

## Coyuntura Crítica y Cambio Institucional en Salud: Argentina en los Años '40

### Critical Situation and Institutional Change in the Health Sector: Argentina in the 1940s

Susana Belmartino<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup>Lic. en Historia, Universidad Nacional de Rosario (UNR), Argentina. Doctora en Historia, Université d'Aix-Marseille, Francia. Docente-Investigadora, UNR. Miembro del Consejo de Investigaciones, UNR. susanabelmartino@hotmail.com

**RESUMEN** Los años '40 fueron testigo en Argentina de profundas transformaciones en las políticas de atención médica. En esta reseña se presenta la propuesta que lideró en la provincia de Santa Fe el ministro de Salud Pública y Trabajo, Abelardo Yrigoyen Freyre, titular de esa cartera entre 1941 y 1943. El texto enfatiza la necesidad de profundizar el estudio de los procesos de cambio institucional tanto a nivel nacional como provincial partiendo de conceptos y categorías uniformes, de manera tal de potenciar la capacidad explicativa de la historia a través de análisis comparativos.

**PALABRAS CLAVE** Historia; Política de Salud; Planificación Sanitaria; Innovación Organizacional; Salud Pública.

**ABSTRACT** The 1940s witnessed deep changes in Argentina health care policies. This summary presents the proposal led in Santa Fe by Abelardo Yrigoyen Freyre, minister of Public Health and Labor between 1941 and 1943. This article emphasizes the need to deepen the study of both national and provincial processes of institutional change, starting from uniform concepts and categories, so as to enhance history's explanation capability through comparative analyses.

**KEY WORDS** History; Health Policy; Sanitary Planning; Organizational Innovation; Public Health.

Las condiciones de emergencia y consolidación de los cambios en las relaciones Estado-Sociedad que caracterizan los años '40 en la Argentina –que reproducirían en tono menor las identificadas con la consolidación del Estado de Bienestar en el occidente europeo– son tema de debate en la historiografía y la ciencia política argentina. Los avances de las últimas décadas no han logrado superar algunas ambigüedades en el léxico utilizado para caracterizar ese formato institucional, que se sostiene con avances y retrocesos hasta los últimos años '80.

Aunque existe un reconocimiento generalizado de la fragmentación de los beneficios otorgados en diferentes arenas de política social como fuente de desigualdades que se suman, y en algunos casos, potencian las emergentes de las relaciones económicas, un número significativo de analistas sigue utilizando la categoría Estado de Bienestar para identificar esa institucionalidad limitada. La introducción en los últimos años de referencias al Estado Social no hace sino aumentar la ambigüedad del concepto, ya que pocos se preocupan de especificar los parámetros que justificarían su aplicación a la fragmentada y heterogénea gama de derechos sociales que históricamente se ha reconocido a la ciudadanía argentina (a).

Pocos avances se han generado igualmente en el develamiento de los procesos de cambio institucional verificados en los años '40. Sabemos mucho del antes y el después, hemos sido capaces de identificar continuidades y cambios, pero poco avanzamos en la explicación del proceso de emergencia y consolidación de las nuevas reglas de juego, en particular en lo referente a las políticas de salud y al rol cumplido por las agencias del aparato estatal en la redefinición de las relaciones entre los actores involucrados en el sistema de servicios de atención médica. El déficit se torna más evidente cuando se trata de reconstruir la historia de las políticas de salud a nivel provincial, y obtura cualquier posibilidad de avanzar en términos comparativos.

Esta reseña procura poner de manifiesto las dificultades que enfrenta el historiador cuando debe ubicar en el contexto institucional e ideológico propio de esa coyuntura, los proyectos de políticas de salud pública gestados en una administración provincial, en este caso la correspondiente a la provincia de Santa Fe.

En ese contexto histórico e historiográfico, el discurso de Abelardo Yrigoyen Freyre reúne sin duda méritos para ser calificado como documento digno de atención (b). En términos cronológicos se ubica en el proceso de salida de una muy compleja coyuntura histórica; en el registro institucional expresa el pensamiento de quien se autorreferencia como titular del primer Ministerio de Salud Pública y Trabajo instituido en el país; en el campo de las ideas, sistematiza una serie de referentes vinculados a la incorporación del calificativo social como identificador de nuevas preocupaciones emergentes en la práctica y el conocimiento médicos.

## EL REGISTRO INSTITUCIONAL

Los referentes institucionales que Yrigoyen Freyre defiende tendrán amplia vigencia en el pensamiento social, político y sanitario argentino a lo largo de décadas: el derecho a la salud, la responsabilidad del Estado en garantizar su ejercicio, un enfoque integral de la medicina como única forma organizativa idónea para efectivizarlo. Aboga en consecuencia por la conformación de un sistema de servicios único, a cargo del Estado, con unidad de comando a nivel nacional, con distribución geográfica acorde con la presencia de población y estratificado según niveles de complejidad, acceso igualitario gratuito a la atención médica y a condiciones de vida dignas para la totalidad de la población. Dotado, además, de un sistema técnico administrativo único y unificación de la historia clínica.

Es necesario tener en cuenta, sin embargo, que no estamos escuchando la voz de un visionario, recogiendo las primeras manifestaciones de un pensamiento innovador. La preocupación por definir las nuevas bases doctrinarias que sustentarían la reorganización de los servicios de atención médica se manifiesta en el país a partir de los años '20, en paralelo a la constatación del agotamiento de las formas organizativas vigentes. Un consenso relativamente amplio evaluaba como inoperante la actividad del Estado en la gestión de las organizaciones del sector público y en la regulación de la actividad privada. Una lectura crítica de la cuestión jurisdiccional que

sancionaba la autonomía de las provincias en materia de salud pública, la ineficacia e ineficiencia resultante de la fragmentación observable en las modalidades de organización y financiamiento de la atención médica, problemas relacionados con la producción y utilización de medicamentos, cuestiones apremiantes de policía sanitaria y otros temas relativamente menores conformarán una agenda de cuestiones que en los años '30 llega a la opinión pública a través de los medios y contribuye a redefinir la perspectiva con la cual técnicos y políticos abordan la problemática de salud/enfermedad/atención médica.

Las coincidencias en el diagnóstico acerca de las falencias no facilitan los acuerdos sobre posibles bases organizativas. La reiteración de vocablos como *coordinación* y *unidad de comando* oculta sólo parcialmente las diferencias en torno a los significados que se les atribuyen. La demanda que se vuelca sobre el Estado no supone coincidencias sobre los alcances y límites de su intervención. El discurso antiestatista, también presente en el debate, se desdobra al menos en dos vertientes: la que reivindica al individuo como entidad soberana cuyas prerrogativas no deben ser anuladas en nombre de cualquier tipo de interés superior, y aquella que, aun defendiendo la prioridad otorgada a los intereses del conjunto, propone una perspectiva antiburocrática y descentralizadora.

En los años '30 es posible identificar algunos enfoques que se reiteran en muy diferentes escenarios —el parlamento, las agencias del ejecutivo, el movimiento gremial médico, el movimiento mutualista, la prensa, las publicaciones especializadas— a medida que las bases conceptuales de organización de la presencia estatal en el sector se adecuan de manera paulatina a principios que empiezan a generalizarse en la discusión internacional sobre políticas sociales. Se habla de planificación, de integración de prácticas preventivas, de un posible abordaje integral del problema orientado a vincular trabajo, previsión, asistencia social y atención médica. En lo relativo a la búsqueda de mayor eficacia en la atención hospitalaria comienza a hablarse de regionalización, en el sentido moderno de organización según diferentes niveles de complejidad vinculados por mecanismos de referencia y contrarreferencia. También se pronuncian quienes

defienden la prioridad a otorgarse a la atención primaria, la confección de historias clínicas y la reducción de las estadías en internación (c).

### LA MUTACIÓN DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE SALUD/ENFERMEDAD

En paralelo con el debate sobre la necesidad y adecuación de nuevas formas organizativas, es posible reconocer algunos cambios significativos en las representaciones que la sociedad construye en torno a problemáticas vinculadas con la enfermedad. Ese registro también está presente en el discurso de Yrigoyen Freyre cuando historiza los fundamentos de la nueva institucionalidad que promueve. Su relato se inicia con los avances en la identificación de la etiología microbiana en las últimas décadas del siglo XIX, para datar el comienzo de lo que caracteriza como la *era profiláctica de la medicina*. En completa sintonía con la perspectiva optimista resultante de considerar al pensamiento científico como un instrumento infalible de promoción del bienestar, rescata además una conclusión socialmente significativa de los avances en ese campo: en la medida en que se profundiza el conocimiento de la etiología de la enfermedad, la medicina habría abandonado su preocupación dominante por el tratamiento del individuo enfermo y proyectado su intervención sobre el conjunto social. El siguiente paso es anunciado bajo condiciones de necesidad ineludible: la inclusión de la problemática referida a procesos de salud/enfermedad/atención médica en la agenda de gobierno, en estrecha vinculación con las funciones orientadas sobre problemas económicos y sociales, políticos y educacionales.

El excesivo sincretismo de ese recorrido puede ser redimensionado con alguna información complementaria.

En primer lugar debo reconocer que Pierre Rosanvallon, en su análisis del desarrollo del pensamiento vinculado al reconocimiento de los derechos sociales en Francia, avala en parte la afirmación de Yrigoyen Freyre cuando adjudica importancia decisiva a la transformación producida en la manera de concebir los vínculos

intrasociales como consecuencia de los descubrimientos de Pasteur. Conforme su interpretación, "la revolución pasteuriana entraña una mirada diferente de la sociedad sobre sí misma, modificando completamente la representación anterior de las relaciones entre lo individual y lo social". En su opinión, la revolución científica resultante de la teoría microbiana habría otorgado fundamento a una nueva filosofía social: el "solidarismo". Poniendo en evidencia la interdependencia existente entre los seres vivos, habría demostrado hasta qué punto cada individuo depende de la inteligencia y la moralidad de los otros (3, p. 171).

Tal como he argumentado en trabajos anteriores, la idea, aunque estimulante, no puede aplicarse sin matices a las condiciones de la salud pública en Argentina. Sin duda, las enfermedades infecciosas constituían, a fines del siglo XIX y comienzos del XX, una amenaza reconocida para la salud de las poblaciones, tanto urbanas como rurales. Sin embargo, una concepción de la enfermedad basada en la doctrina del contagio y convencida de la eficacia insuperable de la desinfección ubicaba en el exterior de la sociedad las causas de los procesos mórbidos.

La identificación del agente patógeno permitirá describir y catalogar al enemigo, al mismo tiempo que indica el producto químico más eficaz para su destrucción. El vocabulario militar se adecúa perfectamente a la concepción del problema: enemigos externos, ataque, defensa, ofensiva, campañas, plan. El arsenal sanitario imprescindible, la organización eficaz, descansa en el uso generalizado de la estufa de desinfección.

Las autoridades del Departamento Nacional de Higiene enfatizan en los primeros años del siglo la necesidad de elaborar una "base científica" (4, p.19), para el mejor conocimiento de las condiciones de desarrollo de endemias y epidemias. La estadística se convierte así en instrumento primario de la lucha contra la enfermedad, ya que permite conocer la índole y distribución del agente patógeno y planear la estrategia más eficaz para combatirlo.

