérdida de sostén familiar. De allí han surgido todos los seguros sociales contemporáneos.

En 1891, la Iglesia Católica hace oír su voz por medio de León XIII, con su célebre encíclica *Rerum Novarum*, aun hoy viviente y fuente del orden social preconizado por la doctrina cristiana. Bélgica, Italia, España, toman esa encíclica como norma de justicia y pacificación entre las clases.

En 1901 se funda la Oficina Internacional del Trabajo en Berna, y en 1919, después de la Primera Guerra Mundial, en el seno de la Liga de las Naciones, el *Bureau* Internacional del Trabajo, similar al de la UN actual.

Como se puede probar con esta rápida síntesis, hay de sobra para que el curso que hoy inauguramos se extienda en todos los campos atinentes al trabajo.

Fisiología del trabajo

En cuanto a la fisiología del trabajo, cuyo precursor es nada menos que Leonardo de Vinci, con sus estudios sobre los músculos del hombre y las actitudes del esfuerzo, solo puedo decir que llega a su ápice, es decir, a una mejor organización científica del trabajo, tipificándolo, estandarizándolo, estimulándolo, Fayol en Francia, Taylor y Ford en EEUU. El stakanovismo soviético también tiende a ello con éxito singular y dado las condiciones del medio. En mi curso sobre “Organización” ya he explicado que el stakanovismo no es otra cosa que el más crudo taylorismo capitalista aplicado impune y sangrientamente en nombre de la dictadura del proletariado. Igualmente en todos estos casos la medicina social tiene su voz clara y distinta de todas, pero primordial.

De las corrientes taylorianas surgen la orientación y selección profesionales. Empero, su creador es el español Juan Huarte, quien, en 1575, escribió su célebre libro *El examen de los ingenios para la ciencia*, que llegó a las 25 ediciones en castellano y a las 36 en otros idiomas, y hoy se lee siempre con singular provecho. Menciono también a Alfred Binet, creador de los primeros *tests* y en quien se suman el psicólogo, el médico y lo que hoy llamamos el “asistente social”, para el modo del trabajo y la orientación del obrero.

Es de ayer mismo, puede decirse, la psicología del trabajo, que estudia tanto las reacciones individuales como las colectivas, los medios para prevenir la fatiga y el desgaste prematuro, los estímulos para el obrero en pro de su salud y de una mayor producción, ya que es sabido que cada vez más, la labor mecanizada trae fatalmente una pérdida del interés por la tarea, y de allí un déficit. En Londres existe el *National Institute of Industrial Psychology*, que tiene realizados magníficos estudios en esta materia.

Conclusión

Ya me he extendido mucho y, no obstante, intento, antes de finalizar, formular un propósito firme que oriente a los colegas y alumnos que seguirán este curso.

Hasta la fecha, solo Rusia soviética ha reconocido oficialmente la medicina del trabajo o sea nuestra medicina tecnológica, como la denominamos nosotros. Nos ha correspondido organizarla en 1946, en la Escuela Superior Técnica de Salud Pública y hoy destinarla al mundo universitario. Hasta 1943, llevábamos un cuarto de siglo de atraso en la materia y aun no la hemos completado a pesar del envión que el Gobierno revolucionario ha dado a la legislación social y del trabajo.

El seguro de maternidad, el de enfermedad, la Ley de Rehabilitación de Inválidos, la creación de la caja de accidentados para sustituir la actual Ley de Accidentes del Trabajo, las cajas de compensación, el Instituto Tecnológico, pondrán la piedra fundamental de la nueva Argentina a estructurarse en materia de salud del obrero.

El médico industrial, el médico higienista, el médico de fábrica, el asistente industrial, tendrán su formación y su promoción en la universidad. Tenemos que crear en el médico la vocación de esta nueva medicina tecnológica, destinada a los millones de obreros de la patria, es decir, una medicina que tiene relación directa e indirecta con las tres cuartas partes de la población. El médico debe ser el mentor intelectual de todos los problemas ligados con la salud obrera. Por eso esta cátedra queda entregada por el Ministerio de Salud Pública de la Nación, en este momento, a la Facultad de Ciencias Médicas, para que ella siga adelante formando médicos tecnológicos con los propósitos expuestos.

Quienes concluyan este curso y los venideros deberán tener plena conciencia de lo siguiente:

1. Que la salud se cuida para que el ser adquiera su más alta dignidad en la plena realización de los fines a que está destinado.
2. Que la salud del ser se cuida también para que él logre su mayor capacidad, en beneficio propio, de los suyos y de su patria.
3. Que la salud de la población se cuida, asimismo, para mantener y acrecentar el poder de producción de un país, que es, en última instancia, consolidar y hacer inexpugnable su libertad y su soberanía.
4. Que todos los argentinos, y los que conviven con nosotros, somos artífices de nuestro propio destino, y que está en nosotros acelerarlo y realizarlo en las mejores condiciones que nos sean dadas.
5. Que en la formación y educación integral del hombre de trabajo está el secreto de su mayor potencialidad, también para sí, los suyos y la comunidad.
6. Que a toda costa, con férrea voluntad y fervor patriótico, debemos llegar, en salud, bienestar y medios, a transformar la pesadumbre del trabajo, en la alegría del trabajo, para que nuestra patria sea libre, soberana, respetada y feliz; sueño de ese ejemplar magnífico de hombre, de estadista y de argentino, que es nuestro líder, el general Juan Domingo Perón.

Elogio de la enfermería¹



Ramón Carrillo en una reunión con enfermeras. 9 de octubre de 1947.

Fuente: Archivo General de la Nación.

Deseo, en este acto inaugural del Primer Congreso Argentino de Enfermería, que nuestras palabras tengan la precisión doctrinaria que surge de mi experiencia como secretario de Estado, de mi condición de médico y de mi emoción de hombre abierto a todas las manifestaciones del sentimiento más entrañable, cual es el amor al prójimo. Para ello no recurriré sino a unos conceptos generales que podrían servir de orientación a las actividades que hoy se inician con tan noble propósito, como es el de abrir anchos caminos a las enfermeras, quienes, con su ciencia y su conciencia, rinden y rendirán siempre el tributo de su abnegación para con todos los enfermos.

¹Discurso pronunciado el 1 de julio de 1949, en la Ciudad de La Plata, al inaugurar el Primer Congreso Argentino de Enfermería.

Me atenderé a una síntesis histórica que ponga de relieve la trayectoria y la trascendencia de la labor de enfermería, y, por fin, sin ese almíbar romántico a que tanto se presta el tema, expondré las altas virtudes necesarias para un apostolado que, si hoy debe considerarse como una profesión, no puede perder ni una sola de las características que lo ennoblecieron en el pasado, lo enaltecen hoy y lo proyectarán en el futuro.

La mujer junto al lecho del dolor

La ciencia lucha contra la enfermedad cuya raíz profunda no es un mal, sino un dolor, es decir, un tormento, una distorsión del ser humano y del ser espiritual que tiende todo él a la felicidad y no al sufrimiento, a vivir y no a morir. Pero siempre habrá enfermedades y, por consiguiente, siempre habrá dolor. Y donde ellos estén, se hallarán a su vera, el médico y la mujer. El médico, para procurar el reintegro a la salud del paciente. La mujer, como la más eficiente colaboradora en todo lo que sea sobrellevar una fatiga, generar una esperanza, promover una alegría, y, en el caso concreto de la enfermera, realizar una asistencia perfecta, que abarque en su integridad al enfermo, a la enfermedad, al dolor y a la restauración de la salud física, mental y social.

La enfermedad necesita del hombre de ciencia. Pero el enfermo necesita espíritu de bien a su lado. Olvidar esto sería desconocer por completo lo que debe llamarse el espíritu de enfermería. Por eso es la mujer, por excelencia ser de amor y de caridad, la enfermera ideal. Por eso también, en el transcurso de los tiempos, vemos a la mujer empeñada en realizar cada vez con mayor perfeccionamiento su misión.

