

TEORÍA DEL HOSPITAL -1951-

Ramón Carrillo

OBRAS COMPLETAS I
EUDEBA. Buenos Aires.

1. ¿QUÉ ES UN HOSPITAL DENTRO DE LA DOCTRINA DE LA SALUD PUBLICA?

Los médicos, a causa de nuestra mentalidad profesional, asistimos, en cierto modo con regocijo, a la inauguración de un hospital al cual calificamos como bello, bien construido y mejor habilitado, sin pensar que se trata de un recinto destinado a albergar el sufrimiento humano.

Como hombres sensibles desearíamos que no fueran necesarios los hospitales, aun los mismos médicos, puesto que así se habría consumado el triunfo de la medicina, el del espíritu sobre la materia, el del bien sobre el mal.

Pensamos que ese logro será posible algún día, al contemplar las admirables instalaciones de los nuevos hospitales concebidos con un plan funcional -buscando el más sencillo y eficaz confort para los pacientes- el que terminará por relegar a un ominoso pasado el concepto vigente hasta hace pocos años en muchos países, y que poco se diferenciaba con los lazaretos inhumanos del siglo pasado, miserables rezagos del templo de Asklepios en Grecia, de los "valetudinarios" de la antigua Roma,

de las "casas sin puertas" del Imperio, donde se hacinaban siniestras multitudes de enfermos; allí, como en Roma, hubiera bastado salir con vida para ser proclamado ciudadano libre.

Se produce una transformación del concepto de hospital, así como el de sus métodos de acción, durante ese período oscuro y fecundo de la historia humana que se llama Edad Media, por obra de la Iglesia. Se organiza la asistencia de los desventurados en las llamadas casas 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 servicios públicos.

Desde entonces, los hospitales son el producto de un esfuerzo de sentido social, en virtud del cual la asistencia que reclama el necesitado es un derecho que refluye socialmente en un deber, perdiendo su nota de concesión graciosa.

En este sentido, nosotros estamos en mora, puesto que aún sigue atendiéndose a los enfermos con criterio de caridad, norma desactualizada en esta época de grandes transformaciones sociales; no obstante lo cual, una gran mayoría de nuestros hospitales está

ya a cargo del Estado y éste ha organizado su atención 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 ejerce el Estado en gran escala bajo la concepción de servicio público, debe fundarse en lo único que es compatible con la dignidad humana: la previsión social.

A mi juicio, estamos viviendo un período de transición; en algunos aspectos, de la Edad Media; en otros, apenas hemos superado a la Revolución Francesa; y, sólo en muy pequeña escala, se ha iniciado la asistencia médica fundada en la previsión, como lo intenta el magnífico ensayo de la Asistencia Médica de los Ferroviarios y de las Cajas del Instituto Nacional de Previsión Social.

La adopción práctica, concreta y ejecutiva de las nuevas direcciones médico-sociales debidas a S. E. el 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 sólo la solución integral y moderna de los problemas del enfermo, sino también una reorganización de la profesión médica, que no tiene otra posibilidad 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 en 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 sólo recurrían a sus servicios los desvalidos sin hogar o los aquejados de dolencias muy graves. Están frescos en la mente de todos ciertos episodios y se sabe que aún perdura en algunos ambientes la idea de que al hospital se va sólo a morir, a esperar la muerte.

Frente a exponentes concretos de la arquitectura hospitalaria, el pueblo terminará por olvidar esas reminiscencias para comprender que el hospital es un establecimiento indispensable para curarse y del cual no podrán prescindir ni las clases pudientes, aunque 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 sólo *casas de enfermedad*, sino *casas de salud*, de acuerdo con la nueva orientación de la medicina,

la cual tiende a evitar que el sano se enferme, o a vigilar al sano para tomarlo al comienzo de cualquier padecimiento cuando éste es fácilmente curable.

En otros términos, trataremos primero de transformar los hospitales -que actualmente son centro *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, para que 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 un 65 % por los no pudientes, los más necesitados del apoyo de la Nación.

En esta materia, cuanto más alta es la inspiración moral que nos decide a obrar, menos mundana resulta la obra.

El cuerpo médico de nuestros hospitales ha procurado siempre compensar sus deficiencias técnicas y la pobreza en que todavía se debate, 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 éste que no domina en otros países, los cuales exponen con orgullo sus grandes nosocomios, pero exhibiendo en las puertas las leyes de asistencia, puertas que cierran para el extranjero y leyes que obligan a todo beneficiario a pagar su asistencia médica.