Sólo en paralelo, las condiciones de la higiene urbana estimularán, en las primeras décadas del siglo XX, la introducción de matices a esa concepción de la enfermedad como algo exterior al conjunto social, cuando comiencen a difundirse las directivas de la llamada Higiene Social. El

calificativo *social*, que primero se aplica a la higiene y algo más tarde también a la medicina, remite en un primer momento al reconocimiento de la existencia de *enfermedades sociales*, cuya emergencia no puede vincularse de manera exclusiva con la presencia de un agente: bacilo, germen o virus, y por lo tanto requieren estrategias particulares para evitar su difusión. El alcoholismo, las enfermedades venéreas, la prostitución, las toxicomanías, cubrirán a lo largo de las primeras décadas del siglo la mayor parte de la conceptualización de la enfermedad referida a lo social.

La conciencia del peligro colectivo resultante de conductas individuales desviadas respalda la medicalización del espacio urbano. Las nuevas reglas se plasman en ordenanzas coercitivas o inundan revistas y manuales de todo tipo, orientados a la educación popular. Esta concepción que vincula lo social a dificultades en la integración o socialización de los miembros de la comunidad tendrá vigencia sostenida. Los análisis estadísticos que procuraban poner de manifiesto la incidencia de la pobreza en la emergencia de estas desviaciones no aportaban información concluyente que autorizara nuevas hipótesis de causalidad.

A lo largo de los años '20 los estudios generados a partir de la preocupación ante la mortalidad generada por la tuberculosis permiten sin embargo exhibir algunas certezas: causa los mayores estragos entre las clases indigentes y en los distritos más poblados, se afirma; también se utiliza como evidencia algunos estudios que verifican una asociación entre precios de los alimentos y nivel de los salarios por una parte, y mortalidad por tuberculosis por la otra (5).

En 1933 se propone la creación de la Comisión Nacional de la Tuberculosis. En la fundamentación del proyecto presentado a la Cámara de Diputados se habla de la necesaria solución "de los problemas de higiene social y de economía que actúan como factores determinantes de la enfermedad" (6, p.25). En el respectivo debate se ampliará el argumento: "Siendo la tuberculosis enfermedad de carácter eminentemente social, hay que oponer a su avance medidas de la misma índole: la acción contra el flagelo no será completa hasta tanto las condiciones de vida de la clase trabajadora no alcancen el nivel que corresponde" (7, p.342).

Con objetivos en parte coincidentes, también se proponen como necesario objeto de preocupación del Estado todas aquellas enfermedades que puedan causar invalidez o incapacidad, reclamando la acción dirigida a resguardar esa invalorable posesión colectiva que se identifica con la expresión *capital humano*: "El capital-brazo y el capital-inteligencia que el obrero incorpora a la empresa, valen más que el capital-dinero y merecen por tanto igual solicitud para su conservación" (8, p. 810). El valor económico de la vida humana, fundamento de la concepción neoclásica de intervención del poder público en la preservación de la salud, se reitera a lo largo de los años, ya en paralelo, ya en combinación con otras fundamentaciones de raíz ética.

¿Qué significa entonces lo *social* cuando se habla de procesos de salud/enfermedad? En una síntesis forzosamente esquemática podrían recuperarse las siguientes dimensiones: en un primer momento, peligro, amenaza, relajamiento de costumbres, daño moral. Resultaba simple pensarlo en el caso del alcoholismo o de las enfermedades venéreas. Podía reconocerse la existencia de ambientes o condiciones que predisponían al ser humano a exponerse a una situación potencialmente riesgosa. Para atenuar ese riesgo a nivel de la conducta individual, se propone una estrategia educativa que supone alertar sobre el peligro, estimular el impulso de preservación. Las prácticas desviadas podían suponer también situaciones riesgosas para el conjunto, que en tal caso se consideraría investido del derecho a la coerción. Higiene social y moral prácticamente se identifican: los postulados de una disciplina refuerzan el imperio de la otra.

Sin embargo, hay una enfermedad que escapa a ese marco: con la tuberculosis no es posible apelar al recurso de culpar a la víctima. No será suficiente formular reglas éticas para tranquilizar la conciencia de los sanos, ni preservarse tras la policía de costumbres para alejar el temor al contagio. Será necesario ocuparse de la vivienda obrera, de las condiciones de trabajo en fábricas y talleres, de la alimentación de los sectores populares, del aislamiento de los enfermos. Las exigencias de la profilaxis superan los recursos de la medicina. Ya no puede hablarse solamente de cuestiones científicas: se trata de un problema social y este vocablo diferencia las

ramas de la medicina o de la higiene que se ocuparán de proponer soluciones y levantar barreras ante la infección. Por último, la crisis económica por un lado, la guerra europea por el otro, potencian la importancia otorgada a la preservación del "capital humano". Argentina necesita trabajadores que impulsen la producción y soldados dispuestos a tomar las armas si fuera necesario. Lo social remite entonces a otro significado del vínculo solidario, centrado en el esfuerzo común, la integración al mercado de trabajo, la expansión de las posibilidades de producción y consumo.

No parece necesario recuperar en este espacio la paralela transformación de las perspectivas sobre asistencia y previsión social, que he desarrollado ampliamente en otro lugar (d). Me interesa sin embargo datar en torno a los primeros años '40 el momento en que asistencia y previsión se confunden en la fundamentación de proyectos de seguro, incorporando un matiz diferente a la idea de solidaridad. Conforme a esta concepción, el edificio social se levantaría sobre tres columnas: el Estado, los empleadores y los trabajadores; tres conjuntos solidarios en función de los intereses recíprocos que los vinculan. Estado y empleadores deben contribuir a la amortización del "capital-hombre"; los trabajadores deben también integrar su aporte para exigir como derecho aquello que han contribuido a financiar. La preservación de las generaciones futuras y el justo reconocimiento del trabajo ya realizado insertan la asistencia al niño y la pensión al anciano en la idea integradora de la solidaridad (10). A partir de estos avances, el vínculo solidario no estará ya limitado a la esfera privada de la organización mutual, al seno de la sociedad civil. Se lo ha politizado, incluyendo en el interés y el compromiso de asistencia recíproca la presencia antes elusiva del poder estatal.

Por otra parte, es necesario enfatizar que esta breve reseña destinada a recuperar algunos significantes no sintetiza un proceso lineal, fácilmente datable, sin contradicciones ni retrocesos, como sugieren las expresiones de Yrigoyen Freyre. Los diferentes referentes ideológicos parecen estar presentes desde el comienzo; los cambios son modificaciones en el énfasis, en la asociación de diferentes contenidos, en el peso de cada uno de ellos en el discurso de los principales actores.

Es muy probable que diferentes líneas de pensamiento confluyan en algún punto a través de contactos recíprocos que no hemos podido identificar. Sin disponer de evidencia concluyente sobre la posible vinculación entre tales procesos, considero plausible asociar estas transformaciones en los referentes asociados a salud-enfermedad-atención médica con los cambios en el abordaje de la denominada *cuestión social*, y el paulatino reconocimiento de que la respuesta al problema debía ir más allá del control y la represión para ser abordada en clave política.

Estos cambios en las representaciones colectivas no se producen de manera mecánica ni impactan en forma inmediata en las respectivas instituciones. Es posible sin embargo tenerlos en cuenta como elementos del multiforme proceso de *politización de lo social*, reconocible en estos años, que Juan Carlos Portantiero ha recuperado en sus trabajos. También Portantiero, entre otros, incorpora un elemento adicional de esta dinámica compleja cuando señala una mutación en las relaciones Estado-sindicatos a partir del crecimiento de la corriente "sindicalista" en las filas gremiales, más favorable a entablar relaciones directas con el Estado (11,12).

## LA CUESTIÓN DEL CAMBIO INSTITUCIONAL

Es posible considerar una hipótesis que vincule este punto de confluencia de nuevas representaciones sociales sobre la enfermedad y la atención médica que puede reconocerse a lo largo de los años '30 con la mutación de las relaciones Estado-sociedad que se afianzará a partir de los '40.

Sin embargo, aun cuando el historiador pueda construir una hipótesis favorable a la conformación de un consenso orientado a aceptar como necesaria la intervención reguladora, la nueva doctrina carece de impacto sobre las prácticas políticas registradas a nivel nacional hasta el golpe militar de 1943. De allí el interés por recuperar la experiencia santafesina, donde ese impacto tuvo al menos un principio de institucionalización.

El interés historiográfico de la propuesta de Yrigoyen Freyre no radica por consiguiente en sus contenidos, sino en el lugar desde donde se enuncia y el cargo que detenta su enunciador. Es esa base institucional la que permite identificar una de las primeras manifestaciones del proceso de cambios que modificaría sustancialmente las bases doctrinarias y políticas de la actividad estatal en salud a partir de los años '40 del siglo XX. Para llegar a mayores precisiones, puede ser necesaria una aproximación a las estrategias de reforma de la salud pública desarrolladas en Santa Fe entre 1932 y 1943.

## DOCTRINA E INSTITUCIONES EN LA EXPERIENCIA SANTAFESINA

Si nos atenemos al diagnóstico que se formula en la Cámara de Diputados provincial en 1932 (13), en ocasión de debatirse la Ley de Sanidad de la Provincia (n° 2287/1932), la situación sanitaria santafesina reproduce las condiciones generales dominantes en ese momento en el país: sólo en las grandes ciudades existe una organización destinada a controlar las posibles amenazas a la salud pública, la regulación del ejercicio profesional no se adecua a las necesidades derivadas de las transformaciones de la práctica médica y farmacéutica, no hay estadísticas confiables sobre la distribución de las principales endemias y los conflictos jurisdiccionales obstaculizan cualquier acción eficaz ante posibles epidemias.

En la fundamentación de dicha ley, las dificultades se relacionan con la inoperancia del Consejo de Higiene provincial, cuya acción se vería obstaculizada por falta de atribuciones para actuar en el interior de las jurisdicciones municipales, conflictos de competencia e insuficiencia de recursos. Por su parte, las municipalidades y comisiones de fomento, cuya autonomía en materia de sanidad sancionaba la respectiva ley orgánica, tampoco pueden complementar su función por falta de recursos técnicos y materiales. El nuevo organismo creado en consecuencia, la Dirección General de Higiene, avanza sobre las autonomías locales y se inscribe bajo las palabras de orden del momento: *centralización, cabeza única, plan*.

En lo que se refiere a la salud pública, se afirma, la legislación moderna se ubica en una franca tendencia hacia la unidad. Si el derecho político puede sostener a ultranza las autonomías, es necesario tener en cuenta que la difusión de enfermedades infecciosas no reconoce límites por jurisdicción (e). Conforme esa perspectiva, la ley atribuye al nuevo organismo gubernamental amplias facultades, entre las que se cuenta el derecho a intervenir "por autoridad propia en toda cuestión que afecte la higiene pública de las Municipalidades y Comisiones de Fomento" (Ley n° 2287, art. 6°).