Síntesis histórica sobre los cuidados hospitalarios

Las más remotas referencias que se tienen sobre el cuidado de los enfermos por los médicos o sus antecesores, los religiosos, se encuentran en los libros de la India antigua. En efecto, las numerosas categorías de religiosas, de sirvientas o de esclavas, ejercieron entre otros deberes, cerca del médico y del doliente, una actividad sin duda imperfecta, pero similar a la que la enfermera de hospital realiza en nuestros días. Esta suposición hállase confirmada por algunas vagas alusiones contenidas en escritos griegos y egipcios.

Pero es con el primitivo cristianismo que se desarrollan regularmente los cuidados hospitalarios, y ellos nos llevan poco a poco, sin interrupción, al estado de cosas que hoy conocemos. La dirección de los primeros hospitales cristianos estaba confiada a un dignatario eclesiástico y los motivos religiosos eran la razón de su existencia. Ciertos hospitales que sufrieron la influencia árabe, tuvieron un carácter netamente científico, y si bien ellos han jugado un papel en la historia de la medicina, no gravitaron en particular en la evolución histórica de los cuidados hospitalarios.

Se reconoce netamente la influencia religiosa primitiva en ciertas instituciones que han heredado los motivos evangélicos como principio directivo de sus trabajos. En todos los hospitales, se pueden encontrar los rastros de una organización, de una moral y una disciplina del personal de enfermería como herencia de las antiguas órdenes religiosas hospitalarias, si bien su origen ha caído, como siempre, en el olvido. Las instituciones primitivas —destinadas a la asistencia de enfermos— se fundaban en la subordinación total del individuo, en la obediencia y el deber; la instrucción era la indispensable y el personal enfermero no podía aspirar a tener ningún bien material; llegado a la vejez, se le aseguraba un retiro que ponía fin a una vida noble y útilmente empleada.

La situación de las enfermeras en los hospitales, sus relaciones con el personal médico, las visitas médicas y las instrucciones técnicas, en fin, el trabajo habitual de sala, fueron estudiados y codificados —por primera vez— en la Edad Media, gracias a reglamentos precisos y detallados de las órdenes de enfermeras militares.

Evolución hacia un ideal más amplio

A medida que el principio de la disciplina se perfeccionó en los antiguos hospitales, dejóse de lado la noción de la obediencia pasiva y absoluta que exigía el espíritu militar de las primeras órdenes de enfermería y se evolucionó hacia un sistema más amplio, preconizado por ciertas órdenes religiosas que tenían como principio la disciplina libremente consentida hacia un jefe reconocido. Se comprendió que solo este método era eficaz para formar el carácter y asegurar un trabajo conveniente de las enfermeras, y es este precisamente el objetivo hacia el cual la educación moderna dirige sus esfuerzos y que las escuelas de enfermeras cumplen en nuestros días. La antigua severidad militar, que incurría fácilmente en cierta dureza, fue evolucionando lentamente hacia profundas modificaciones más humanas y más científicas.

Bajo la influencia cada vez más notable del elemento civil que acompañó al crecimiento de las grandes ciudades, las autoridades adquirieron gradualmente la noción, bien rudimentaria en el comienzo, de los deberes de la ciudadanía para con los enfermos y los desheredados. Esta modernización naciente hizo que las enfermeras perdieran el prestigio que ellas tenían de un ideal de vida religiosa, y retrocedieran hacia el rango del personal doméstico, arrastrando un nivel de existencia humilde y una vida moral inferior.

A medida que la ciencia y las investigaciones médicas conocieron nuevos progresos, los directores de las comunidades más clarividentes, advirtieron que la vocación de enfermera implicaba también una gran habilidad técnica que debía ser adquirida con el estudio. Fue para satisfacer estas necesidades nuevas que las Hermanas de Caridad y otras órdenes religiosas se crearon por la Iglesia Católica. La Iglesia Luterana funda las órdenes de las *Diaconisas*, a semejanza de aquellas de las de los primitivos cristianos; y al fin se vieron surgir las órdenes femeninas, cuya actividad habría de ser señera para el mundo en la figura de Florencia Nightingale. Con ella se inicia, por decir así, la era científica de la enfermera.

Florence Nightingale dignificó la profesión

No podría hacerse ninguna referencia a estudios de enfermería si no pudiéramos en primera línea nuestro homenaje y reconocimiento a la creadora y dignificadora de esta profesión. Es un verdadero caso de inspiración divina la suya, de vocación pura, pues interpretó las necesidades de los sufrientes, casi siempre miserables, no obstante pertenecer ella a una clase acaudalada y aristocrática. Hay seres que pasan por la vida para prestigiar las grandes causas.

Florence Nightingale es uno de ellos. Dio categoría intelectual y social a la enfermera. Hasta entonces, las tareas de enfermería estaban a cargo de vulgares fregonas, y apenas algunos hombres oficiaban como ayudantes técnicos del médico. La función espiritual del hospital la realizaban las Hermanas de Caridad, y en Alemania, el 50% de las llamadas enfermeras de salas, eran y siguen siendo miembros de congregaciones religiosas. Su condición de dama inglesa le sirvió a Florence para darle un bautismo señorial a esta nueva profesión, que adquirió así suma espiritualidad e hizo de la enfermera en la historia la verdadera hermana civil.

Imaginemos la violencia que hubo de significar para Florence tener que luchar con su propia familia y con el medio social que la rodeaba, para renunciar a las vanidades de una vida sin objeto y dedicarse al cuidado de enfermos en las salas de los antiguos hospitales, que eran verdaderos reducidos humanos. El hospital se llamaba entonces la "Casa de Dios" (Hotel Dieu), y la gente tenía de él el mismo concepto de que gozaba hasta hace 30 años nuestro Hospital Muñiz: un mal sitio para morir. Solo llevada por una vocación superior, es posible que una mujer renuncie a los halagos de la vida social para entregarse a una obra de inmenso altruismo y señalar un ejemplo creador.

Florence Nightingale aprendió el oficio de enfermera en 1851 en la Escuela de Diaconisas, de Kaiserswerth, Alemania, donde el aprendizaje se iniciaba amansando el cuerpo en la limpieza del suelo y de las escaleras. En tales rudos menesteres le nacieron a Florence sus alas espirituales para regresar a Londres, donde dirigió en 1853, como superintendente, un Establecimiento de Damas Enfermeras.

Todo puesto al servicio de los seres que sufren

La guerra de Crimea en 1854 reveló a Florence. Sábese que, a pesar de la victoria jubilosa de Inglaterra en la batalla de Alma River, pronto el regocijo se trocó en duelo y luto. En el Hospital Militar de Scutari, la negligencia con los heridos y los enfermos movió toda la prensa de Londres y todas las voces se dirigieron de inmediato a Florence, que era la única que había comprendido el valor de la asistencia y de la organización. En un instante dejó de ser una desconocida para transformarse en heroína popular.

El 4 de noviembre de 1854 llegó con sus enfermeras a Scutari, diez días después de la batalla de Balaklava y un día antes de la de Inkerman; demás está decir que la barraca-hospital era lo más miserable que puede imaginarse. ¡Pero las almas nacidas en plena luz y a quienes el destino pone en la senda de los iniciados, ven con claridad

aun en las tinieblas! Allí justamente se le brindaba la oportunidad de demostrar lo que ella quería que fuera un hospital y una enfermera, porque al lado de aquel hospital militar, cualquier hospital civil de entonces era un lujo. Ella misma lo dice: faltaban vasos para agua, utensilios, jabón, toallas, colchas, sillas, bancos, luz. Los heridos se quedaban con sus uniformes adheridos al cuerpo.

Florencia logró vencer todas las dificultades porque su ascendencia de *lady* inglesa le permitió salvar las jerarquías sin perder la amistad de los médicos ni levantar jamás la voz.