Pero tenemos mucho por hacer.

Nos espera una inmensa tarea, que aún 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.

Si se tiene en cuenta que son necesarias de 10 a 13 camas por cada mil habitantes (1 a 1,3 %)¹ para atender a nuestros enfermos, deberíamos contar, como mínimo, con 160.000 camas en todo el país, y sólo 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 estamos propugnando.

Pero, no solamente tenemos el déficit *cuantitativo* que acabo de señalar, sino que existe, paralelamente, otro *cualitativo*.

¹ Consignamos esta cifra en 1947. Hoy tenemos, en 1951, 111.000 camas y necesitamos llegar a 180.000, dado el aumento vertiginoso de la población. El déficit sigue, pues, igual.

En materia de asistencia al crónico, al convaleciente y al anciano, estamos, apenas, en los rudimentos; con esta finalidad no contamos ni siquiera con un millar de camas para resolver aquellos problemas que, por su naturaleza, son muy penosos y escapan a toda ayuda y a todo control del médico y de la sociedad. ¿Qué tendríamos que decir 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 más emoción y buena voluntad que conocimientos técnicos; por eso pecan de superficialidad. Han encontrado paliativos, sin acertar con las verdaderas soluciones de fondo, que son de índole económica y social, y no del exclusivo resorte de la ciencia médica.

Lo mismo diré de los 1.700 muertos por año en accidentes de trabajo y de los 340.000 traumatizados, así como del abandono del Estado de la rehabilitación y recuperación de los mutilados, verdaderos parias de nuestras cajas de seguro; lo mismo diré de las fecundas madres, sobre todo las de las llamadas provincias pobres, quienes no se sabe cómo serán asistidas en el parto y cómo atenderán luego al hijo.

La obra de asistencia médico-social de las maternidades, iniciada hace dos décadas, ha quedado relegada a los centros urbanos, no 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 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 la misma manera.²

Lamentablemente, este problema no es sólo argentino; de él padecen todos los pueblos de América Latina. Nuestras dificultades son similares. Estoy seguro de que en Colombia o Venezuela algún compañero debe estar diciendo lo mismo que yo y tal vez llegando a soluciones parecidas. A él mi saludo y mi afecto.

No señalaría éstas y otras deficiencias si no abrigara el firme propósito de repararlas, aparte de que esperamos completar 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

² Estas deficiencias —señaladas en 1947—, por lo menos en lo que se refiere al Ministerio de Salud Pública de la Nación, han sido subsanadas. La prueba está en este mismo libro.

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 cosechan 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 a la Nación, a la educación común y a la formación espiritual del pueblo.

Los diecisiete millones de habitantes de nuestro suelo pagan un tributo anual a la muerte que puede estimarse en 12 fallecimientos por cada mil personas. Esto significa que, anualmente, tenemos 168.000 bajas por muerte. 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 en el mismo nivel de esos pueblos, podríamos evitar esos tres muertos por cada

mil, lo que significaría un ahorro de potencial humano de 42.000 seres salvados en el año, con sólo valorizar y organizar debidamente nuestra asistencia médica y nuestra sanidad nacional. Evitando esas muertes que representan, por otra parte, un capital de inversión de 210.000.000 pesos moneda nacional por año, salvaríamos un equivalente de factores de consumo y producción.

Esas 42.000 muertes ahorradas implicarían, de acuerdo con los índices proporcionales, una cifra de enfermedades evitadas que resulta de multiplicar aquélla 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, 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 m\$ 200.000.000 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 dejaron de perderse, puesto 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 ambulatorios que internados. Todo depende de una eximia organización de los

consultorios externos, fundada en la asistencia en equipo y en forma seriada; de ese modo, un peso invertido en el consultorio externo rinde cinco veces más que una suma igual invertida en camas de asistencia.

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, mucho antes de que aparecieran 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 ésa, 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 medio del lenguaje simple y popular de los números. Sé demasiado que la vida humana no cuenta en las estadísticas, y que la salud del pueblo es la mejor fortaleza de la patria y la más segura garantía para 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, quien nos manda cuidarlas como a 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 el materialismo, cayendo, por eso, sin la piedad de Dios, deshonorados ante la historia.