Tras el interregno que significó la intervención del gobierno central a la administración demoprogresista de la Provincia (1935-1937), en 1938 se dicta la Ley n° 2608 de Asistencia Hospitalaria y Social, que establece un plan de construcción de hospitales conforme criterios de regionalización y diferenciación por niveles de complejidad. Un año más tarde, en octubre de 1939, se discute en la Legislatura santafesina la creación del Departamento de Salud Pública de la Provincia (Ley n° 2858/1939). La consideración del proyecto actualiza en ambas cámaras el debate abierto en la sanidad argentina en torno a las propuestas de *unificación y coordinación*.

El diagnóstico parece tener, nuevamente, aceptación generalizada. "La falta de cohesión, la dispersión de energías, exige multiplicación de esfuerzos y no permite obtener de la atención que se presta, la eficiencia deseada" (14, p. 826). Esa aceptación, sin embargo, se presentará matizada con algunas reticencias: el reconocimiento de la actividad de las organizaciones de beneficencia y la necesidad de permitirles conservar su independencia; las dificultades resultantes de la escasez de técnicos en condiciones de desarrollar una función crecientemente especializada (f).

Los proyectos de reforma de la sanidad santafesina registran un nuevo avance en 1941 con la creación del Ministerio de Salud Pública y Trabajo. En su organización interna se diferencian dos áreas: los problemas relacionados con la salud pública y la asistencia social se ubican a cargo del Consejo General de Sanidad, mientras que los vinculados con el trabajo y la producción corresponden al Consejo General de Economía (g). Tras el golpe de junio de 1943, la intervención en la provincia mantiene esa estructura bajo la titularidad de Carlos Alberto Lambruschini.

La obra realizada en el ámbito santafesino se reconoce como fértil. En los años que corren entre el censo hospitalario de 1936 y el realizado en 1945, el número de hospitales en la provincia pasó de 43 a 114 y las camas, de 4.667 a 6.700. De los 62 pequeños hospitales rurales proyectados se construyeron 58; 32 de ellos se habilitaron antes del golpe de junio de 1943 y los restantes entre esa fecha y 1945. La onda expansiva se prolonga durante el gobierno peronista a partir de 1946 y Santa Fe llega a 1951 con un número de camas hospitalarias cercano a las 11.000 (2).

## A MODO DE CONCLUSIÓN PROVISORIA

¿Es posible fundar sobre la ampliación de la capacidad hospitalaria y los avances en la doctrina salubrista –no concretados en nuevas formas organizativas– el reconocimiento de la temprana emergencia de una forma precoz de Estado Benefactor en Santa Fe?

En mi opinión, la información disponible sólo permite concluir sobre la presencia de un importante antecedente de lo que sería pocos años más tarde el proyecto fundacional del primer gobierno peronista.

Yrigoyen Freyre estuvo al frente del Ministerio de Salud Pública y Trabajo entre julio de 1941 y junio de 1943. Algunas expresiones de su discurso lo vinculan con el sector del gremialismo médico que en esos años defendía la propuesta de *oficialización de la medicina* (h). La referencia que introduce en su discurso con relación al Dr. Victorio Monteverde, en ese momento presidente de la Federación Médica, puede interpretarse como un gesto de reconocimiento hacia su auditorio. Sin embargo, también es posible recordar que fue el mismo Dr. Monteverde el que tejió la frustrada alianza de la conducción del gremialismo nacional con el coronel Perón hacia 1944, condenada a naufragar en las convulsiones de octubre de 1945. Es factible que un acercamiento de características similares con otros protagonistas haya sido el origen de la responsabilidad asignada a Yrigoyen Freyre por el gobierno santafesino. Es posible también que la construcción de un nuevo formato institucional

requiriera vínculos más amplios y más sólidos entre actores estatales y nuevos actores sociales, y la experiencia santafesina terminara asumiendo

una trayectoria dependiente de las decisiones políticas tomadas a nivel nacional.

---

## NOTAS FINALES

- a. Por mi parte he defendido en diferentes trabajos la utilización de la categoría Estado de Compromiso introducida por Francisco Weffort en sus análisis sobre Brasil (1, cap. 4 )
- b. Dado que es un texto de difícil acceso, se reproduce a continuación del presente artículo, la conferencia titulada *Hacia una sanidad integral*, pronunciada por el Dr. Abelardo Yrigoyen Freyre en la Federación Médica de la República Argentina, en el año 1941.
- c. Mayor información al respecto puede encontrarse en Belmartino *et al.*, (2).
- d. En Belmartino *et al.* (9), puede encontrarse información relativa a las representaciones colectivas sobre salud/enfermedad/atención médica en las primeras décadas del siglo XX.
- e. Conforme las disposiciones de la Constitución provincial de 1921, los municipios de primera categoría (Santa Fe y Rosario) tenían facultad para dictar sus propias cartas constituyentes, en las que se reservaban el poder de policía sanitaria.
- f. Un análisis detallado de ese debate puede consultarse en Belmartino *et al.*, (2, p. 46-49).
- g. El Ministerio conserva este organigrama hasta junio de 1946. En esa fecha se crea la Secretaría de Trabajo y Economía, transformada poco más tarde en Ministerio de Trabajo y Economía (Ley n° 3139/1946). En 1949, la sanción de una nueva Ley de Ministerios (n° 3489) establece una nueva denominación, instituyendo el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
- h. Las diferentes corrientes programáticas identificables en el interior del gremialismo médico a lo largo de los años '30 han sido desarrolladas en Belmartino *et al.*, (15).

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Belmartino S. Historia de la atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2005.
2. Belmartino S, Bloch C, Carnino MI, Persello AV. Fundamentos históricos de la construcción de relaciones de poder en el sector salud. Argentina, 1940-1960. Buenos Aires: Oficina Panamericana de la Salud; 1991.
3. Rosanvallon P. L'État en France, de 1789 à nos jours. París: Éditions du Seuil; s/f. p. 171 [Traducción de Susana Belmartino]
4. Departamento Nacional de Higiene. Anales. 1911; XVIII, nov/dic.
5. Cámara de Diputados de la Nación. Diario de Sesiones. 1928, 2 de julio; reunión 8ª.
6. Cámara de Diputados de la Nación. Diario de Sesiones. 1933, 5 de mayo; reunión 2ª.

7. Cámara de Diputados de la Nación, Diario de Sesiones. 1933, 31 de mayo; reunión 9ª.
8. Cámara de Diputados de la Nación. Diario de Sesiones. 1924, 29 de septiembre; reunión 47ª.
9. Belmartino S, Bloch C, Persello AV, Quiroga H. Las instituciones de salud en la Argentina liberal. Desarrollo y crisis. Buenos Aires: Ed. Secretaría de Ciencia y Técnica; 1987.
10. Cámara de Diputados de la Nación. Diario de Sesiones. 1941, 29-30 de noviembre; reunión 57ª.
11. Portantiero JC. La crisis de un régimen: una mirada retrospectiva. En: Nun J, Portantiero JC, compiladores. Ensayos sobre la transición democrática en la Argentina. Buenos Aires: Puntosur; 1987.
12. Portantiero JC. La democratización del Estado. En: La producción de un orden. Ensayos sobre la democracia entre el Estado y la sociedad. Buenos Aires: Nueva Visión; 1988. p. 65-92.
13. Cámara de Diputados de la Provincia de Santa Fe. Diario de Sesiones. 1932, 21 de octubre; T.II 48ª sesión extraordinaria.
14. Cámara de Diputados de la Provincia de Santa Fe. Diario de Sesiones. 1939, 13 de octubre; 8ª sesión extraordinaria.
15. Belmartino S, Bloch C, Persello AV, Carnino MI. Corporación Médica y Poder en Salud. Argentina, 1920-1940. Buenos Aires: Oficina Panamericana de la Salud; 1988.

---

**FORMA DE CITAR**

Belmartino S. Coyuntura crítica y cambio institucional en salud: Argentina en los años '40. Salud Colectiva. 2007;3(2):177-202.

---

Recibido el 4 de mayo de 2007

Versión final presentada el 28 de junio de 2007

Aprobado el 10 de julio de 2007

Figura 1. HACIA UNA SANIDAD INTEGRAL. CONFERENCIA DE ABELARDO YRIGOYEN FREYRE PUBLICADA EN LA REVISTA DE LA FEDERACIÓN MÉDICA DE LA REPÚBLICA ARGENTINA. AÑO 1941.

REVISTA DE LA FEDERACION MEDICA DE LA REPUBLICA ARGENTINA 15

## HACIA UNA SANIDAD INTEGRAL

Conferencia pronunciada por el Dr. ABELARDO YRIGOYEN FREYRE, ministro de Salud Pública y Trabajo de Santa Fe, en la Federación Médica Argentina.

Con verdadera complacencia he aceptado la honrosa invitación que me formuló la Federación Médica Argentina para ocupar su calificada tribuna.

Son raras las ocasiones en las que un médico de tierra adentro tiene oportunidad de ponerse en fraternal comunicación con sus colegas de esta gran capital, que, por su misma vastedad y empuje vital, pareciera hallarse en condiciones de desarrollar su existencia y su progreso escuchando sus propias inspiraciones y siguiendo solamente el derrotero que le señalan sus hombres de ciencia y sus técnicos.

Ciudad que llena sus propias necesidades, brindando alguna vez que del pensamiento y de la savia de muy alejadas zonas del país llegan sin cesar renovadas energías y claras orientaciones que enriquecen su acervo cultural y sus bienes materiales.

Esto lo sabe bien la Federación Médica Argentina, que alberga en su seno lo más granado y consciente de la clase médica del país, y lucha incesantemente por crear en el terreno del ejercicio de la profesión la conciencia clara y terminante de la unidad de los intereses de todos los médicos argentinos, desde los que habitan en esta gran capital hasta los que desde la Patagonia y el Chaco sueñan con dignificar cada vez más la profesión, en aras de sentimientos patrióticos y humanos, en pro del adelanto y enriquecimiento de la vida de nuestros conciudadanos.

Me complace, también, porque personalmente he mantenido siempre vivo mi entusiasmo por la obra que puede hacerse desde el campo gremial, y le he prestado mi más cálido y sostenido apoyo.

He aceptado como un compromiso ineludible expresar mi pensamiento ante el cuerpo médico argentino, porque he tenido el privilegio de recoger sobre el tema que he de tratar una amplia experiencia personal en mi propia provincia, y porque es en Santa Fe, precisamente, donde el gobierno y las entidades gremiales han realizado una obra inspirada en iguales sentimientos e ideales, y donde, adelantándose a las otras provincias hermanas y a la nación misma, fué posible crear el primer Ministerio de Salud Pública y Trabajo del país. Util y necesaria experiencia, como testimonio de su espíritu de progreso y superación.

Más con justificado recelo encaró el tema motivo de esta conferencia, pues no escapa a



mi comprensión la vastedad e importancia excepcional de los asuntos que es menester considerar en la misma.

Torna más compleja la tarea de dar forma correcta a esta disertación la circunstancia trascendental de hallarse enfrentado el mundo con problemas que rebasan ampliamente los límites de los intereses nacionales y locales. Sujeto el mundo a una próxima e inevitable mutación políticosocial, debatiéndose en una enconada lucha de tendencias e intereses, es dable suponer que también han de experimentar profundas modificaciones las distintas organizaciones creadas para asistencia social, cuando la razón, la serenidad y la justicia imperen otra vez, para que la humanidad pueda retomar el curso ascendente de su necesario progreso.