Un gran espíritu de organizadora

Cuatro mil heridos después de la batalla de Balaklava eran por cierto un trabajo y a él le dedicaba 20 horas diarias. La era de la asepsia y de la antisepsia aún ni se vislumbraba; la primera orden que dio fue la de pedir 200 cepillos duros para lavar los pisos; instaló un lavadero y dio trabajo en él a las mujeres que habían seguido a sus esposos soldados al frente de batalla. Organizó la cocina y dio jerarquía a la comida del hospital como no la tenía hasta entonces, en que el rancho de la tropa era el mismo que se destinaba al herido.

El aprovisionamiento hospitalario estaba sometido a una red de formalidades oficiales en la cual no se permitía ni siquiera desenfardar las provisiones hasta que un consejo administrativo diera el visto bueno. El burocratismo fue un mal de todos los tiempos y de él no se han librado ni siquiera las organizaciones sanitarias que deben ser siempre expeditivas. Solo ante la menuda burocracia obstaculizadora perdió Florencia la serenidad y, contraviniendo las órdenes, empleó la fuerza, y, más aun, creó el servicio de entrega directa por razones de urgencia.

Estamos con ella frente no tan solo a una técnica en el arte de atender los dolores humanos, sino ante una verdadera organizadora en el más amplio sentido del vocablo, que permite señalar a las generaciones que le suceden el espíritu de independencia y de iniciativa que en el ejercicio de su profesión deben tener las enfermeras.

Fue la de Florencia, mano del orden puesta por la Divina Providencia para alejar el caos; en Inglaterra se la empezó a llamar “el ángel de Crimea”.

Creó el Servicio Social del Hospital

La poesía de Longfellow la describe caminando en la noche con una lámpara en la mano, por los antros de la miseria; de ella se decía que su sola presencia era un alivio y muchos llegaban a besar su sombra al verla pasar o cuando rendida caía su cabeza sobre la almohada. El lenguaje de los heridos cambió por su sola presencia; se ocupaba de que los soldados escribieran a sus familias y les remitieran el dinero. A través de las cartas de los heridos su nombre corría de casa en casa por toda Inglaterra. Por este hecho puede decirse que fue la creadora del *Servicio Social del Hospital*.

La mortandad de heridos, que era hasta entonces del 40% de los internados, bajó en julio de 1855 al 2%. La paz firmada en París el 30 de marzo de 1856 le permitió volver a Inglaterra después de haber mostrado al mundo el valor de una nueva idea y de un espíritu entregado por entero a su triunfo. Pudo retornar a su patria en un buque de guerra y ser recibida con bandas militares a su llegada; prefirió arribar de incógnito y eludir las vanidades terrenales, que siempre son flor de un día; un espíritu superficial hubiera tenido ese cuarto de hora de orgullo, pero no habría legado a la posteridad esta su otra enseñanza; la de la humildad como virtud de la enfermera, de acuerdo a la máxima que dice: “que cuánto más elevada es la inspiración, menos mundana es la obra”.

Después del primer esfuerzo creador en la guerra de Crimea, pudo Florencia vivir aun medio siglo entregada al prestigio de una obra que habría de difundirse en el mundo entero; su rango era tal, que el virrey de la India estilaba visitarla antes de partir para su sede.

Se funda la escuela militar de medicina

Su ejemplo sirvió para reformar el servicio médico de los ejércitos, y lo sostuvo afirmando que el índice de mortalidad en la tropa sana era el doble que en el de la vida civil, nada más porque las normas de higiene no se tomaban en cuenta. A su influjo, los cuarteles se reformaron; se instituyeron las responsabilidades de la administración hospitalaria; fundó una escuela de medicina militar, y logró imponer que el médico en servicio tenía el deber de vigilar tanto al soldado sano como al enfermo. La sanidad militar dejó de ser solamente cirugía, para convertirse en la higiene militar de nuestros tiempos.

Otro antecedente que evidencia los valores intelectuales de Florencia, es la pasión que puso para el Servicio de Estadística del Ejército; estimulando los trabajos del doctor William Farr, conocido estadígrafo inglés, pudo imponer un servicio estadístico estandarizado que después fue copiado por las demás naciones militares de Europa. Como se ve, estamos en que Florencia es una mente universal, puesta en el camino para alumbrar uno de los grandes senderos de la humanidad: el que conduce al alivio del que sufre.

Tuvo aún tiempo para interesarse por las condiciones sanitarias del ejército inglés en la India, y alentó a las autoridades para extender las obras de irrigación en aquel país, que permitieron efectuar cultivos y librarlo de la peor calamidad, que era el hambre periódico, porque percibió antes que los médicos que el hambre y la miseria son los poderosos aliados de la enfermedad.

Otra obra de Florencia: la escuela de enfermeras

Obra de ella es también la iniciación de la primera escuela de enfermeras, ya planeada con un sentido de calidad técnica y de jerarquía espiritual, la cual fue inaugurada el

24 de junio de 1860, en el Hospital Santo Tomás, de Londres. Para esta escuela redactó el Código de Medidas Sanitarias, a las que el enfermo debe atenerse y un libro: *Anotaciones sobre Enfermería*, el evangelio de las escuelas de enfermeras. Para ella, la enfermera no era una profesión sino una vocación. Le dio a la escuela un carácter de cofradía al convertirla en el hogar de las enfermeras, definiéndola como “un lugar de enseñanza del carácter, hábitos e inteligencia, tanto como de adquirir conocimientos”.

Publicó, además, un trabajo titulado “Notas sobre Hospitales”, en 1859, lo cual le dio en materia de construcciones hospitalarias suma autoridad, a punto tal que el Gobierno de Estados Unidos le hizo una consulta oficial en plena guerra civil de aquel país.

Tres años antes de morir recibió la “Orden del Mérito” del rey Eduardo VII, siendo esta la primera vez que una mujer lograba esa distinción del Gobierno británico. Fue así “que a través de su heroísmo, la enfermera llegó a ser glorificada, y su profesión considerada después como una de las más cultas que puede seguir una mujer”.

Jamás una mujer que no fue canonizada, ni ciñó corona, despertó tan apasionada y cariñosa admiración como Florencia Nightingale. Murió a los 90 años, pero su recuerdo vive en todo el mundo y debe ser tenido siempre presente cuando se pretenda hacer el elogio de la enfermería.

La asistencia del enfermo arranca como un deber social, de la virtud teologal de la caridad. Por eso afirmaba Florencia que el trabajo de las enfermeras es, más que una profesión, una vocación.

Toda profesión está siempre en peligro de degradar el valor espiritual del ser. Mucho más en la enfermera, si su técnica, cada día más depurada y precisa, atiende solo la enfermedad con olvido del enfermo. La casa del dolor por antonomasia, que es el hospital, no puede ser cerrada jamás al espíritu de caridad de la mujer.

Florencia Nightingale vivió ese espíritu y lo realizó íntegramente.

Conceptos generales sobre enfermería

Por imperio de la obra social del Gobierno, somos cada vez más exigentes en materia de salud pública. Porque es la propia patria, la que reclama mayores y mejores obras de profilaxis y de asistencia. Pero tenemos varios problemas que resolver y en el solo caso de las enfermeras, cuya acción técnica quisiéramos llevar al máximo, nos encontramos ante una crisis de personas con vocación cierta para iniciar su aprendizaje, crisis que por cierto no es particular nuestra, pues aun en países que ya han superado las etapas de su organización integral, ese problema existe lo mismo que entre nosotros. Otro problema es el que surge de la mayor especialización que va adquiriendo la labor de la enfermera en los diversos ambientes en que debe y puede desenvolver su acción y que obligan a estudiar, planear y realizar su preparación técnica con mayor cuidado que antes.

En realidad, los dos problemas, crisis de vocación y crisis de enseñanza, hállanse vinculados, pues es evidente que la preparación técnica depende de otros factores: por una parte, la demanda de plazas de enfermeras, si es mucha, impide brindar a las estudiantes un estudio completo y especializado y la práctica correspondiente. Por

otra, se impone abordar también el aspecto económico, desde que no puede exigirse a nadie que se sacrifique por lo menos dos años de estudio —amén de los que ya lleve realizados— para ofrecerle luego una remuneración escasa.