La consideración del problema del enfermo -o si se quiere, del inválido-, tomando el concepto en su más amplio aspecto jurídico y social, y desde el punto de vista médico, no sólo 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 la necesidad de 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 no es 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 demasiados técnicos, enfrascados en la investigación de alteraciones anatómicas o funcionales, olvidando a menudo que el enfermo es un complejo no sólo somático, sino también psicológico y social.

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 el propio mundo interior. Cuando llega la enfermedad, ésta no sólo perturba el funcionamiento de sus órganos, sino también todo ese conjunto de esfuerzos acumulados y de sacrificios que, por lo general, se viene abajo estrepitosamente. Los médicos, si sólo vemos la enfermedad, si sólo indagamos el órgano enfermo, corremos el riesgo de pasar por alto ese pequeño mundo que envuelve al individuo como algo imponderable, como una delicada red tejida de ensueños y esperanzas. Mientras los médicos sigamos viendo enfermedades y olvidemos al enfermo como unidad psicosocial, seremos simples zapateros remendones de la personalidad humana.

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

Pero ésta 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 de la cultura.

Cultura y civilización son las coordenadas que determinan fundamentalmente la actitud del hombre ante Dios y ante el Universo. Pero para librar esta guerra de dos frentes, el hombre necesita una cuidadosa preparación, que lo instrumente eficientemente. Necesita, ante todo, de la salud. La salud no es, en sí misma y por sí misma, el bienestar, pero sí es condición ineludible del mismo.

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.

El hombre de nuestros días no es más un domesticador de animales. Su ambición no se satisface ya con colonizar en su provecho los tres reinos de la naturaleza. En lugar del aterrorizado hombre de las cavernas, el hombre de hoy ha hecho sus esclavos a la electricidad

y a la fuerza nuclear, y será pronto el empresario de las fuerzas del mar y del sol.

Estamos frente a un poder peligroso, que puede ser catastrófico para el hombre mismo.

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 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!

Nuestra 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 sólo sobre el fundamento de la solidaridad humana se puede asentar la obra de la medicina social y de la ciencia de la salud pública.

En otro sentido, también los adelantos de la técnica han llegado a constituir un peligro para la especie humana. Me refiero no sólo 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 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, porque 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 digno.

Bien lo establece la declaración inicial de la Organización Mundial de la Salud, cuando afirma: "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 previsiones 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.

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 originados por el incremento industrial. Pero, esos riesgos 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 de 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".

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". Orienta su acción, no hacia los factores directos de la enfermedad, los gérmenes microbianos, sino hacia los indirectos, la miseria y la ignorancia, comprendiendo que los componentes sociales: la mala vivienda, la alimentación inadecuada y los salarios bajos, tienen tanta o más trascendencia en el estado sanitario de un pueblo, que la constelación más virulenta de agentes biológicos.

Los gérmenes 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 envuelven el urbanismo, el llamado progreso y la carga de males que es el precio que hay que pagar por la civilización.

La medicina debe, no sólo curar enfermos, sino enseñar al pueblo 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, la natural.

En este momento, sólo el 17% de las personas muere de muerte natural. En cambio, fallecen por enfermedades del corazón y de los

vasos el 33%, de cáncer el 10%, de tuberculosis y enfermedades del pulmón el 20%, etcétera.

Es evidente que la mayoría de la gente muere demasiado pronto. 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, tales compañías estarían en quiebra.

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 era 26 años; en el XVII, 34; en el XIX, 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 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 tanto en la dinámica

social que alteren la biología de las masas, y con tal de 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. Sólo 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 Steinach 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 Mulfort, sino para que alguna vez podamos repetir, frente a un ser querido, las palabras bíblicas: "y murió viejo y cansado de la vida".

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 aquí 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.

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 hasta 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: la 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, tal como lo quiere el general Perón.

La libertad y la salud son dos bienes imponderables que, por su misma inmaterialidad, sólo se aprecian, en su valor inmenso, el día 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 representantes de los pueblos americanos para organizar la defensa en común del caudal biológico del continente y, desde ese momento, quizá 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 nacionalidades, de todas las asechanzas que amenazan su salud, de todos los agentes que pudieran afectar su vitalidad y su capacitación 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 geográficos 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 veintinueve naciones de América donde se enuncian normas de protección sanitaria para todos los pueblos del continente, afianzando por medio de un tratado internacional, 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.