Es que no sería posible desligar totalmente los problemas sanitarios de los demás problemas que inquietan y conmueven al hombre. Y si algo reconforta el espíritu es el pensar que todo aquello que tiene su base y fundamento en principios científicos podrá sobrevivir a las más graves conmociones, porque lleva en su entraña el tesoro inestimable de la verdad conquistada con el esfuerzo, el trabajo y la inteligencia de los hombres que rinden tributo a la ciencia y a la solidaridad humana.

El tema que he elegido para esta exposición tiene desde hace algunos años un interés creciente para nuestro país. Por lo tanto, es de rigurosa actualidad. La magnitud del mismo puede medirse por la preocupación general que ha suscitado en los medios científicos, gubernamentales y gremiales, que, desde distintos puntos de vista, tratan de estudiar y resolver los problemas que plantea.

La creación de una organización sanitaria integral representa, puede decirse, una de las

Figura 1. Continuación

16 REVISTA DE LA FEDERACION MEDICA DE LA REPUBLICA ARGENTINA

preocupaciones más serias de la vida institucional de todos los países del mundo, y muy en especial de los países americanos. El extraordinario interés de esta cuestión está en razón directa con el nuevo derrotero y el sentido más amplio que toma, cada vez con mayor impulso, la ciencia médica contemporánea.

El progreso de las ideas médicas se ha efectuado en conjunto y sin solución de continuidad a través de las diferentes épocas por las que atravesó la humanidad, acusándose por tendencias particulares en cada una de ellas, lo que ha permitido dividir la evolución de la medicina en periodos bastante bien delimitados.

A la adquisición de nuevos conocimientos, a la comprobación de nuevos hechos, a la aportación de una experiencia más perfeccionada, se sucedieron también concepciones y doctrinas médicas y sociales más adecuadas y justas.

La historia de la ciencia, que es al mismo tiempo una suma de conocimientos y de experiencia, presupone la corrección de errores y la modificación de conceptos. En toda esta trayectoria aparece siempre, cuando se analizan profundamente los hechos, un nexo ininterrumpido, una estrecha relación entre los diferentes problemas que los estudiosos de todas las épocas intentaron explicar o resolver.

Las antiguas concepciones y doctrinas sustentadas difícilmente desaparecen o se modifican en su totalidad. Los restos o resabios de las mismas pueden reconocerse en épocas recientes, o aun en la actualidad, bajo la forma de prejuicios y errores. Corresponde, por consiguiente, a los hombres de ciencia de cada generación corregir esos errores y combatir

esos prejuicios, para facilitar un más amplio desarrollo de las nuevas doctrinas y la más completa aplicación a la vida de la sociedad de los métodos y principios que de ellas derivan.

No evoluciona la humanidad en un círculo cerrado, sino que en forma de espiral pasa de un estado imperfecto a otro que lo es menos, siempre en superación. Pero en la búsqueda del bienestar, acicate que mantiene despierto y alimenta perpetuamente la esperanza y el ingenio del hombre, siempre ha encontrado entre los enemigos más difíciles de vencer a la enfermedad, la miseria y la ignorancia.

Mientras la enfermedad fué considerada como un castigo de origen divino o las faltas cometidas por el ser humano, ninguna actitud más lógica había que expiar dichas faltas y combatir las dolencias con exorcismos. Pero cuando se pasó del período mágico y sacerdotal de la medicina al período médico propiamente dicho, la enfermedad adquirió la significación de una alteración cuyas consecuencias sólo constituyen un perjuicio o daño individual que el médico trata de corregir y que el sentimiento de caridad cristiana intenta aliviar.

Durante este período de la humanidad se respira un aire de pesimismo y de ciega fatalidad en el campo de la acción médica, que necesita ser comprobado por la fe y la resignación; los hechos son interpretados por medio de hipótesis y conjeturas, productos de la intuición y de la fantasía.

Con el descubrimiento de la etiología microbiana de numerosas enfermedades, sello de una época de grandes investigaciones científicas, y con el empleo de los métodos de experimen-



La enorme popularidad obtenida por el Whisky OLD PARR se debe a su excepcional calidad.  
COMPRUEBELO!

**Grand  
OLD PARR**

**EL ARISTOCRATA DE LOS WHISKIES DE CATEGORIA**

Figura 1. Continuación

18 REVISTA DE LA FEDERACION MEDICA DE LA REPUBLICA ARGENTINA

tación, la acción médica tomó sólida base en los conocimientos biológicos y la higiene pudo adquirir amplio desarrollo sobre fundamentos racionales.

Se inicia en ese momento la era profiláctica de la medicina. La enfermedad ya no puede constituir un daño o problema que afecte solamente a quienes la padecen, sino que va adquiriendo el carácter de un peligro colectivo, desde que es transmisible por el enfermo a otros hombres, pero que, al mismo tiempo, puede ser vencida por el médico y evitada la extensión del mal, separándose las fuentes de producción y de contagio.

Adquirido el convencimiento de que las enfermedades infectocontagiosas son evitables, poco costó aceptar ya que las mismas pueden ser, inclusive, desterradas de la vida del hombre. Para ello ya no bastaba la atención correcta y oportuna del enfermo ni su alisamiento. Era insuficiente incriminar la causa de dichas enfermedades y su posibilidad de propagación a factores de orden individual exclusivamente, sino que se hacía necesario que la sociedad entera se preocupara por modificar el medio ambiente en que se desenvuelve la vida del ser humano.

La enfermedad es considerada desde entonces con un carácter netamente social, resultado de un proceso complejo íntimamente ligado a la comunidad, sobre todo en lo que respecta a su economía y educación. Ya no puede ser vista como un acontecimiento independiente del medio en el cual se presenta. Se halla íntimamente ligada con factores propios de la estructura física del medio y con los de la organización de la vida social.

Se justifica, pues, que si al principio era preocupación exclusiva del médico adquirir el máximo de habilidad y de experiencia para volver a la normalidad al hombre que había visto interferida su existencia por un proceso patológico de cualquier naturaleza, trate más tarde de adelantarse al acontecimiento patológico, para poner al hombre en condiciones de no ver perturbada en ningún momento su salud.

En la primera actitud era suficiente, en general, la presencia del médico y del enfermo como entes individuales. Para evitar las enfermedades, el médico se ve precisado a considerar al hombre en su calidad de integrante de la sociedad y en función del medio en que vive. Y así, actuando sobre ambas a la vez, realiza una tarea que tiene un claro contenido y significación social. Conociendo las causas que, en forma directa o indirecta, son capaces de perturbar la salud, dirige toda su atención a la eliminación de estas causas.

Tampoco se limita el médico, desde entonces, a luchar contra los microbios patógenos que perturban la vida del hombre, sino que, además, intenta aumentar las defensas orgánicas del ser humano contra las más variadas agre-

**Sanatorio CANGALLO**

Director: Dr. DAVID SIGAL

**Cirugía - Partos**

★

CANGALLO 2354/60 U. T.: 47 - 9422  
47 - 6838

LECHE

**LA MARTONA**

LECHE SEGURA

REPARTOS A DOMICILIO desde las  
175 SUCURSALES

**Atención**

de los

**Laboratorios**

del

**Dr. P. Astier**

Figura 1. Continuación

REVISTA DE LA FEDERACION MEDICA DE LA REPUBLICA ARGENTINA 19

siones externas, y sanear, en la más amplia acepción del vocablo, el ambiente en el cual se desenvuelve su existencia. Todos sabemos que el médico puede emplear contra la tifoidea los recursos de su ciencia para devolver la salud al enfermo. Constituirá ello una acción meritoria, pero aislada, tardía y arriesgada, porque no siempre el éxito corona el esfuerzo; a menudo la enfermedad deja secuelas orgánicas difícilmente reparables, y en todos los casos ella presupone una pérdida en el orden económico individual y social. Cuando se realiza el saneamiento, por el contrario, se puede eliminar el foco infectante; se libra sencillamente al hombre de la contingencia y de la posibilidad de adquirir la infección. Ello representa un triunfo de la medicina y del hombre sobre las condiciones adversas del ambiente; constituye un ahorro inestimable de vida y de al médico la sensación neta de su acertada y útil intervención.

Puede hacerse igual afirmación, cambiando los elementos, para las enfermedades que se transmiten por vía hereditaria o que se adquieren sin la intervención de microbios patógenos, como son las enfermedades del metabolismo y de la nutrición, las de orden degenerativo y las mentales, que, por su gravedad y consecuencias sobre la salud del hombre, tienen iguales repercusiones económicas y sociales.

Se explica, pues, que a partir de los estudios e investigaciones efectuadas por la falange de hombres ilustres que encabezaran Pasteur, Koch, Claudio Bernard y otros, la medicina acusara un progreso tan firme y llenara de optimismo al mundo, porque aparece la "convicción — como dice Mellanby — de que ningún problema de salud o de enfermedad es demasiado difícil para ser estudiado, y que no hay límite a los nuevos conocimientos que puede procurar el método experimental"; que "la investigación moderna ha originado grandes progresos en las ciencias básicas de la medicina, en química, física, fisiología, patología, farmacología, muchos de cuyos progresos han arrojado nueva luz sobre el cuerpo sano y el enfermo, poniendo nuevos instrumentos en manos del médico para el estudio de la enfermedad, su diagnóstico, su prevención y tratamiento"; que "todo el mundo civilizado adoptó la actitud griega ante la vida, considerando la salud como un bien"; que "la mala salud no solamente resulta cara, sino que es, en gran parte, responsable de las penas y sufrimientos del mundo", de tal manera — concluye el mismo autor diciendo, — "que de un punto de vista práctico como emocional debe hacerse todo por eliminar la enfermedad, ya sea previniéndola o curándola".

Se explica fácilmente por qué, en el momento actual de la historia de la humanidad, los problemas que atañen a la salud de sus componentes interesan en tal medida a toda la sociedad, y por qué los poderes estatales tratan de adaptar su organización médicosanitaria y aun su propia contextura económico-social a las verdaderas necesidades de sus componentes, procurando que todos puedan alimentarse convenientemente, trabajar en condiciones higiénicas y desenvolver sus actividades de orden psíquico e intelectual en forma razonable. Adoptando una política preventiva y social capaz de rendir frutos inapreciables en beneficio del bienestar y felicidad de la colectividad cuyo destino se les ha entregado.

Al mismo tiempo que la medicina va perdiendo así su carácter de ejercicio individual en muchos aspectos, y a medida que la higiene pública y la medicina social se desarrollan, éstas se van convirtiendo, por imperio de la necesidad, en una de las más importantes funciones de gobierno, dada la estrecha vinculación que tienen con los problemas económicos y sociales generales, políticos y educacionales.

El elemento humano constituye, indiscutiblemente, el factor básico e insustituible del bienestar y del progreso general, y, al hacerse evidente en la sociedad este concepto, la propia valorización de la vida del hombre le asigna en forma inalienable el derecho a la salud.