En síntesis, el desarrollo vocacional y docente de la enfermería depende: a) de la mayor o menor demanda de personal para la habilitación de nuevos servicios; b) de la rigidez y severidad en la selección y enseñanza que debe ser formativa, no solo instructiva; c) de los sueldos que se paguen.

Un gran problema económico del Estado

Unas pocas cifras bastan para poder apreciar que el problema económico, para el Estado, no puede ser indiferente en el desarrollo de la enfermería. Si tenemos en cuenta que en materia hospitalaria se ha llegado al estándar de una enfermera por cada cuatro camas, resulta que un hospital de 1.000 camas necesita un mínimo de 250 enfermeras, lo cual, a 600 pesos por cada una, cifra a la que se llega por pagos indirectos como ser aguinaldos, salarios de ausencias, aportes a la caja de jubilaciones, etc., representa al año una inversión de 1.500.000 pesos. Esto quiere decir que la hospitalidad, tan solo en el renglón de enfermeras, alcanza a \$4 diarios por paciente. Agregado a esto los demás gastos, tenemos que cada paciente de hospital representa un costo diario de \$15 a 20. Frente a estas cifras no quedan sino dos conductas que habrán de seguirse en el futuro. Primero: reducir la asistencia hospitalaria al mínimo posible creando el tipo de enfermera de cuidado abierto que pueda llevar al domicilio del enfermo la atención técnica indispensable que este no pueda proporcionarse. Segundo: hacer de tal modo eficaz la preparación técnica de la enfermera, que su costo resulte redituable por el máximo provecho que se logre de su labor.

Uniformidad de la enseñanza de enfermería

En el aspecto de la preparación, la experiencia extranjera, especialmente la norteamericana, nos señala que es fundamental uniformar la enseñanza de enfermería elemental en todas las escuelas de niñas del país, como primer paso al instituto de especialización, sin olvidar que las enfermeras deberán actuar en un medio social heterogéneo, por lo cual no ha de bastar proveerlas de conocimientos técnicos indispensables, sino que habrá de brindárseles una cultura general, intelectual, moral y aun filosófica, lo que siempre proporciona una autoridad superior al promedio de educación del pueblo con el que tiene que hallarse en contacto.

La última guerra ha permitido a los EEUU uniformar los planes de enseñanza para la preparación de enfermeras. En 1944 se inició un programa de entrenamiento general, por parte del Ejército, y de un total de 1.300 escuelas que tenían un mínimo de requerimientos fijados por las leyes estatales, 1.125, o sea el 87% aceptaron un programa uniforme de estudios técnicos. De esas 1.125 escuelas, el 98,2% estaban anexas a hospitales; el resto funcionaba en colegios y universidades.

Entiendo que entre nosotros, debemos convertir a todo hospital de la República en un centro de enseñanza y preparación de enfermeras, y creo también, que sería un error toda centralización técnica de la enseñanza, esto es, que el Estado ya sea nacional o provincial, tomara a su cargo como tarea exclusiva la de crear las escuelas y sostenerlas.

El Estado y la enseñanza en el arte de enfermería

Por razones de necesidad, y de omisión también por parte del Estado, se han formado entre nosotros escuelas calificadas para enfermeras, sin mayor colaboración del poder público. Esto se puede remediar desde ya organizando y perfeccionando la enseñanza, subsidiándola y controlándola. El Estado tiene que acreditar los títulos que se obtengan y recibir y validar los exámenes de los graduados. En otras palabras, débese estimular la obra privada en esta materia, sobre todo cuando es realizada por organizaciones de bien público.

Nuestra política sanitaria tiende al enaltecimiento integral del espíritu de enfermería. Por eso insisto en un ejemplo aleccionador: el de EEUU. Las 1.125 escuelas antes mencionadas, contaban en 1945, nada menos que con 130.721 estudiantes y con un cuerpo de instrucción de 20.134 personas.

El total de enfermeras registradas en 1910 era 82.327 entre hombres y mujeres; en 1920, esa cifra era de 149.128, es decir, un aumento de 83%. De ellas, 11.000 enfermeras estaban incorporadas al servicio de hospitales; otras 11.000 a los servicios públicos, sobre todo a tareas de profilaxis, y el resto, a la asistencia privada.

Quiero significar que EEUU tenía una enfermera registrada por cada 700 habitantes, en ese año de 1920.

Y tan importante fue ese material técnico de primera calidad, que al entrar en 1917 ese país en la Primera Guerra Mundial pudo desarrollar de inmediato la mayor acción médica y evitar los desastres que hubo de afrontar Florencia Nightingale.

En procura de un ideal de superación

En 1941, EEUU contaba con 460.000 enfermeras, y en proporción nosotros deberíamos tener 46.000, y todos ustedes saben cuán lejos estamos de esas cifras. Pues bien, el National Survey envió a dichas enfermeras un cuestionario para tener una idea de la preparación y destino ulterior de las egresadas. Contestaron 300.000. Sus condiciones de idoneidad fueron las siguientes: la inmensa mayoría de las enfermeras eran *college graduates*; de estas, la mayoría también tenía certificado de instrucción técnica postgraduada; las que, a su vez, en un 50% habían recibido su título en las High School, equivalente al bachillerato. Lo que significa una preparación técnica superior.

Las 300.000 enfermeras que respondieron a la encuesta estaban distribuidas en los servicios de instituciones de higiene pública, de fábricas y de servicios privados. No me extiendo en otras cifras porque con estas basta y sobra para fundamentar

nuestra premisa. Debemos llegar, entre nosotros, pues, a la superación de la enseñanza técnica de la enfermería, a darle a esta su verdadero rango intelectual, social y científico, y, en fin, a realizar en la Argentina una renovación de métodos que afiancen el progreso argentino en esta rama médica de las más inmediatas e insustituibles colaboradoras de nuestra misión.

Pero la patria es inmensa. Una enfermera en la Capital Federal, es exactamente igual a una enfermera en Andalgalá, en Zapala, en Resistencia, en Mendoza, en Chumbicha. Y, sin embargo, las diferencias regionales exigen una diferenciación también en cuanto a la mujer dedicada a tan altos menesteres.

Es indispensable que cada zona argentina forme sus propias enfermeras con el concepto de que en la inmensa mayoría de los casos, vale más una autorizada enfermera local, que una graduada proveniente de un centro o ciudad, que no se adapta a los medios rurales. Uniformar la sanidad para que haya una verdadera democracia en materia de salud, es uno de los grandes esfuerzos que debemos realizar en nuestros días, adaptándonos a la peculiar idiosincrasia del pueblo argentino.

Una enfermera para cada mil habitantes

Nuestro propósito —bien consignado en el Plan Analítico de Salud Pública, de 1946— es preparar una enfermera por cada 1.000 habitantes, aun cuando dicha enfermera no tenga que ejercer su actividad. Visitadoras de higiene, asistentes sociales, biotípologas, dietistas, maestras, bachilleres, jefes de secciones industriales, etc., todos estos grupos deben tener conocimientos técnicos de enfermería.

La patria algún día, que ojalá no llegue jamás, se servirá de estas enfermeras potenciales como las llaman los estadounidenses, que son o pueden ser todas las mujeres argentinas puestas al servicio de sus compatriotas en trance de sufrimiento por la nación. Esto condice de tal manera con la esencial condición de la mujer, apta para todos los esfuerzos y todos los sacrificios, que entiendo, sin ningún esfuerzo ni ninguna adulación que, además de sus funciones propias de hermana, esposa y madre, toda mujer puede y debe llegar a convertirse en una miss Florencia Nightingale: quiero decir, en una oblación, toda ella, hacia el que sufre, sea cual sea su sufrimiento. En una oblación hacia el dolor del prójimo.