En virtud de estos antecedentes de gran jerarquía moral, pudieron sancionarse hace cuatro años las directivas fundamentales de la nueva orientación de la medicina sobre la definición básica de lo que debe entenderse en el mundo por salud, y, como ya lo he señalado en otras oportunidades, coincide en apreciar en la salud no sólo 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 la declaración básica de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.). 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.

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 las familias, si no se protege y subsidia a la maternidad, se planifica la vivienda higiénica al alcance de todos y se organiza la economía nacional con sentido biológico; en una palabra, hasta que el nivel de vida del pueblo le permita llegar sin esfuerzo a las fuentes de la cultura y de la higiene, es decir, a los auténticos sostenes de la salud física, espiritual y social.

Para Grecia y Roma, la salud fue siempre un ideal consustanciado con la democracia, pues para ellos no podía existir armonía en la sociedad de los hombres, sin la 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 porque amplía con su lente los pequeños y grandes factores del bienestar humano.

La conquista del bien colectivo de la salud ha sido concretada sacrificio sobre sacrificio, sobre la base del corazón y del 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.

Alguna vez hemos calculado lo que se pierde en nuestro país por razones de enfermedad, llegando a la conclusión de que esas pérdidas suman m\$ 4.000.000.000 por año.

Pero éste 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 meditado sobre lo que vale un argentino en relación con 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 están 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 sólo 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.

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, lamentablemente, en nuestro país, el sentido social de la medicina no ha sido aún totalmente apreciado por el cuerpo médico, sin dejar de reconocer por ello la existencia de espíritus

selectos y precursores que, desde hace años, intuyeron el gran problema nacional que hoy se resuelve por la política social de los gobiernos.

Las cuestiones vinculadas con la madre y el 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 tenga el hijo, pueda defenderse de las contingencias posibles, o bien proporcionar al padre, junto con el sentido de la responsabilidad, los medios materiales para atender al nuevo hijo. Todo ello vale más que rodear al parto de lujos sanatoriales, que de hecho y biológicamente son menos indispensables.

Los factores que gravitan en el mundo actual para reducir el valor de la salud son, a nuestro juicio, varios:

1. La vida artificial, impuesta por la civilización. Eso sólo 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 nutritivo que tienen estando crudos. Sabemos muy bien que hasta ahora ningún

alimento artificial puede reemplazar al natural: los especialistas en puericultura no han inventado aún un alimento capaz de sustituir a la leche materna. Sólo 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 alimentaba exclusivamente de alimentos en latas y de fiambres. Casi todos ellos carecían de cocina.

2. El sedentarismo que se produce como secuela de la concentración de población en los grandes centros urbanos, y los tristes frutos que se recogen de esta situación, tales como las infecciones, los malos hábitos, la falta de luz, la contaminación del suelo y la falta de higiene. Todo esto se puede combatir 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, al fin de cuentas, es una rama de la higiene, porque no podrá existir 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 su 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; a pesar de los enormes progresos de la terapéutica y de la cirugía; a pesar de la inteligencia social con que se están abordando los problemas médicos; a pesar de que vamos reduciendo rápidamente el área palúdica y 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 hospicios están atestados de enfermos; la mortalidad por cáncer no ha disminuido, por el contrario parece crecer; una tercera parte de los hombres muere por enfermedades cardiovasculares y 12.000 tuberculosos deambulan por el país sin tener dónde internarse.

Cada época tuvo sus problemas sanitarios. Así, en 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 1950, con los antibióticos, su cifra es despreciable. El problema ha

desaparecido. En 1900, aun 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 renales provocaban el deceso de 155 personas por cada cien mil; hoy sólo 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 sólo 112 bajas por cada cien mil habitantes, hoy ocasionan 355. Sólo la medicina preventiva, al descubrir precozmente al cardíaco, puede aliviarnos de este 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 a 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 de 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 que llega a los sesenta y dos años es muchísimo mayor que en 1900.

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 y que hoy no determina más que 10 fallecimientos, lo que es una cifra inapreciable.

La diabetes es otro problema social, pues sus líneas de frecuencia son fuertemente ascendentes. En 1900, no figuraba entre las diez principales causas de muerte, pero ya en 1910 aparece con 16 fallecimientos por cada cien mil; en 1920 sube a 19; en 1930 llega a 26 y actualmente tenemos 45. Todo ello a pesar de la insulina.