Pero, ¿puede el hombre gozar del derecho a la salud mientras sus condiciones económicas, las condiciones en que se desenvuelven sus



## SULFAVITAM

COMPREMIDOS

**SULFANIL · AMIDA 0.30 + VITAMINA "C" 0.01**

INDICE TERAPEUTICO: EL DE LAS SULFAMIDAS

*Combate la afección a la vez que corrige la  
avitaminosis que la acompaña*

LABORATORIO  
**R. A. Lottalo**

SAAVEDRA 1262
U. T. 45 - Loria 2228
BUENOS AIRES

Figura 1. Continuación

REVISTA DE LA FEDERACION MEDICA DE LA REPUBLICA ARGENTINA 21

actividades, su trabajo, el tipo de vivienda y de alimentación que le es asequible, se hallan por debajo de un mínimo admisible?

Es preciso, evidentemente, que la superación de las condiciones económicas en que se debate una buena parte de los habitantes constituya un problema previo e impostergable para poder ofrecerles el goce normal de la salud.

Salud, trabajo, bienestar, es el orden en el cual pueden sucederse los acontecimientos.

Peró también puede decirse: bienestar, trabajo y salud. Ninguno de estos factores puede tener vida propia si se los toma aisladamente. Sin salud no se puede pretender que el trabajo alcance su plena eficiencia, ni nadie es capaz de labrar su bienestar, y, a la inversa, sin el bienestar no se puede pretender el goce de una vida sana y completa.

Esta circunstancia explica que si asignamos al hombre el derecho a la salud, es porque reconocemos implícitamente que ello está en las posibilidades de la sociedad procurárselo. La ciencia emancipa al hombre de la esclavitud de la naturaleza. Y no podríamos aceptar que siga siendo esclavo de la enfermedad y de las fuerzas ciegas de la naturaleza si éstas lo insumen en el infortunio y precipitan su muerte.

El derecho y el deber a que nos sujeta el conocimiento de estos hechos tienen, pues, raíces comunes en la necesidad instintiva del progreso que mueve nuestra voluntad y dirige nuestras acciones. Necesidad de progreso que debe saber superar todos los obstáculos.

¿Cómo podríamos hablar de igualdad y libertad mientras no obtengamos que el derecho a la salud sea patrimonio de todos nuestros conciudadanos y mientras no consigamos

liberarlos de la desigualdad que crean la enfermedad y el infortunio entre los hombres?

Sobre la base de la evolución experimentada por las ideas y conocimientos médicos, y la ampliación de las perspectivas de una nueva era, en la que la medicina social y la higiene pública tomen un lugar cada vez más destacado, se reduce aparentemente el ejercicio profesional de la medicina — entendida en el sentido curativo — a límites estrechos, pero en realidad se completa su acción, deficiente en muchos sectores que dependen de causas complejas de orden económico e institucional. Y ello explica que la inquietud por implantar en nuestro medio nuevos métodos de trabajo médicosocial, lo que significa ampliar las perspectivas de la misma medicina, se haya apoderado del ánimo de los profesionales del país, y que desde entonces, con renovado ardor, hayan expresado sus ideas y deseos en conferencias y congresos científicos y gremiales, para interesar a los gobiernos actuales y a toda la población en este problema que toca a todos por igual.

Esta clara orientación aparece en el Segundo Congreso Médicogremial Argentino, que por la vastedad de sus propósitos fué llamado congreso médico gremial y social, para establecer con precisión los alcances del mismo, y fué felizmente resumida en las palabras que pronunciara en el acto inaugural el actual presidente de la Federación Médica Argentina, profesor doctor Victorio Monteverde, cuando dijo: "Es plausible la incorporación en las sesiones de este congreso, de la faz médicosocial, que tan estrechamente se halla vinculada al aspecto médicogremial, especialmente en esta hora en que el proceso evolutivo del mundo,

L. LEMONIER & Cía. · 159 Misiones 161 · Buenos Aires

Figura 1. Continuación

22 REVISTA DE LA FEDERACION MEDICA DE LA REPUBLICA ARGENTINA

en su aspecto social y económico, plantea nuevas normas, condicionadas con otros aspectos de conciencia colectiva.”

Poco más tarde, en el Sexto Congreso Nacional de Medicina de Córdoba, se plantea nuevamente la necesidad de concretar las aspiraciones de los médicos del país, en lo que a la organización médica y al más eficiente ejercicio de la profesión se refiere, en conclusiones amplias y definitivas, que han tenido indudable trascendencia para el porvenir de nuestras instituciones de sanidad.

En todas partes despierta el entusiasmo por arribar a esa organización capaz de llenar las aspiraciones del gremio médico y dar cumplimiento a las necesidades sanitarias imposterables del país.

Sirven de fundamento las recomendaciones que la Novena Conferencia Sanitaria Panamericana hace llegar a todos los países adheridos a la misma, exponiendo su criterio autorizado sobre la necesidad de propender a la unificación y coordinación de los servicios de sanidad y médicoasistenciales. La Novena Conferencia Panamericana “recomienda a los gobiernos la conveniencia de reunir los servicios de asistencia pública y privada, beneficencia y sanidad, bajo el régimen de una sola autoridad, lo que significa evidente provecho para la acción tutelar del Estado y para el robustecimiento de la salud pública, a base de la creación de unidades de asistencia y previsión”, así como “aconseja a los países donde la resolución de los problemas de salubridad estén encomendados a autoridades de diversa índole, se esfuercen por la coordinación de todas las actividades de orden sanitario, bajo una orientación técnica común, influyendo en ello, si es posible, aun las instituciones particulares”.

Es que las prácticas sanitarias y la asistencia médicosocial, ligadas íntimamente al progreso científico, hacen difícil, cuando no imposible, la labor aislada o de grupo; de ahí que la existencia de un organismo técnico estatal que unifique y coordine todos los esfuerzos de las instituciones sanitarias existentes es imprescindible, y para que la salud pública y el bienestar general alcancen el nivel mínimo que corresponde a un país civilizado, es preciso propender al perfeccionamiento de la medicina curativa, pero al mismo tiempo impulsar en forma decisiva e inteligente las normas y prácticas de la medicina preventiva y social, para disminuir paulatinamente el campo de acción de la primera.

Las aspiraciones reiteradamente sustentadas en congresos y conferencias científicas y gremiales, para que el perfeccionamiento de la asistencia medicocurativa fuera parte solamente de un vasto programa de medicina preventiva y social, desarrollada en forma permanente por el Estado, por las instituciones médicosanitarias y por los profesionales del arte de curar, con base científica y amplio sentido humano, tuvieron eco propicio en Santa Fe.

Nuestra provincia encaró resueltamente el problema de una nueva política sanitaria, y por iniciativa del Poder Ejecutivo y con la favorable sanción de la Legislatura, se dictó la primera ley de unificación y coordinación de la sanidad y de los servicios médicoasistenciales en el país, creándose el Departamento de Salud Pública.

En los fundamentos de la ley número 2558, de creación del Departamento de Salud Pública, enuncia el gobierno de Santa Fe la necesidad de propender a la solución de los diferentes problemas que en una u otra forma inciden sobre la salud de la población y retardan el mejoramiento del bienestar colectivo, y al establecer la forma en que deben orientarse las actividades dispersas consagradas a esta finalidad, estudia la manera de destinar a dicha obra los máximos recursos disponibles.

El gobierno de Santa Fe fijó su política sanitaria en los siguientes principios que afectan a la colectividad:

- 1) Que la enfermedad, la deficiencia física o mental, o la muerte prematura del individuo representan un grave perjuicio de orden colectivo.
- 2) Que la ciencia médica contemporánea ofrece recursos suficientes para curar o atenuar numerosas dolencias físicas o psíquicas, desconocidas hasta la época presente.
- 3) Que se ensancha constantemente el campo de aplicación de la medicina preventiva y social.
- 4) Que se hace indispensable que la sociedad manifieste, a través de su gobierno y entidades responsables, la decidida voluntad de defenderse de los perjuicios que le crean la enfermedad, la miseria y la ignorancia, la desaparición prematura de los individuos que componen la colectividad, y demuestre el máximo interés en beneficiarse con los recursos que le brindan los actuales conocimientos científicos.

**PROGESTERONA NATURAL**  
**REGULA el CICLO MENSTRUAL**  
**PROTECTOR del EMBARAZO**

**LUTENAT**

Caja de 3 y 6 amp. oleosa

70 grs. de cuerpos lúteos frescos de marrana

INST. ENDOCRINICO ZIMASA, 25 DE MAYO 553 31-0082

Figura 1. Continuación

24

REVISTA DE LA FEDERACION MEDICA DE LA REPUBLICA ARGENTINA

Puede fácilmente comprenderse cuán grandes deben ser los medios de orden económico y técnico necesarios para dar cumplimiento a un programa de tan vastas proyecciones. Esto no podría ser encarado sino por una institución estadual, que, con sus propios recursos y coordinando las fuerzas aisladas o dispersas, mantenga la campaña a través de largos años, sin solución de continuidad.

La unificación y coordinación significa encauzar en un mismo sentido la labor desarrollada por las distintas instituciones consagradas a la asistencia médicosocial y al desarrollo de las prácticas higiénicas de la población, ya existentes, con las que fuere menester crear, sean ellas de orden estadual o privadas. Significa que entran en consideración como factores capaces de alterar la salud pública, además de las causas de orden individual, las de orden social y mesológicas, el trabajo y la alimentación. Labor eminentemente técnica y especializada que necesita apoyarse en una conveniente y completa legislación.

Conviene recordar, por una razón de elemental justicia, que el desenvolvimiento espontáneo de numerosas instituciones consagradas a la acción social y a la asistencia médica hospitalaria tuvo su origen, en nuestro país, en la ingénita disposición de sus habitantes para acudir en socorro de los necesitados, guiados por un sentimiento de conmiseración, pero ajenos, a veces, a todo concepto sobre el verdadero rol y alcance de la asistencia social misma.

Este hecho explica por qué el incremento y la distribución de las distintas organizaciones privadas o comunales, destinadas a la asistencia médicosocial, se ha efectuado entre nosotros en forma tan irregular. Es que la iniciativa privada es atributo, en buena medida, de posibilidades económicas y culturales, que no se dan por igual en todos los núcleos de población.

Este fenómeno se hace más patente en las zonas rurales, donde, en algunas localidades de precaria condición, las posibilidades de contar con un adecuado establecimiento para la asistencia hospitalaria constituyó siempre una ilusión inalcanzable, ya que ni se imaginaron jamás que existe una medicina preventiva.

No debemos desestimar ni podemos dejar de considerar esta situación, porque no es posible admitir más, como se pensaba en otras épocas, que las condiciones de vida en las zonas rurales constituyen un ideal desde el punto de vista higiénico.

La ignorancia de los más elementales preceptos sobre la higiene alimenticia, las condiciones deficientes de la vivienda, el hacinamiento, favorecen entre los hombres de campo la propagación incesante de graves enfermedades sociales y anulan todas las ventajas que la pureza del aire campesino y la bondad de algunos productos alimenticios naturales y frescos puedan brindarles.