La más eficaz colaboradora del médico

Hoy sabemos que la labor de enfermería es de tanta o más importancia que la del mismo médico. La enfermera es la que está más inmediatamente al lado del enfermo y de su técnica puede depender, sobre todo en los servicios de cirugía, la vida de una persona.

Para examinar el trabajo técnico de la enfermera y la misión que cumplieron en la Primera Guerra Mundial, el Instituto Rockefeller organizó un Congreso de Enfermería en 1920 y, desde entonces, los movimientos de opinión que se han promovido

en el mundo sobre este tema, han interesado a los hombres de los más diversos sectores por una cuestión que es fundamental para cualquier país.

De la otrora cuidadora de enfermos, que desempeñaba, además, las más rudimentarias y hasta serviles tareas, que era la enfermera primitiva, llegamos al momento actual en que la multiplicidad de especialidades la han transformado en el más eficaz colaborador técnico del médico.

La lucha contra la tuberculosis, la asistencia de la maternidad y del niño, la atención de los accidentados industriales, la profilaxis en general, el servicio social abierto, la higiene escolar, la asistencia preventiva, en fin, han ampliado de tal modo el horizonte de la enfermería que, puede decirse sin ambages, que el nuevo ámbito es inmenso. El hospital moderno o el centro de salud, ya en plena realización en nuestro medio, es una maquinaria compleja, con rodaje complicado y en un tren progresivo de tecnicismo.

Cada parte permitirá a estos organismos rendir el mayor provecho, si están bien adaptados a las funciones para las que han sido creados. La técnica médica, al complicarse, aleja de las manos del especialista, tareas subsidiarias que cada vez quedan más en las de sus colaboradores inmediatos y el valor de estos finca, precisamente, en ahorrarle al médico tareas que antes eran consideradas como específicas del mismo. La acción del médico tórnase así, en sintética, de orden, de coordinación; la de la enfermera, en analítica, de ejecución, de cumplimiento y, diría más aun, de suplencia.

Hoy, un sistema hospitalario vale tanto cuanto valen sus enfermeras y en los días cercanos, la higiene pública y la medicina preventiva, valdrán tanto cuanto valgan sus enfermeras especializadas.

El problema de los enfermos crónicos

La formación intelectual y espiritual de las enfermeras tiene una herencia donde inspirarse o antecedente, que proviene de su actuación heroica en los servicios de urgencia, en la guerra y en las grandes calamidades humanas y se prolonga en la asistencia hospitalaria en los tiempos de paz. Presiento que la evolución progresiva de la asistencia médica y la organización de la salud pública llevarán a las enfermeras más allá, las llevarán a transformarse en las colaboradoras de un programa de bienestar y felicidad de los pueblos, que lo cumplirán siempre a la vera del médico en todas las actividades en que la salud es comprometida y al comprometerse esta se incida sobre la productividad del trabajo y sobre la riqueza nacional.

La multiplicación de las especialidades que hoy ocupa a la enfermera en los puestos de avanzada la impulsarán a toda actividad ligada con la medicina sanitaria, asistencial y social, y su misión será, entre otras, salvar muertes infantiles, evitar muertes maternas, difundir las vacunaciones, cuidar al obrero en la industria, proteger al escolar, imponer los beneficios de la higiene en todas las capas sociales y en todos los ambientes.

Existe una nueva actividad que se abre al campo de la enfermera de nuestros días: la lucha contra las enfermedades crónicas y degenerativas, que constituyen la calamidad de este siglo. Hemos conseguido prolongar la vida humana por arriba

de los 60 años, a cuenta de salvar muertes infantiles y dominar las enfermedades infectocontagiosas. Pero esta prolongación de la vida no tiene ningún beneficio para la salud si ha de ser para vivir enfermo.

Desde el punto de vista de la salud pública, constituye ya un problema la arterioesclerosis precoz, la hipertensión arterial, la hemorragia cerebral, las nefrosis y todas las parenquimatosas, la diabetes, el reumatismo, las cardiopatías invalidizantes que deben ser prevenidas más que tratadas como “hecho consumado”.

Hemos reiterado en nuestra acción pública un postulado que debe informar por muchos años la orientación del Ministerio de Salud Pública: la prevención de las enfermedades crónicas invalidizantes evitando su tratamiento en los hospitales, porque estos son muy caros, tan caros que con el tiempo, posiblemente, deberemos desarrollar el hospital a domicilio, es decir, el tratamiento del enfermo crónico en su casa por ser mucho más barato.

Cuatro condiciones de la enfermera ideal

Pero todo esto, requiere en las enfermeras, cuatro condiciones que deben fundamentar su labor; no la definimos nosotros, sino Ruth Clements, una mujer excepcional, continuadora de la picada abierta por Florencia Nightingale. Esas cuatro condiciones son: naturaleza física, naturaleza mental, naturaleza social y naturaleza espiritual.

1. La naturaleza física es la salud física, o sea la propiedad de la vida que capacita al ser para vivir más y servir mejor. Muy largo sería enumerar los antecedentes sobre este tema, sobre todo los estudios de la vieja enfermería alemana anterior a 1914, en cuanto tiende a demostrar que la enfermera paga tributo a la enfermedad y a la muerte precoz, tanto que la suya fue definida siempre como una profesión insalubre. Las investigaciones hechas por Kolsch, en Baviera, daban para las enfermeras una mortalidad general tres veces superior a la de las mujeres de vida común de hogar. Tan serio fue este problema, que el Departamento de Higiene del Reich, dictó el 10 de octubre de 1920 un decreto para vigilar el estado de salud de las enfermeras y en especial en los hospitales de tuberculosos, medidas que nosotros aquí en la Argentina las hemos impuesto también, exigiendo el examen médico cada seis meses para todo el personal que trabaja en hospitales de tuberculosos. Hasta el suicidio se ha señalado como más frecuente en el gremio de enfermeras que en el de mujeres de la población general, debido al surmenage por exceso de trabajo, y la facilidad de obtener tóxicos. En un estudio del gran técnico en hospitales, Epstein, se señala que podría ser mejorada la situación de las enfermeras si se hiciera una mejor selección física y psíquica en el reclutamiento de las escuelas de enfermeras, y si se efectuara una vigilancia médica severa aplicando las leyes de la higiene no solo en favor de los enfermos, sino también de las enfermeras, que resultaban así los huérfanos del cuidado sanitario. Todos estos problemas,

en cierta manera, han sido superados ya, pero debe mantenerse siempre una vigilancia muy especial sobre la salud física de las enfermeras.

2. En cuanto a la naturaleza mental, se la puede definir con la ley de Meninger, enunciada en su *The Human Mind*, cuando dice que la capacidad espiritual resulta del ajuste de los seres humanos entre sí y al mundo en que viven. Esto es, dotar a la enfermera de ecuanimidad, de inteligencia despierta, conducta socialmente benéfica y un carácter alegre, base fundamental para el éxito en el trato con los semejantes.
3. La naturaleza social es la tercera condición que una enfermera debe poseer, y sin la cual obvio es señalarlo, su sentimiento intrínseco de la caridad, no puede desarrollarse. Será función social de la enfermera su aptitud para penetrar en el corazón del doliente, en el de sus familiares, identificarse con sus anhelos íntimos y hasta con sus problemas gremiales de trabajo. Todo esto es esencial para sus funciones de cooperación, de sostén, de amistad, de gravitación posterior en la vida del enfermo y los suyos, en el ámbito de sus preocupaciones, necesidades, problemas, anhelos, esperanzas.
4. La naturaleza espiritual, cuarta condición, pero primordialísima, de la enfermera de hoy, como la de ayer y la de siempre, nos lleva al fin de esta conferencia, que he procurado hacer menos árida que una clase y más real que una disertación académica, porque nada de lo que llevo dicho hasta hoy tendría significado superior, si no procurara enaltecer una profesión vocacional por excelencia y femenina por virtud esencial de la condición femenina misma.