En cambio, las enfermedades del hígado y de la vesícula que en 1900 producían 34 muertos por cada cien mil 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 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, con el fin de tratarlos precozmente y evitar las invalideces provocadas por esta enfermedad tan multiforme y compleja.

El ausentismo es otro serio problema que influye poderosamente sobre el rendimiento obrero. 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 o los productos antihistamínicos, 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. Estados Unidos, 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 podemos afrontar una vacunación en masa de todos 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 accidente supone, en proporción, 200 heridos, llegamos a la conclusión de que la traumatología y cirugía de urgencia deben atender en el curso de un 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, en el hogar y en los ambientes no industriales, porque de allí procede el 80% de los accidentados.

Toda esta exposición -heterogénea, miscelánea y de simple ejemplificación- tiende a probar que la Medicina Social constituye una rama fundamental del gobierno y que las orientaciones económicas exigen que el higienista actual sea, al mismo tiempo, un sociólogo y un estadista. Del mismo modo un organizador de hospitales no puede dejar de saber arquitectura y conocer la

ciencia de la administración. 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 nivel 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!".

El primer planteo es el de saber si existe una política sanitaria. Podemos contestar afirmativamente; pero es indudable que ella no existió hasta que no se tuvo una política social y económica, y, si actualmente la sanidad tiene personería oficial y hay una política de salud pública, es gracias a que previamente se ha estructurado una doctrina política y económica, que nació y sigue desarrollándose merced a nuestro presidente y líder, porque de él emanan, en efecto, las ideas directivas y es él quien ha inspirado nuestra doctrina médico-social. Lo que nosotros 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 sólo entonces el pequeño y modesto organismo nacional fuera a salvar los escombros con escasos recursos y pobrísima inspiración.

Han pasado solamente cuatro 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 en el lugar donde se presenten y casi siempre antes de que aparezcan en el lugar, resolviendo los problemas en cualquier lugar de nuestra patria, desde Tierra del Fuego hasta La Quiaca.

¿Qué es política? Según la definición clásica, es el arte o la ciencia de gobernar³. Dicho arte o ciencia, para que exista como tal, requiere previamente una organización de ideas y de principios que pueden constituir o no un sistema, pero que tiene un fin práctico inmediato: el manejo racional de la cosa pública para el servicio del bienestar general -del bien común- de los habitantes de determinado país, pueblo o nación.

³ Esto lo escribimos en 1947. Hoy, en 1951, entendemos por política la Nicología y por ciencia del gobierno la Cibernología. Véase Carrillo, "Biopolítica", en *Contribuciones al conocimiento sanitario del hombre*.

Entendida así, la política existe. 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.

A través de la 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, la conceptuaron, después, 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 del Renacimiento, la enfermedad fue considerada, dentro de las teorías democráticas, como un mal que debía ser subsanado 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.

Sucede que en las democracias no se llegó rápidamente a una sistematización, a una doctrina estatal sobre la salud, porque realmente la salud, como materia de Estado, apenas comienza a estructurarse en 1853, con las primeras conferencias internacionales. Por eso, nuestra Constitución no hablaba ni una palabra sobre salud pública; a lo sumo mencionaba el concepto de bienestar general, pero sin adquirir dicho concepto las precisiones que tenía el texto en materia de educación o de aduanas o de defensa militar nacional. Nuestra nueva Constitución, en cambio, ha incorporado ya la materia de salud pública a los dictados básicos de la organización nacional.

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 ésta no puede existir 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 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 carencia 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, mejor, provincias olvidadas?

¿Cómo puede enorgullecerse la medicina de aplicar sus técnicas cada vez más perfectas para resolver situaciones individuales, si por cada caso que soluciona 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.

Para comprender bien nuestros objetivos de gobierno en materia sanitaria, es necesario fijar previamente 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 cien 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 aumenten 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 bajo y el coeficiente de inteligencia también inferior.

La condición social, constituida por el régimen de trabajo y las formas diversas de existencia, determina 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 morbi-mortalidad más elevados. Éste es un hecho que nadie discute aquí ni en ninguna parte. Se comprende, entonces, cuánto sentido encierra la frase del

general Perón, pronunciada al inaugurar la Primera 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 que está relacionado con el de la seguridad social y al del bienestar, como hemos sostenido nosotros en nuestro artículo sobre la Doctrina Peronista del Bienestar Social.⁴

La frase del presidente de la Nación 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 de cada individuo de cuidar su propia salud, en el estado de su 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 capaz de producir y rendir, ha costado

⁴ Revista continental *Yapeyú*, junio de 1947, nº 55, y Archivos de Salud Pública, julio de 1947, nº 8, t. II.