Es por ello que alguna vez calificamos a la política sanitaria de nuestra provincia como de carácter eminentemente rural. La preocu-

## Yodo-cálfico (Gotas)

(Peptona yodada con cafeína)

(Sin azúcar y sin alcohol)

Constituye el Yodo-cálfico una forma conveniente para administrar el yodo en estado orgánico asimilable. El Yodo-cálfico es un yodo fisiológico. Con la presencia de la cafeína se activa la diuresis y se tonifica el corazón, facilitando la tolerancia y la absorción de yodo por mucho tiempo, sin que se produzca depresión cardíaca.

Estimula los medios de defensa orgánica.

Es antitóxico.

Da mayor actividad a los vasos sanguíneos.

Modo de obrar: Modifica la presión arterial.

Es antidiabético eficaz.

Es diurético.

Reduce el trabajo del corazón. Aumenta su fuerza.

INDICACIONES: Para combatir la arterio-esclerosis, el artrismo y las lesiones consecuentes, el reumatismo en todas sus manifestaciones, las afecciones del aparato respiratorio y cardiovasculares, linfatismo y las lesiones que origina, raquitismo y escrofulismo, afecciones de la piel, lues y heredo-lues, obesidad, etc.

PREPARACION DEL LABORATORIO DE

LAICH & Cía.

BELGRANO 2544

U. T. 47 - Cuyo 4125

BUENOS AIRES

Figura 1. Continuación

REVISTA DE LA FEDERACION MEDICA DE LA REPUBLICA ARGENTINA 25

**SANATORIO  
NEUROPSIQUIATRICO**  
del Dr. Mouchet

★

MENTALES Y  
NERVIOSAS

★

Av. Fernández de Enciso 3781  
U. T. 50 - Devoto 2159

•

Consultas: PIEDRAS 361  
U. T. 34 - Defensa 0495

**ALPI**

*MUEBLES  
Rústicos  
y Provenzal*

•

REGALOS - TAPIZADOS  
DECORACIONES

•

**Riello Hnos.**  
CALLAO 674 U. T. 44 - 7388

pación del gobierno por llevar los beneficios de la acción médicósanitaria hasta el más alejado rincón de su territorio se halla claramente expresada en la ley vigente.

La asistencia hospitalaria constituye un importantísimo aspecto de la labor que se puede hacer en el orden médicósocial. Pero la hospitalización debe dejar de ser el recurso ineludible y final que se reserva para aquellos enfermos para quienes la ciencia médica ya no encuentra remedio en la práctica individual, ni tampoco exclusivamente para esos casos en los que una falta de previsión o la pobreza crean un estado de necesidad económica.

Constituye, por el contrario, la forma más científica y eficaz para tratar muchas afecciones contra las cuales la medicina practicada individualmente con el más encomiable celo resulta insuficiente y onerosa.

Es que el progreso de la técnica y el extraordinario adelanto científico han necesitado por imperativo natural, una adecuada especialización en las distintas ramas del difícil arte. Los medios de diagnóstico y de tratamiento han adquirido una complejidad tal, que se hace necesario el concurso de verdaderos equipos de médicos y un conjunto de costosos laboratorios de investigación para arribar a un diagnóstico y a una atención eficientes.

En la historia de nuestras instituciones públicas, la creación de hospitales de beneficencia, destinados exclusivamente para los desposeídos de recursos, representa el primer paso hacia la organización de la asistencia social. Entendida al principio como un imperativo moral, como la exteriorización de la caridad cristiana, fué paso a paso adquiriendo también una significación cada vez más clara en el orden médico y estadual, hasta constituir en la época presente parte imprescindible de la medicina social y de todo programa de higiene pública.

De la concepción primitiva de la caridad, que involucra la necesidad de socorrer al prójimo, reclamada por el cristianismo, se ha pasado definitivamente al concepto de asistencia como una obligación estadual. Es la manifestación y el reconocimiento del necesario sentido de solidaridad entre los hombres, que no busca ya solamente socorrer al necesitado, sino impedir que llegue a un estado de necesidad.

Este servicio social, caridad ensanchada y metódica, al decir de René Sand, sólo puede adquirir el desarrollo necesario si la asistencia social se encara como una función del Estado.

El ejercicio de la asistencia social constituye actualmente una verdadera ciencia, de difícil aplicación por quienes desconocen los métodos y principios esenciales de su acción. El mismo sentimiento de caridad adquiere una significación más concreta y clara cuando se ejercita de acuerdo a normas racionales. Ello explica que la asistencia social, puramente paliativa en sus resultados, al principio, dirigida a atenuar el efecto de los males que aquejan al hombre, se convierte más tarde en curativa, porque es capaz de reintegrar los individuos a su vida independiente y normal, y tiene actualmente una misión fundamentalmente preventiva y constructiva. Y esta tarea, por su

Figura 1. Continuación

REVISTA DE LA FEDERACION MEDICA DE LA REPUBLICA ARGENTINA 27

complejidad y por la importancia de los recursos económicos y científicos requeridos, no puede realizarse sin el concurso amplio de los poderes públicos.

La asistencia hospitalaria ocupa, por ello, un lugar cada vez más destacado en las organizaciones sanitarias estatales. Pero su acción no se limita a cumplir con los preceptos antiguos de asilo para pobres y disminuidos, sino que se ensancha hacia una cuádruple labor: curativa, preventiva, social y educativa.

El estudio del problema hospitalario, en particular, que realizamos con acopio de datos y sobre la base de un amplio y detenido censo previo, facilitó el descubrimiento de nuevos horizontes para la sanidad de nuestra provincia.

Comprendémos que no se trata de satisfacer el número de camas indispensables, construyendo hospitales encargados de cumplir con una reducida función curativa sintomática, sino de poder realizar, a través de los mismos, una obra de mejoramiento sanitario, además de la atención que se pudiera brindar a los enfermos, que permitiera la instauración de nuevos métodos de trabajo, basados en el más completo aprovechamiento de los preceptos de la medicina preventiva y social.

No podríamos pretender todavía en nuestra provincia, como quieren los norteamericanos, tratar de cerrar los hospitales en lugar de abrir nuevos, pero si es posible que contemos con una organización sanitaria que, aun construyendo hospitales, asigne a éstos una función tan importante, que la propia finalidad

de los mismos sea, en esencia, tratar de disminuir en todo lo posible el número de enfermos. Es decir, convertirlos en núcleos de asistencia y prevención, en verdaderos centros de salud.

El plan de construcciones hospitalarias emprendido por el gobierno de Santa Fe consiste fundamentalmente en la descentralización conveniente de esas unidades de asistencia y prevención en todo el territorio de la provincia, atendiendo a las necesidades locales y generales desde el punto de vista demográfico sanitario, tomando en consideración las vías de comunicación para conectar los centros de salud, elementos con establecimientos médico-quirúrgicos más completos y mejor equipados, con los que podrán funcionar en estrecha relación.

A su vez, se han centralizado en los grandes núcleos de población los establecimientos que requieren equipos y elementos técnicos más altamente especializados y calificados en diferentes ramas de la medicina.

Para esta distribución hemos tenido en consideración las particulares modalidades de las zonas agrícologanaderas, la desigual repartición de los núcleos de población urbana y rural, las condiciones geográficas, su desarrollo económico, cultural y dinámica demográfica.

Con la pronta terminación de los primeros sesenta y dos hospitales rurales, la provincia dispondrá pronto de las unidades sanitarias indispensables para dar comienzo a la atención médica curativa imprescindible, realizar la prevención y profilaxis de las enfermeda-

## “LA PRIMERA”

COMPAÑIA DE SEGUROS (S. A.)

**ACCIDENTES DEL TRABAJO - VIDA  
INCENDIO - AUTOMOVILES - GRANIZO**

★

Siniestros pagados por la Compañía desde su fundación  
(1923) hasta el 17º Ejercicio Económico (1939-1940):

**\$ 21.772.450.95 m/nacional.**

★

<p style="margin: 0;">CASA MATRIZ: TRENQUE LAUQUEN (F. C. O.) Pvcía. de Buenos Aires</p>	<p style="margin: 0;">OFICINAS EN LA CAPITAL FEDERAL: Sarmiento 517, Primer piso</p>
--	--

Figura 1. Continuación

28 REVISTA DE LA FEDERACION MEDICA DE LA REPUBLICA ARGENTINA

des más difundidas de cada zona, y brindar a la población una correcta acción educativa y social.

Será posible efectuar así el despistaje precoz de la tuberculosis, del cáncer, y tratar a tiempo numerosas enfermedades, proteger a la madre y al niño, y combatir tenazmente las enfermedades venéreas.

Se han estudiado los distintos núcleos de población de la provincia, en los departamentos, a fin de fijar los puntos donde existen ya establecimientos hospitalarios, y los que están en construcción y construidos. Asimismo, se hallan demarcados con precisión los caminos y la tendencia natural del movimiento de los habitantes de una a otra población.

Dividida la provincia, por razones de orden técnicoadministrativo, en dos grandes secciones médicoasistenciales, con un centro principal, respectivamente, en las ciudades de Rosario y Santa Fe, se concentran en ellos todos los elementos que desde el punto de vista técnico y personal se hacen indispensables para la asistencia especializada y completa de los enfermos.

La asistencia médica elemental, la atención de urgencia y la función de clasificación de enfermos serán brindadas por los hospitales rurales, que, como hemos dicho, constituyen, en realidad, pequeños centros de salud, con las comodidades necesarias para servir adecuadamente a un pequeño radio de acción, y secundados en su labor por los numerosos dispensarios polivalentes gratuitos que posee la provincia.

Cada uno de estos establecimientos, en conexión con un hospital de círculo o departamental de mayor importancia, equipados con los elementos indispensables para la atención clínica y quirúrgica general, así como con la colaboración de los servicios especializados más comunes. Las distancias entre los distintos establecimientos fueron calculadas de acuerdo al tiempo que se tarde en recorrer la distancia entre ellos y la densidad de la zona correspondiente. El traslado de enfermos clasificados deberá hacerse por medio de ambulancias estratégicamente ubicadas. Eventualmente, los hospitales departamentales llevarán las funciones de desinfección y tomarán a su cargo el lavado y distribución de la ropa necesaria para los hospitales de la zona.

Conectados, a su vez, los hospitales de círculo y departamentales con los grandes centros de las secciones médicoasistenciales, completarán esta racional organización hospitalaria los grandes establecimientos destinados a la asistencia de los enfermos mentales, institutos de maternidad y puericultura — ya construidos y prontos a habilitarse, — los sanatorios de llanura, los centros cardiológicos y anticancerosos proyectados.

La prestación totalmente gratuita de los servicios hospitalarios podrá en esta forma ser regulada convenientemente, brindándose a cada enfermo la asistencia adecuada a la gravedad o importancia de su padecimiento, evitándose la penosa deambulación incontrolada de los mismos y el retardo consiguiente para obtener su hospitalización.