Un homenaje a las Hermanas de Caridad

Pero no puede hablarse de la naturaleza espiritual de las enfermeras, sin rendir previamente un homenaje a las Hermanas de Caridad, que han sido, y lo siguen siendo, las enfermeras de corazón de toda la vida.

Identificada su acción en Cristo, ellas estuvieron al servicio de los pobres y enfermos, sin pedirle a la vida otra cosa que el derecho a la plegaria. Cuando la ciencia médica no tuvo más que hacer, siempre les quedó a ellas el brindar el auxilio espiritual que tanto necesita el moribundo. El hospital fue la casa del dolor y de la indigencia y hoy, por desgracia, quedan aún en el mundo y en nuestra Patria, hospitales en que se carece de todo, pero no falta quien comparta con el enfermo sus horas de vigilia, quien suavice sus dolencias y conforte su ánimo.

Cuando la noche se cierra en las salas hospitalarias, es cuando más siente el enfermo la lejanía de sus seres queridos, del hogar irremplazable. Y en esas horas, a falta del vínculo de la sangre, aparece el vínculo del espíritu, encarnado en la presencia de unas tocas monjiles.

Los tiempos, es verdad, han trocado la estructura espiritual de los hospitales, transformados en instrumentos de la vida civil de los pueblos. Se han llenado de ciencia y de instrumentos. Pero debemos luchar contra la pérdida del espíritu

caritativo que antes los llenaba, evitando que caiga en manos puramente mercenarias. Y si un movimiento superior a nosotros mismos lleva a alejar de los hospitales a las congregaciones religiosas, lo cual debe impedirse a toda costa, hagamos que cada día más, las reemplazantes de las Hermanas de Caridad, sean hermanas civiles, en el sentido cabal del término: civiles en cuanto cumplen sus funciones por una ley del Estado; hermanas, porque, estarán unidas a sus semejantes por el vínculo indestructible del espíritu.

Resumiendo, quiero concretar nuestros propósitos, aprovechando este acto que espero sea la iniciación de una nueva etapa del espíritu de enfermería en la República Argentina.

Hacia la elevación intelectual de la enfermera

Tendemos a la más eficiente preparación técnica de la enfermera y vamos a elevarla cada vez más en su rango intelectual y moral, desligándola de todo menester servil. Y queremos que esa elevación sea integral de modo que la profesión libremente elegida sea vocacionalmente perfecta. Una mente lúcida, un corazón inagotable de ternura, de generosidad, si son prendas ciertas de la mujer que todo hombre anhela para sí, lo son en grado excelso en la enfermera y a que ello aspira también, y con más razón el hombre tendido en su lecho de dolor.

La joven argentina, que une a su virtud la gentileza, que es inteligente y realizadora es, lo digo con absoluta convicción, una enfermera potencial. Y yo no conozco misión que más condiga con el espíritu de una mujer, que esta de la enfermera, a un tiempo, hermana, madre, novia y esposa del ser que sufre, y cuya apetencia de bien, se multiplica en razón directa con su carencia momentánea de él.

Si cumplimos nuestros propósitos, como en la poesía de Longfellow, podremos ver a poco que iniciemos las tareas, a nuestras Florencias recorriendo los antros del dolor, iluminando sendas más claras, vivificadas por el hálito cristiano y evangélico de la técnica hecha virtud.

Bibliografía

- Academia de Ciencias Económicas. (1948). *Las cláusulas económico-sociales en las Constituciones de América*. Buenos Aires: Losada.
- Aftalión, E. R. Prostitución, proxenetismo y delito. (Estudio crítico de la jurisprudencia sobre los artículos 15 y 17 de la Ley 12331). *La Ley*, tomo 18, sección doctrina, p. 99.
- Amorth, A. (1948). *La costituzione italiana commento sistematico*. Milán: A. Giuffrè.
- Argentina. (1947). *Plan analítico de Salud Pública*. Buenos Aires: Secretaría de Salud Pública de la Nación. Tomo II.
- Baliña, Pedro L.; Belbey, José C.; Zwanck, Alberto. (1936). La lucha antivenérea [Internet]. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 15, no. 4, p. 309-321. Disponible en: <https://tinyurl.com/yczqxwhq>.
- Barnes Irston, R. (1938). *Cases on public utility regulation*. New York: F.S. Crofts & Co.
- Bielsa, R. (1947). *Derecho administrativo*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Bledel, R. (1947). *Introducción al estudio del derecho público anglosajón*. Buenos Aires: Depalma.
- Boiron, N. M. (1926). *Les régimes et les sanctions de la prostitution dans l'histoire, devant le droit, devant l'opinion: les courants modernes*. Nancy: Berger-Levrault.
- Bonnard, R. (1946). *Précis de droit public*. París: Librairie du Recueil Sirey.
- Buenaventura Echeverría, S. (1944). *Derecho constitucional guatemalteco*. Guatemala: Tipografía nacional.
- Burdeau, G. (1947). *Manuel de droit constitutionnel*. París: Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence.
- Carrera, J. L. Jalones deficientes de la lucha antivenérea en Buenos Aires. *Prensa Médica Argentina* (extracto). Buenos Aires.
- Carrillo R. (1948a). Conferencia pronunciada el 29 de julio de 1948 en la Liga por los Derechos del Trabajador. *Archivos de la Secretaría de Salud Pública*, vol. IV, no. 3.
- Carrillo, R. (1948b). Higiene y Medicina Social. *Archivos de la Secretaría de Salud Pública*, vol. III, no. 19.
- Castaldo, F. E. (1938). *Prostitución: contribución a su estudio*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Buenos Aires.
- Clech, R. (1932). *La maison de prostitution au point de vue sanitaire*. Lyon: Bosc Frères M. et L. Riou.
- Cooley, T. M. I; Carrington, W. (1927). *A treatise on the constitutional limitations which rest upon the legislative power of the state of the American union*. Boston: Little, Brown, and Co.
- Cossio, C. (1931). *El problema de la coerción jurídica y su estado actual*. Buenos Aires: Talleres Gráficos Argentinos L. J. Rosso.
- Cossio, C. (1940). La sentencia criminal y la teoría jurídica. *La Ley*, tomo 20, sección doctrina, p. 184.
- Cossio, C. (1944). *La teoría egológica del derecho y el concepto jurídico de libertad*. Buenos Aires: Losada.
- Dabin, J.; González Uribe, H.; Toral Moreno, J. (1946). *Doctrina general del Estado: elementos de filosofía política*. México DF: Editorial Jus.