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 dieciocho 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 de solidaridad social de no violar los principios sanitarios, ya sea por ignorancia, por descuido o por despreocupación.

Hasta sería aceptable la sanción de un Estatuto de la Salud, que todos los ciudadanos contraeríamos el compromiso moral de respetar.

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. Ésta debe contener otros elementos de juicio: profesión, psicología, sistema de trabajo, alimentación, organización familiar, etcétera.⁵

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 sólo en estos últimos cuatro 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: 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 un descenso en la mortalidad infantil en el norte, que no sabíamos a qué atribuir. Como éste coincidió con la "dedetización" de la zona, pensamos que habría sido consecuencia de la desaparición de las moscas. 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 excelentes 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 la sombra de las sombras que fueron hasta hace tres años aproximadamente, pero nadie discute que falta mucho por hacer y que apenas estamos en el comienzo de una obra efectiva, concreta y orgánica.

He hablado de política "sanitaria" pero, 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 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 distintos 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 dificultades 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.

Fue necesario que la política sanitaria argentina se afianzara sobre bases jurídicas nuevas y actuales.

El Congreso Nacional sancionó en 1947 las leyes 13.012 y 13.019. La primera es la base del Código Sanitario Nacional. Consta de seis artículos, de los cuales el tercero tiene cincuenta y nueve incisos. El artículo segundo se refiere a 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 contemplaba explícitamente en nuestra Carta Magna. En el artículo tercero, se enumeran todas aquellas facultades del organismo nacional de salud pública y se consignan 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 se 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 13.019 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 veintiséis. Éstos están destinados a dirigir 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 13.019, se han instalado todos en un solo año. Era necesario comenzar por ahí, porque esos institutos están destinados a formar a los técnicos que harán los planes de detalle para la ejecución de cada uno de los trabajos. Es claro que estos institutos no tienen todavía un desarrollo amplio, pero ya existe el núcleo central; los desarrollos posteriores vendrán en los próximos años. Por ahora, de algunos institutos sólo tenemos las plantas pilotos.

¿Cómo se han aplicado o se están aplicando estas dos leyes básicas, la 13.012 y la 13.019? 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. Ése 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 13.019 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 que, si se ponen en funcionamiento, reducirán en mucho la necesidad de dichos hospitales. El ideal sería que éstos 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, a quien agradaba, en la anécdota ya citada, el espectáculo de un hospital sin enfermos.

¿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, que soporta 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, etcétera) 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 o 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 asistencial se ocupa exclusivamente del medio interno; la sanitaria, del medio físico y del bacteriológico; la social, del medio económico familiar y profesional.

La asistencial toma a su cargo ese microcosmos que es el individuo; la sanitaria, el mesocosmos que es el medio ambiente físico-químico 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 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 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 co-causa de las enfermedades degenerativas (por ejemplo: cardiopatías, cáncer, diabetes, reumatismo).

Éstas son las tres grandes ramas del Ministerio 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, puesto que allí donde se hace medicina individual, se deben hacer medicina sanitaria y medicina social, y viceversa.

La acción del Ministerio de Salud Pública tiende a concentrarse en cuatro objetivos:

- 1) llevar al país a tener una cama por cada 100 habitantes, o sea, 10 camas por cada mil habitantes;
- 2) organizar la profesión médica;
- 3) llevar a todo el territorio la acción, por medio de *campañas integrales*, tomando zonas geográficas y sociales para exterminar las enfermedades endémicas, como la uncinariosis en Corrientes, el paludismo en las provincias del nordeste, el tracoma en las provincias del centro;
- 4) redacción definitiva del Código Sanitario de la Nación, de

acuerdo con lo dispuesto por el artículo 10 de la ley 13.012.

Voy a insistir brevemente sobre la falta de camas. Está establecido que un país bien organizado debe tener diez camas por cada mil habitantes, que se repartirán según las distintas especialidades. Se toma como ejemplo para establecer los índices mínimos a países como Suecia que han logrado, entre otras cosas, hacer desaparecer la tuberculosis, porque llegaron a disponer de una cama por cada tuberculoso que se muere.