Se ha previsto, igualmente, la coordinación

# INALOFEDRINA

β FENIL-ISOPROPIL-AMINA

## INHALANTE BALSAMICO VASOCONSTRICTOR

asegura el contacto del medicamento con toda la mucosa respiratoria superior

CADA INHALADOR CONTIENE:

β Fenil-isopropil-amina	mgrs.	333
Esencia de Eucaliptus G.	"	333
Esencia de Pino Pumillo	"	500

**LABORATORIOS SOUBEIRAN-CHOBET**  
**VERARDO & CIA.**  
SARMIENTO 2748  
BUENOS AIRES

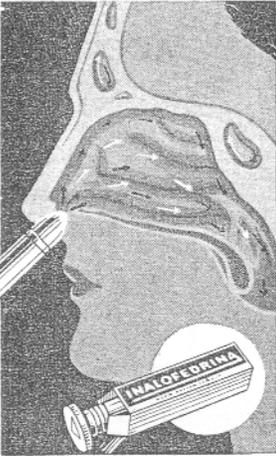


Figura 1. Continuación

REVISTA DE LA FEDERACION MEDICA DE LA REPUBLICA ARGENTINA . 20

de servicios con los que prestan los establecimientos hospitalarios actualmente existentes en las ciudades y zonas rurales, unificando el sistema técnicoadministrativo de la dación de los mismos, para impedir la repetición inútil y antieconómica en la internación de enfermos en distintos establecimientos desconectados entre sí, para poder unificar los historiales clínicos y disminuir el gasto superfluo que origina la falta de orientación en este sentido.

La transferencia de los servicios sanitarios y hospitalarios de los municipios al organismo sanitario provincial ha tenido ya feliz iniciación con la transferencia de la administración sanitaria y asistencia social de la ciudad de Santa Fe. A ella han de seguirse pronto las de las otras ciudades y comunas, que esperan poder entrar en el servicio coordinado que se ha proyectado con verdadera impaciencia.

La descentralización de la acción médica sanitaria y social, orientada y dirigida por un comando único, representado por el Consejo General de Sanidad, con todas sus dependencias técnicas, representa para la provincia de Santa Fe un paso de singular proyección en el camino ascendente de su perfeccionamiento sanitario.

Quedaba abierto, con el advenimiento de una política sanitaria integral, el camino para que Santa Fe ampliara, aun en el terreno social, la importancia de sus organizaciones consagradas al bienestar y la salud de sus habitantes.

Si para la conservación y mejoramiento de la salud colectiva tiene fundamental valor, al lado de los factores ya mencionados anteriormente, debía tratarse de rodear al hombre del medio ambiente adecuado, poner a su disposición la posibilidad de procurarse la alimentación racional y suficiente, la vivienda higiénica y el vestido, lo que en suma signi-

fica que el hombre tenga un trabajo convenientemente remunerado y realizado en condiciones de sanidad irreprochables, que le permitan procurarse, sin penas, todos los otros elementos necesarios para la vida normal.

En pocas palabras, si la salud constituye un elemento primordial para el bienestar individual, debe reconocerse que, a su vez, todos los factores capaces de condicionar el bienestar social son los mismos que permiten mantener la salud individual.

Se concibe entonces que los problemas relacionados con el trabajo y la producción, la asistencia médica y social, la industria y la higiene del trabajo, deben ser considerados en conjunto.

Al contrario de lo que acontece en el mundo inorgánico, las partes no se comprenden, en las cuestiones que como la salud tienen tan íntima vinculación con los factores sociales generales, sino mediante una clara comprensión del problema en su totalidad.

Y para prestar la debida atención a cada uno de estos factores, dentro de una permanente interrelación, y coordinar la acción actual de manera lógica y racional, se creó en la provincia de Santa Fe el Ministerio de Salud Pública y Trabajo.

La organización de este ministerio, que no tiene aún un año de vida, se halla esquematizada en un gráfico, donde se especifica cómo el ministro preside al mismo tiempo dos consejos: el de Sanidad y el de Economía, a fin de coordinar la labor de ambas ramas, tan estrechamente vinculadas por los motivos que acabo de analizar.

De las consideraciones expuestas puede deducirse por qué ha sido posible ya legislar en nuestra provincia sobre algunos tópicos de indudable importancia social, con el directo

---

# Formitrol

constituye el antiséptico más útil y agradable, no sólo para las afecciones de la garganta, sino también para la profilaxis bucal y de las vías respiratorias superiores.

Usando estas pastillas, se evitará el contagio de las enfermedades infecciosas, que con frecuencia se presentan en los cambios bruscos de temperatura.

**Envases de venta: Tubos de 30 pastillas y cajitas de 8, muy cómodas para llevar en el bolsillo.**

MUESTRAS  
GRATIS A LOS  
SEÑORES  
MEDICOS




**Concesionario: A. PERRONE - French 2334 - Buenos Aires**

Figura 1. Continuación

30 REVISTA DE LA FEDERACION MEDICA DE LA REPUBLICA ARGENTINA

asesoramiento y orientación del Ministerio de Salud Pública y Trabajo.

Digna de destacarse es la reciente aprobación del Código Bromatológico, que unifica normas y procedimientos en todo el territorio de la provincia, y que podrá hacerse efectivo gracias a la existencia del Instituto Bromatológico, dependiente del Consejo General de Sanidad, y cuya organización y competencia podrán hacer sentir su benéfica acción en forma paralela y simultánea en todas las localidades de la provincia.

La política sanitaria santafecina tiene una clara orientación; sus organismos técnicos saben lo que se proponen, y por ello insisten en la necesidad de elevar la economía general, racionalizar la producción, el trabajo, el comercio, y propender al mejoramiento sanitario de la provincia.

Ha llegado el momento, evidentemente, en el cual el país debe abocarse decididamente a la solución de los problemas sanitarios y médicosociales que lo afligen. Esta solución debe ser integral y obedecer a un plan de conjunto cuidadosamente elaborado sobre la base de un conocimiento real de las necesidades, y cuya realización sea factible a través de un determinado número de años, a fin de que los problemas de orden nacional, provincial y regional puedan ser encarados con una acción paulatina y coordinada, evitándose las improvisaciones y obras disgregadas, que retardan incesantemente la evolución de nuestra sanidad.

Contrariamente a lo que podría suponerse, las dificultades para obtener la unificación de comando en la sanidad del país serían mucho menores, en lo que se refiere a la actitud que podrían asumir al respecto los organismos sanitarios provinciales, que las que opondrían los gobiernos municipales. Además, cabe dentro de una ley y plan de conjunto, armonizar fácilmente todos los intereses, sin necesidad de llegarse bruscamente a la eliminación de las autoridades sanitarias provinciales, que tienen razones múltiples, seguramente, para subsistir con la relativa independencia que la particular acción local debe imponerles, mientras no se haya impuesto en el país la carrera sanitaria como norma para el personal técnico, con todos los privilegios y responsabilidades que crea un cargo específico y estable, independiente totalmente de las oscilaciones inevitables de las contingencias políticas.

Recursos federales distribuidos equitativamente para la realización de este plan, atendiendo sólo a las necesidades de cada una de las zonas del país, para compensar los recursos propios de cada provincia, vendrían a crear el clima de igualdad frente a estos problemas en todo el país.

Para obtener la unificación de los servicios sanitarios en el país, es menester, no obstante, realizar una tarea de divulgación para llevar al ánimo de todos el convencimiento de que la unidad de comando es un paso imprescindible para la realización de cualquier programa de acción sanitaria integral.

La existencia de leyes orgánicas municipales propias de las repúblicas federativas como la nuestra, que confieren a sus respectivos gobiernos la dirección de determinados asuntos de orden administrativo, y en las que, por el hábito inveterado y aun por expresas disposiciones reglamentarias, ciertas funciones que

# EUPHORISAN

Método de desensibilización polivalente.

<u>DERMATOSIS</u>	<u>PRURITOS</u>	<u>ANAFILAXIAS</u>
<u>PRURIGINOSAS</u>		<u>INTOXICACIONES</u>

*3 sellos o 6 grageas por día*

CASOS AGUDOS:  
INYECCIONES INTRAVENOSAS

---

**EUPHORISAN INFANTIL**  
GRANULADO SOLUBLE DE GRATO SABOR  
1 cucharita de las de café por año de edad en las 24 horas

---

**MARIO ARANO**

DONATO ALVAREZ 1116 BUENOS AIRES

Figura 1. Continuación

REVISTA DE LA FEDERACION MEDICA DE LA REPUBLICA ARGENTINA 51

tienen atinencia con el cuidado de la salud pública constituyen argumentos en los cuales se escudan los defensores del régimen autónomo municipal, al reclamar el derecho y la atribución de contar con una propia organización sanitaria, totalmente desligada, en los principios que la rigen y en su contextura técnicoadministrativa, de cualquier otra.

Y si es lógico y deseable que este criterio sea defendido para aquellos asuntos que tienen un interés realmente local, pierde inmediatamente su sentido cuando se invoca para las cuestiones múltiples y complejas relacionadas con la defensa de la salud pública. Porque, en estos casos, esta posición choca y se contradice con los intereses y las necesidades de la sanidad.

¿Qué valor podrían tener las autonomías en el orden municipal, si teóricamente confiriera a cada núcleo de población el derecho y la obligación de velar por la higiene pública y la salud de sus habitantes, cuando prácticamente estas complicadas funciones exigen medios técnicos, personal adecuado y recursos económicos siempre cuantiosos?

Sólo pueden hacer uso de esta prerrogativa muy contados núcleos urbanos, colocando a sus habitantes en una situación de privilegio frente a las otras poblaciones, en forma injusta y contraria a los intereses colectivos.

Ello explica bien la diferente asistencia que brindan hoy a sus habitantes las grandes ciudades, densamente pobladas y de sólida economía, y el desamparo total en que se encuentran las que no pueden reunir estas condiciones y que son, sin duda, la inmensa mayoría.

Analizando con mayor objetividad este problema, poco cuesta llegar a la comprobación de que, aun en las grandes ciudades, las mejores condiciones higiénicas pueden resultar insuficientes en algunas ocasiones para preservar a sus habitantes, mientras las zonas rurales que las rodean y con las que se hallan unidas por el intercambio comercial y las relaciones sociales se hallan lejos de presentar una igual defensa en el orden higiénico.

El mal estado sanitario de cualquier población puede repercutir pesadamente sobre la ciudad mejor defendida, no sólo desde el punto de vista sanitario estricto, sino también desde el punto de vista económico-social.

Las grandes causas de morbilidad por enfermedades infectocontagiosas no reconocen fronteras artificiales, ni pueden ser detenidas por decretos administrativos.

Valga de ejemplo el perjuicio que representa para cualquier población la introducción de alimentos en malas condiciones de elaboración y de conservación.

Basta observar cómo los hospitales de las grandes ciudades se hallan plétóricos de enfermos de otras poblaciones, desde las cuales acuden exclusivamente porque en su zona faltan establecimientos para su asistencia, y no por las características del mal que padecen, de tal modo que la propia población tributaria de la ciudad o de la zona, y que contribuye a mantener los servicios sanitarios, encuentra dificultades para su asistencia.

Esto, que hemos podido palparlo con toda evidencia en los estudios realizados por nosotros en la provincia y en la práctica, nos habla claramente de la necesidad de contar con una legislación adecuada a este respecto que se ajuste a las verdaderas necesidades sanitarias del país, si se desea realmente resolver los problemas sanitarios en forma integral.

Y aun haciendo abstracción de la importante carga económica que para las municipalidades acomodadas significa el importante núcleo de enfermos de otras zonas que recurren a ellas en demanda de asistencia, no podríamos de ningún modo desconocer la necesidad de que esa atención esté sujeta a un plan orgánico, que es el Estado general el encargado de llevar a feliz realización.