- Dareste, F. R.; Dareste de la Chavanne, P.; Delpech, J.; Laferriere, J. (1928). *Les constitutions modernes*. París: Sirey.
- Del Vecchio, G. (1939). *El Estado nuevo y sus bases jurídicas*. Valladolid: Imprenta Castellana.
- Diarios de Sesiones de la Honorable Cámara de Diputados y del Honorable Senado de la Nación.
- Díaz de Vivar, O. (1933). *Nueva orientación constitucional española: derecho comparado, post-guerra*. Buenos Aires: J. Menendez.
- Domínguez, A. (1946). *Política sanitaria: doctrina, legislación nacional y provincial*. Buenos Aires: Depalma.
- Dufour, P.; Navarro, C.; Planas, E. (1920). *Historia de la prostitución en todos los pueblos del mundo, desde la antigüedad más remota hasta nuestros días*. 3a ed. Barcelona: Establecimiento tipográfico-editorial de Juan Pons.
- Duverger, M. (1948). *Manuel de droit constitutionnel et de science politique*. París: Presses Universitaires de France.
- Eiris, E. J. (1938). *El problema médico-social de la prostitución*. Córdoba: Sexto Congreso Nacional de Medicina, tomo III, p. 444.
- Eiris, E. J. (1945). Concepto actual de prostitución. *Publicaciones Médicas*, tomo XI, p. 14.
- Fernández, J. M. M. (1934). La experiencia abolicionista de Rosario. *Revista Médica del Rosario* (separata), vol. XXIV, no. 8.
- Foresti, B. J. (1919). La profilaxis de las enfermedades venéreas y la reglamentación de la prostitución. *Revista Dermatológica*, tomo VIII, p. 9.
- Fronidizi, S. (1945). *El Estado moderno: ensayo de crítica constructiva*. Buenos Aires: Losada.
- García Gerpe, M. (1944). *La configuración constitucional de la postguerra: a través del profesor Posada*. Buenos Aires: Tato.
- Giménez, A. M. (1914). *La prostitución y las enfermedades venéreas* (proyecto de encuesta). Buenos Aires: Boletín de Sanidad y Asistencia Pública.
- Gómez, E. (1940). Delitos contra la honestidad, el estado civil y la libertad. En: *Tratado de Derecho Penal*. Tomo 3. Buenos Aires: Compañía Argentina de Editores.
- González Calderón, J. A. (1928). *Tratado de Derecho Constitucional*. Buenos Aires: J. Lajouane & Cía.
- González Genaro, M. (1947). *Apuntes sobre doctrina política de la Constitución mexicana*. México DF: Jus.
- Greca, A. (1943). Antecedentes históricos, organización de los poderes comunales, policía, sanidad, asistencia. En: *Derecho y ciencia de la administración municipal*. Tomo II. Santa Fe: Imprenta de la Universidad.
- Greca, A. (1943). *Derecho y ciencia de la administración municipal*. Santa Fe: Imprenta de la Universidad.
- Groppali, A. (1944). *Doctrina general del Estado*. México: Porrúa.
- Guatemala. (1941). *Código de sanidad y sus reformas*. Dirección General de Sanidad Pública de Guatemala.
- Guevara, J. A. (1934). *Síntesis de la lucha antivenérea en Costa Rica*. San José de Costa Rica: Primer Congreso Centroamericano de Venereología.
- Hauriou, M. (1929). *Mélanges*. París: Sirey.
- Hernández, O. A. (1946). La constitución política de los Estados Unidos Mexicanos: génesis, exégesis, hermenéutica, crítica y proyecciones. México: Cultura.
- Instituto Argentino de Estudios Legislativos, Buenos Aires. (1945). *La Ley no. 12.331 de profilaxis antivenérea: La legislación sanitaria y el régimen federal. Los sistemas legislativos en materia de*

- prostitución. El delito de contagio venéreo. El certificado prenupcial. El delito de rufianería.* Buenos Aires: Talleres Gráficos de la Compañía Impresora Argentina.
- Jiménez de Asúa, L. (1940). La prostitución y el delito: tipicidad e interpretación de la Ley 12331. *La Ley*, tomo 20, cap. 3, parágrafo 6.
- Kelsen, H. (1946). *La teoría pura del derecho: introducción a la problemática científica del derecho.* Buenos Aires: Losada.
- Koch, Richard A. y Ray Lyman, Wilbur. (1944). Promiscuity as a factor in the spread of venereal disease. *Journal of Social Hygiene*, no. 30, p. 517-529.
- Laferrière, J. (1947). *Manuel de droit constitutionnel.* París: Éditions Domat Montchrestien.
- Laroque, P. (1948). Del seguro social a la seguridad social - la experiencia francesa. *Revista Internacional del Trabajo*, vol. XXXVII, no. 6, p. 621-649.
- Laski, H. J. (1945). *La libertad en el Estado moderno.* Buenos Aires: Abril.
- Lazarte, J. (1945). *Sociología de la prostitución.* Buenos Aires: Partenón.
- Lazcano y Mazón, A. M. (1942). *Constituciones políticas de América.* La Habana: Cultural.
- Linares, J. F. (1944). *El debido proceso como garantía innominada en la Constitución argentina: razonabilidad de las leyes.* Buenos Aires: Depalma.
- Lindsay, A. D. (1945). *El Estado democrático moderno.* México DF: Fondo de Cultura Económica.
- Martone, F. J. (1938). *Legislación y antecedentes nacionales y extranjeros sobre enfermedades venéreas.* Buenos Aires: Boletín de la Biblioteca del Congreso Nacional.
- Mirkine-Guetzevitch, B.; Álvarez Gendin, S. (1934). *Modernas tendencias del derecho constitucional.* Madrid: Reus.
- Moraes, F. E. (1921). *Ensaio de pathologia social: vagabundagem-alcoolismo-prostituição, lenocinio.* Rio de Janeiro: Livraria editora de Leite Ribeiro & Maurillo.
- Nicaragua. (1929). *Boletín sanitario*, vol. 3, no. 3.
- Office international d'hygiène publique. (1910-1946). *Bulletin mensuel.* Paris: Office international d'hygiène publique.
- Orlando, V. E. (1905). *Primo trattato completo di Diritto Amministrativo Italiano.* Milano: Società Editrice Libreria.
- Ossorio y Gallardo, A. (1946). *Los derechos del hombre, del ciudadano y del Estado.* Buenos Aires: Editorial Claridad.
- Paine, T. (1944). *Los derechos del hombre.* México: Fondo de Cultura Económica.
- Paschal, J. W. (1888). *La constitución de los Estados Unidos.* Buenos Aires: F. Lajouane.
- Phair, J. T. (1941). Organización Sanitaria Nacional, Federal y de Dominios. *Administrative Medicine*, p. 265.
- Posada, A. (1928). *Tratado de derecho político.* Madrid: Suárez.
- Puente, J. J. (1932). Prostitución. *El Día Médico*, no. 4, p. 93.
- República Popular China. (1947). *Constitución de la República China.* Buenos Aires: Embajada de la República Popular China.
- Rodríguez Carballeira, H. (1933). *Venus ante el derecho.* Madrid: Castro.
- Roubier, P. (1946). *Theorie generale du droit: historie des doctrines juridiques et philosohie des valeurs sociales.* París: Sirey.
- Sabatier, M. (1828). *Histoire de la legislation sur les femmes publiques et les lieux de debauche.* París: J.P. Roret.

- Tarde, G. (1947). *Las transformaciones del derecho*. Buenos Aires: Atalaya.
- Tascón, T. E. (1939). *Derecho constitucional colombiano: comentarios a la Constitución nacional*. Bogotá: Minerva.
- Tena Ramírez, F. (1944). *Derecho constitucional mexicano*. México: Porrúa.
- Tissembaum, M. R. (1947). *La reforma constitucional en Francia, los principios sociales: análisis comparado*. Santa Fe: Universidad Nacional del Litoral.
- Tobey, J. A. (1939). *Health public law*. New York: The Commonwealth Fund.
- Türkiye. (1935). *Loi no. 1593 sur l'hygiène publique*. Ankara: Ministère de l'hygiène et de l'assistance sociale.
- Uruguay. (1934). *Evolución de la sanidad en el Uruguay, años 1927-1934: informe a la IX Conferencia Panamericana*. Montevideo: "Impresora Moderna" Larre.
- Vásquez, R. F. (1940). *Poder de policía*. Buenos Aires: Contreras.
- Vidal y Fuentes, A. (1925). *Conferencia sobre reglamentarismo y abolicionismo de la prostitución*. Montevideo: Sindicato Médico del Uruguay.
- Ward, B. (1944). *La nueva Turquía*. Buenos Aires: Abril.
- Zambrano, D. (h); Alsina, R. M. (1947). *Persona y derecho: racionalismo, escepticismo, irracionalismo e intelectualismo en el derecho*. Buenos Aires: Librería Jurídica Valerio Abeledo.
- Zavalia, C. (1941). *Derecho federal*. Buenos Aires: Compañía Argentina de Editores.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|---|------|
| Prólogo de esta edición: Ramón Carrillo y el problema de la salud: historia, sociología, educación y política <i>Ana Jaramillo</i> | VII |
| Nota del editor: La relevancia de la obra sanitaria de Carrillo en clave norte-sur <i>Hugo Spinelli</i> | XVII |
| Proemio <i>Jorge Arce</i> | 3 |
| Advertencia del autor | 5 |
| Creación de la Secretaría de Salud Pública y definiciones iniciales para su orientación | 9 |
| Mensaje al personal de la Secretaría de Salud Pública de la Nación | 13 |
| La medicina preventiva | 15 |
| Hacia una mayor precisión en los fines del hospital y de la asistencia médica | 21 |
| Higiene de la vivienda obrera | 27 |
| El problema del inválido | 33 |
| ¿Desaparecerían las enfermedades venéreas por obra de la higiene social bien organizada? | 39 |
| La salud del pueblo depende de diversos factores indirectos del pueblo | 51 |
| Introducción al plan analítico de la Secretaría de Salud Pública | 59 |
| Aspectos estadísticos y sociales del problema de la alergia | 65 |
| Curso básico para la formación de enfermeras bien capacitadas | 69 |
| Entrega de 2.400 nombramientos de médicos con el sueldo mínimo | 73 |
| Los fundamentos de la medicina constitucional y de la biotipología | 75 |
| Doctrina peronista del bienestar social y de la salud del pueblo | 83 |
| El Instituto Nacional de Gastroenterología | 89 |
| La brucelosis como problema argentino | 91 |
| Día de la higiene social | 99 |
| La fabricación nacional de penicilina | 103 |