Nosotros, en cambio, tenemos 16 mil tuberculosos y 4 mil camas, es decir, un déficit de 12 mil camas⁶. 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 precozmente a todo tuberculoso, 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 13.019, se calculan en 80 mil camas las necesidades totales de la Nación. Con la elevación del número de camas también se solucionaría, entre otros, el problema de los alienados y de los leprosos.

⁶ Estos datos son de 1947. En 1950 hemos consignado las nuevas cifras. Véase el libro del doctor Tassart, 1951: *El descenso de la mortalidad tuberculosa en la República Argentina* y el libro de Ramón Carrillo, *Contribución al conocimiento sanitario del hombre*.

Nuestro país, con 16 millones de habitantes, debería tener 160.000 camas para todo tipo de afecciones, comprendiendo las clínicas, las de cirugía, las propias de la maternidad, las ginecológicas y las del niño, las de cirugía especializada, las de asistencia de alienados, las de los sanatorios para tuberculosos, las de las colonias para leprosos, etcétera. Actualmente 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 el cálculo de la población era de 14 millones de habitantes en todo el país; por eso el déficit calculado aparecía entonces sólo de 80.000 camas. A casi cuatro 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. Sea cual fuere el déficit, lo cierto es que se ha reducido en 10.000 camas, computando en esta cifra sólo lo habilitado por la Nación⁷

El déficit se reducirá enormemente cuando comience la habilitación de

⁷ Ya dijimos que, a la fecha de impresión de este libro (1951), hemos llegado a 111.000 camas en todo el país.

los hospitales proyectados por la Nación, las provincias y la Fundación Eva Perón hasta cubrir la diferencia en cinco años.

Muchas veces nos hemos preguntado cuánto pierde el país por causas de enfermedad. Los cálculos hechos en Estados Unidos demuestran que allí se pierden 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 m\$ 32.000, término medio, llegamos también a millones.
3. Las cifras de pérdidas más altas se originan por las enfermedades banales: resfríos, gripes, dolencias transitorias, *minor*

deseases, 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 aquellas enfermedades. A un salario medio de m\$ 10 diarios, resultarían m\$ 400 millones perdidos anualmente en concepto de "ausentismo" por enfermedad.

A esto hay que agregar lo que el Estado y los institutos privados gastan para atender a los individuos que se enferman y lo que el individuo invierte por su cuenta en su curación, y el valor del trabajo que se pierde. Puede calcularse, en total, en m\$ 400 millones al año, lo que se gasta en nuestro país para el sostenimiento de establecimientos médicos.

Estimamos que el público consume en todo el país, medicamentos producidos por la industria farmacéutica y la farmacia, por valor de más de m\$ 200 millones. 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 efectivo. Y Jean Bodin, en 1576, fundador de la economía, afir-

mó, 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, lo han olvidado totalmente. Al tecnicismo bancario y contable pareciera que sólo 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 algunos 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 el hecho de que gastemos todo lo que sea necesario en defensa de su salud y, por ende, de su capacidad de trabajo.

La civilización es un concepto sobre el progreso humano que se refiere al adelanto material; la cultura se refiere estrictamente al progreso espiritual. En la evolución de la salud pública argentina -y en la de todos los países del mundo-, se advierten seis etapas de civilización sanitaria:

1. falta de toda organización médica;
2. asistencia caritativa de urgencia;
3. sanidad y profilaxis de las enfermedades infecciosas, organizadas por el poder público;
4. asistencia médica completa con internaciones;

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).

La primera etapa, la prehistórica, es aquella en la que falta toda organización médica, 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 urgente. 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 de la sanidad. Cuando un enfermo se muere y no se sabe qué enfermedad infecciosa lo ha llevado a la tumba, se establece por intermedio del comisario del pueblo, por ejemplo, el cordón sanitario que generalmente se confunde con un cordón policial. La actitud del comisario del ejemplo, sugiere, pese a su modestia, la etapa primaria de la sanidad organizada por medio del 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 ya 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 sobreagregadas. 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 el Ministerio 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 nuestro Ministerio se hace cargo del mismo y se cumple el proceso de estabilización del servicio público.

Ésta 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 aún 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 social.

Los servicios fueron caritativos al principio; se hicieron científicos más tarde y se completaron con una sanidad. Sólo 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. Sólo ahora nosotros estamos iniciando la etapa social de la medicina.

Prevedemos para el futuro el desarrollo de una nueva etapa -la sexta etapa- que irá más allá del servicio social: la etapa de la cultura sanitaria. El hospital, con el tiempo, no sólo 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 sólo le pertenece a ella sino a toda la Nación. Ya lo estamos haciendo en los pequeños hospitales de 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 en 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" 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 psique, 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 lo trata. 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, aún 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 sublimice frente al hombre-social, frente al hombre-familia, al hombre-sentimiento y descuide un poco su inmediato quehacer cotidiano con el hombre-somático; sólo así será médico un hombre culto y digno de su medicina, la más noble de las ciencias del hombre. He dicho que el progreso 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 sólo 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.

Los pueblos del interior, sin asistencia, viven en la prehistoria. Hay que llevarles la civilización que es el hospital. En los pueblos que ya tienen hospital, hay que llevar a éste un nuevo espíritu y al pueblo la cultura sanitaria, que es la medicina preventiva, síntesis del concepto de salud.

Para que la política argentina de salud pública pueda ser una realidad concreta -insisto- es necesario que a nuestros colegas, los médicos, los entusiasmemos 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 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 con ese dictado práctico de la medicina individual. Hay que destruir ese dogma, que es perjudicial para la concepción de la medicina social.

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.

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, de hacer la historia y crear los emblemas y tradiciones. En ese hombre está la verdadera riqueza, la verdadera Nación. Cuidar de ese hombre, cuidarlo física y mentalmente, es la mayor responsabilidad del Ministerio de Salud Pública.

Por eso, cuando se afirma 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- dependen 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 pido no se tomen mis palabras con un sentido material, porque el dolor, el sufrimiento humano, no puede ser objeto de especulación, ya que es un don, el de la vida y es un don el de la salud, que nos vienen de Dios con el fin de 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.

Todas estas ideas generales las debe conocer y asimilar un arquitecto porque le corresponderá proyectar:

1. hospitales de todo tamaño y tipo según las diferentes regiones;
2. institutos de los más diversos fines y orientaciones;
3. centros médicos ambulatorios variados y funcionalmente diferentes;

4. centros sanitarios, centros de salud y ciudades-hospitales; con respecto a estas últimas cabe afirmar que cada día que pase conquistarán nuevos adeptos entre los hombres de gobierno y entre los técnicos en hospitales.

Si el arquitecto no está compenetrado del espíritu y la doctrina de salud pública, no podrá comprender nunca una arquitectura social como es la arquitectura hospitalaria y la arquitectura vinculada con las diversas especialidades de la medicina.

Si el médico ignora los principios que enuncio en estas páginas preliminares, no podrá ser un médico de salud pública consciente y responsable de su misión.

Si el médico sanitario ignora la técnica de la planificación y la administración de un hospital, que expondré más adelante, no puede ser un director de establecimiento ni ocupar cargo directivo alguno dentro de la repartición.

A ellos van dirigidas estas normas y estas orientaciones modernas recogidas de la experiencia.

He tratado de crear en la clase médica la preocupación, ahora inexistente, acerca de la administración sanitaria.

El 9 de diciembre de 1947 propuse, en el Congreso Nacional de Medicina, al inaugurarlo en La Plata como ministro de Salud Pública, que se creara una sección de "Planificación Hospitalaria". La ciencia de la *Organización*

Hospitalaria resulta de la necesidad de administrar racionalmente los establecimientos asistenciales y estudiar los nuevos proyectos en relación con las funciones. Declaré entonces "que en esa materia estamos en los primeros balbucesos, por no decir en pleno empirismo. Nuestros médicos -salvo excepciones de 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 con los servicios".

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, y siguió con Taylor y con Fayol. Ellos hicieron la filosofía de la organización, pero no podemos olvidar a Solvay, creador de la "energética social", ni a Goldscheider, el visionario de la economía humana, los que, a principios de este siglo, percibieron cosas que sólo ahora nosotros estamos redescubriendo. Actualmente, estas ideas están entrando en su fase de aplicación práctica. Aquellos hombres eran teóricos, visionarios; nadie pensó entonces que años después sus doctrinas iban a tener vigencia y actualidad, y que evitarían, en cierto modo, el choque del individuo con la sociedad.