| | |
|--|-----|
| El ausentismo por enfermedad, es gran factor de déficit en la productividad del trabajo | 119 |
| Cooperación sanitaria entre los pueblos del continente americano | 131 |
| La amistad no acepta separaciones entre los médicos de América | 137 |
| Balance epidemiológico argentino | 139 |
| El valor de la salud | 149 |
| Sugestiones para los futuros congresos nacionales de medicina | 159 |
| Misión del personal y directivas a los médicos de salud pública | 165 |
| La educación sanitaria | 171 |
| Frente a dos nuevas concepciones: centro sanitario y ciudad-hospital | 173 |
| Medicamentos a bajo costo para el pueblo: "EMESTA" | 177 |
| Sentido de los tratados sanitarios firmados con los países limítrofes | 179 |
| El cáncer, problema social que puede ser eficazmente resuelto | 183 |
| La divulgación radial como una medida de educación sanitaria | 185 |
| La medicina del trabajo: planteos técnicos actualizados | 187 |
| Orientaciones contemporáneas acerca de la medicina social | 197 |
| Algunas posibilidades y propósitos de la Primera Exposición de Salud Pública | 211 |
| Las enfermedades del aparato digestivo y la medicina social | 215 |
| Política sanitaria argentina | 221 |
| Cómo se puede llegar a formar una conciencia sanitaria popular | 239 |
| Fernando de Castro, histólogo español y discípulo de Cajal | 243 |
| El cinturón de bosques periurbanos frente a la insalubridad del Bañado de Flores del Riachuelo | 247 |
| Cifras y hechos en materia de medicina tecnológica | 259 |
| La cirugía argentina vista desde el gobierno de la salud pública | 263 |
| Entrega del premio "Juan D. Perón" | 269 |
| El problema de la prostitución | 271 |
| La brucelosis como problema del continente americano | 317 |
| Esencia del problema de la salud pública ante la reforma constitucional | 323 |
| Antecedentes y bases sobre la reforma constitucional en materia de salud pública | 331 |

| | |
|---|-----|
| El centro de salud tiene en la Argentina modalidades propias | 383 |
| La neurocirugía | 397 |
| Despedida a los neurocirujanos | 403 |
| El criterio biológico en el reordenamiento económico de la alimentación en la Argentina | 407 |
| La fábrica de penicilina como una realidad definitiva | 427 |
| El problema de la financiación adecuada de la salud pública | 431 |
| El médico y la rutina | 445 |
| La medicina tecnológica en la historia de la doctrina sanitaria | 451 |
| Elogio de la enfermería | 473 |
| Bibliografía | 487 |

ÍNDICE DE FOTOS

| | |
|--|-----|
| <i>Ramón Carrillo se hace cargo de la Secretaría de Salud Pública. 1 de junio de 1946.</i> | 9 |
| <i>Ramón Carrillo, el ministro de Hacienda Ramón Cereijo, el secretario de Trabajo y Previsión Social José M Freyre, el secretario de Salud Pública de la Municipalidad de Vicente Sierra y otros funcionarios en el acto de constitución de la comisión mixta a cargo de organizar y aplicar los decretos leyes sobre medicina preventiva. 3 de agosto de 1946.</i> | 15 |
| <i>María Eva Duarte, Ramón Carrillo y el secretario de la Confederación General del Trabajo, Aurelio Hernández, en la inauguración de un curso de enfermeras. 1 de febrero de 1947.</i> | 69 |
| <i>El presidente Juan Domingo Perón y Ramón Carrillo en un acto de entrega de nombramientos a médicos en el Hospital Nacional de Salud Pública. 4 de marzo de 1947.</i> | 73 |
| <i>Ramón Carrillo en la celebración del día de la Higiene Social. 8 de septiembre de 1947.</i> | 99 |
| <i>Ramón Carrillo con el rector de la Universidad de Buenos Aires, Jorge Alberto Taiana, en la clausura del Congreso de Antibióticos y Quimioterápicos. 29 de noviembre de 1952.</i> | 103 |
| <i>Ramón Carrillo, el cardenal Santiago Luis Coppello, el ministro de Relaciones Exteriores Juan Atilio Bramuglia, el ministro de Justicia Angel Borlenghi y el ministro de Agricultura Carlos Emery; en el Congreso Panamericano de la Salud. 24 de setiembre de 1947.</i> | 131 |
| <i>Ramón Carrillo habla por Radio Belgrano.</i> | 185 |
| <i>Ramón Carrillo en la apertura del Primer Congreso Argentino de Medicina del Trabajo. 15 de mayo de 1948.</i> | 187 |
| <i>El presidente Juan Domingo Perón y Ramón Carrillo en la partida de camiones a una campaña de salud pública.</i> | 247 |
| <i>Ramón Carrillo en la inauguración del 7° Congreso Interamericano de Cirugía.</i> | 263 |
| <i>Ramón Carrillo entrega credenciales de cronistas sanitarios en el Congreso de Higiene en Ciudades.</i> | 269 |
| <i>Ramón Carrillo en el Teatro Colón, con el ministro de agricultura Carlos Emery, el subsecretario de Información Raúl Apold y el presidente de la Cámara de Diputados, Héctor Cámpora, en el 133 aniversario de la declaración de la independencia. 9 de julio de 1949.</i> | 323 |
| <i>Ramón Carrillo y Blanca Duarte de Álvarez Rodríguez, subinspectora del Departamento de Aplicación y Jardín de Infantes, en una exposición de dibujos en el Ministerio de Educación. 18 de diciembre de 1950.</i> | 331 |

| | |
|--|-----|
| <i>Ramón Carrillo, junto a los ministros Natalio Palacios, de Justicia, Jerónimo Remorino, de Relaciones Exteriores, Roberto Dupeyron, de Obras Públicas y Miguel Revestido, de Finanzas, durante la lectura del mensaje presidencial del 1 de mayo de 1953.</i> | 350 |
| <i>Ramón Carrillo y Raúl Matera en el acto de clausura del Congreso de Neurocirugía. 9 de abril de 1949.</i> | 397 |
| <i>Ramón Carrillo en un acto en el Instituto de Neurocirugía "Costa Buero".</i> | 403 |
| <i>Ramón Carrillo en la clausura del 1er Congreso Argentino de Racionalización Alimentaria. En el Aula Magna del Colegio Nacional de Buenos Aires. 29 de noviembre de 1952.</i> | 407 |
| <i>Ramón Carrillo en el acto de inauguración de cursos de minería realizados en instalaciones del colegio Mariano Moreno. 15 de abril de 1947.</i> | 451 |
| <i>Ramón Carrillo en una reunión con enfermeras. 9 de octubre de 1947.</i> | 473 |