Bien ha dicho a este respecto el doctor Alcides Greca, en su obra "Derecho municipal", que más fácilmente desaparecería el Estado si dejara de atender la salud pública y la asistencia social, que si desguarneciera sus fronteras o hiciera caso omiso de las funciones policiales que para asegurar la justicia tiene a su cargo. Con esto se refirma el concepto de que no puede dejarse a la actividad aislada e inconexa de los diversos núcleos con autonomía local la solución de un problema que afecta al todo social y que por ello requiere una solución integral.

Creo sinceramente que la elaboración de un plan previo podría iniciarse provocando una conferencia sanitaria interprovincial, bajo el patrocinio del Departamento Nacional de Higiene, en la que la Capital Federal intervenga a igual título que las provincias y donde estén convenientemente representados los diferentes gremios del arte de curar: médicos, odontólogos, farmacéuticos y veterinarios.

Podrían reunirse con tal motivo los directores de sanidad, acompañados por los funcionarios de las respectivas organizaciones que

**ABSOLUTAMENTE INDOLORO**

**PIPERIOD**

Fórmula original de una combinación de  
Piperazina con DOS moléculas de Yodo.

SUBCUTANEA — INTRAMUSCULAR — VENOSA

Especialmente indicado para el tratamiento del  
REUMATISMO, AGUDO Y CRONICO; ARTERIO-  
ESCLEROSIS; ARTRITIS; GOTA; URICEMIA;  
LUMBAGO; CIATICA; MIALGIA; NEURALGIA;  
OXALEMIA; OBESIDAD; ETC.

Caja de 10 ampollas de 2 cm.3  
1 ampolla día por medio o según prescripción  
médica.

●

**I. E. M. A.**

LITERATURA Y MUESTRAS  
SADI CARNOT 228 — U. T. 62-4330

Figura 1. Continuación

REVISTA DE LA FEDERACION MEDICA DE LA REPUBLICA ARGENTINA 33

tuvieran una mayor experiencia y conocimiento de estos asuntos.

Carece nuestro país, en general, de técnicos especializados, pero la preocupación y buena disposición de los hombres que tienen la responsabilidad de resolver los problemas sanitarios pueden suplir, con su buena voluntad y su esfuerzo inteligente, las dificultades de este primer paso hacia la elaboración de un plan sanitario nacional. Destacado lugar ha de corresponder en esta tarea al Departamento Nacional de Higiene, por razones fáciles de comprender.

La verdadera coordinación y posterior unificación de comando surgiría en forma natural de una conferencia de esta índole, que, como es lógico, debería constituirse en sesión permanente hasta la dilucidación de todos los asuntos que le corresponden tratar.

No hay duda de que el Superior Gobierno de la Nación y los gobiernos provinciales apoyarían una iniciativa de este género y aportarían recursos económicos necesarios y de todo orden para que los estudios que fuere preciso emprender arribaran a conclusiones concretas.

Corresponde aclarar que iniciativas de esta índole se ven partir ya desde el mismo Departamento Nacional de Higiene, y personalmente he podido comprobar que comulgan con esta idea de pensar, en general, caracterizados

directores de sanidad de las provincias del interior y del litoral, y distinguidos profesionales del país.

El plan a trazarse debe tener presente que la labor sanitaria que corresponde emprender debe desarrollarse sobre una base estrictamente científica, fijando normas de acción que alcancen una significación capaz de repercutir en forma efectiva y cierta sobre la salubridad general del país y de sus habitantes, no dejándose llevar exclusivamente por la tendencia a la realización de obras de resultados inmediatos, que en la mayor parte de las ocasiones sólo tienen un efecto transitorio o efímero. Aquí es necesario recordar lo que hemos dicho sobre lo que debe entenderse como sanidad integral.

Por ejemplo: Si nuestras organizaciones sanitarias planearan solamente la forma de proveer de medicamentos y comodidad para su asistencia a los enfermos que a diario lo reclaman, para aliviar o curar sus enfermedades, se habría cumplido una obra útil y de indudable significación social, pero para la sanidad y el mejoramiento general del estado de salubridad de la población el resultado obtenido tendría poca trascendencia. En cambio, los estudios que se emprendan y realicen para poder poner en acción los métodos preventivos y conseguir la erradicación de las enfermedades por el saneamiento y los otros recursos de

## SERO - BACTERIAS "LEMOS"

*ANTI - GRIPAL*  
*ANTI - CATARRAL*  
*ANTI - BRONCO - PNEUMONICA*

Tres productos que por su naturaleza y técnica de preparación reúnen las siguientes ventajas:

- 1ª Son absolutamente inocuas.
- 2ª No dan reacción local ni general.
- 3ª Por los anticuerpos que contienen, libres de albúminas y otras sustancias propias de los sueros, obran como éstos, pero sin producir fenómenos concomitantes.
- 4ª Por sus bacterias atenuadas y libres de toxinas, producen inmediata inmunización activa, facilitada por la acción combinada de los anticuerpos.
- 5ª Por no tener acción tóxica, evidenciada en sus similares y en general en todas las vacunas simples, que provocan las reacciones locales y generales, innecesarias para la creación del estado de inmunidad, SON DOBLEMENTE APRECIABLES EN LA TERAPEUTICA INFANTIL.
- 6ª No tienen ninguna contraindicación.

**SOLICITE MUESTRAS**

Sgo. del Estero 1162 • Buenos Aires • Laboratorios "LEMOS"

Figura 1. Continuación

36 REVISTA DE LA FEDERACION MEDICA DE LA REPUBLICA ARGENTINA

orden médico y social a nuestra disposición, tienen un valor y una importancia social y científica extraordinaria. Sus efectos y resultados podrán ser definitivos y perdurables a través del tiempo.

Surge de aquí que, al planearse en materia de sanidad, conviene apartarse definitivamente de las normas rutinarias, para racionalizar al máximo la acción. Planes científicamente elaborados a cumplirse paulatinamente por una organización sólidamente establecida y adaptada a las reales exigencias sanitarias.

Como es natural, al igual que lo que pasa en los distintos órdenes de las actividades económicas, sociales y políticas, la solución deberá basarse en un perfecto y total conocimiento de la situación, como punto de partida, e ir controlándose los resultados obtenidos en forma acabada y permanente.

El método estadístico aplicado a los estudios sanitarios adquiere todo su valor cuando consigue presentar a consideración de las autoridades las características biovitales de la población: en su estado normal y patológico, desde un punto de vista individual y colectivo, y en relación al medio ambiente, porque de allí han de surgir los métodos más eficaces de prevención y saneamiento. Sin conocer es imposible prever.

Y es precisamente la posibilidad que nos ofrece la ciencia moderna para estudiar a fondo los problemas que inciden sobre la salud y el bienestar colectivos lo que nos permite ser optimistas, en la actualidad, sobre el destino que espera al género humano cuando los remedios, puestos al servicio de tan noble causa, se ajustan a la importancia y magnitud de los males que impiden al hombre liberarse de la enfermedad, que disminuye su rendimiento económico-social y acorta su vida.

Por su importancia, he dejado para el final justamente la consideración sobre la participación que cabe a los médicos en todos estos complejos y variados problemas que he abor-

dado tan someramente, y que constituyen, cada uno de ellos, partes indisolubles para la obtención de la sanidad nacional que todos ansiamos.

Es con verdadera pena que debemos confesar que nuestras escuelas de medicina no han sabido ponerse, en lo que respecta a la medicina, en el terreno de capacitación profesional que la época actual reclama. Es verdad que su misión específica es la de preparar médicos para el ejercicio de la profesión y realizar, dentro de los más amplios límites, la investigación científica, pero el contenido social de las diferentes disciplinas se reconoce con cierta dificultad. Sólo en los últimos años, podemos decir, se ha intensificado el estudio de la medicina social en las cátedras correspondientes, pero el aporte que esta enseñanza, desde el punto de vista técnico y especializado, brinda al país es totalmente insuficiente. Ello explica que entre nosotros basta el título de doctor en medicina, esté el médico especializado o no en cualquiera de las ramas de la cirugía o de la clínica, para ejercer la profesión sanitaria, y todavía casi siempre en carácter esporádico o temporal.

Explica esta situación el atraso relativo, en proporción a las posibilidades, de nuestra sanidad.

Corresponde ir a la solución necesaria para que la profesión de médico sanitario tome carta de ciudadanía en el país, sobre la base de estudios serios completos y especializados, e independientemente o en colaboración de las universidades, por parte de los mismos organismos sanitarios, que ofrecen, indiscutiblemente, para quienes deseen consagrarse a dicha disciplina, el mejor campo de experimentación y de trabajo.

Se hace angustiosa esta falta de personal técnico especializado cuando se piensa que, en una organización sanitaria integral y racional, es menester crear la carrera sanitaria, y cuando la misma sanidad necesita en todo el

---

**Bronquistol**  
INYECCABLE

PARA LA ANTISEPSIA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS  
Balsámico - Sedante - Espectorante.

PRESENTACION:  
Simple adultos 4 amp. - Simple infantil 5 amp. - Quinina adultos 6 amp.  
Simple adultos 12 amp. - Quinina infantil 3 amp. - Colesterina 12 amp.  
Por Comp.

1 a 3 amp. en las 24 horas

LABORATORIOS HISTOL  QUIS B. LAPACEITE - B. A. ARES

AL SERVICIO DEL MEDICO

Figura 1. Continuación

38 REVISTA DE LA FEDERACION MEDICA DE LA REPUBLICA ARGENTINA

país profesionales completos y especializados para dirigir sus destinos por rutas certeras.

Se comprende también por qué toda la acción médicosocial desarrollada por los hombres de nuestro país colocados al frente de sus organismos sanitarios haya dado participación tan marcada a la asistencia curativa, encarrando la misma independientemente de todos los problemas sociales y generales.

No obstante, en la necesidad imperiosa de llenar los claros en este terreno, tenemos un recurso no despreciable, si sabemos despertar a tiempo en nuestros médicos la vocación por estos problemas, asegurándoles luego, en el ejercicio de la profesión sanitaria, la estabilidad suficiente para que puedan consagrarse por entero y a tiempo completo a esta función.

En la provincia de Santa Fe hemos iniciado ya esta tarea; ya tenemos en nuestra organización sanitaria un buen número de cargos a llenarse en carácter de *full-time*, número que consideramos exiguo y que iremos aumentando paulatinamente hasta llenar todas las necesidades, a fin de evitar que la superposición de funciones y de cargos diferentes reste eficacia a la labor.

Yo no creo que sea un problema fácil conseguir que el ejercicio de la profesión en nuestro país se oficialice totalmente, mientras nuestra estructura económicosocial se mantenga en el estado actual, pero sí tengo la convicción de que la complejidad del actual ejercicio de la profesión, la extremada especialización a que debe consagrarse un núcleo importante de médicos que ejercen en privado y en los establecimientos hospitalarios, ha llegado a deshumanizar en buena medida el ejercicio de la profesión, al punto de que ya no es imprescindible solamente que complete la obra frente al enfermo la acción de las visitadoras de higiene, no sólo por razones técnicas, sino también por razones humanitarias.

Y esta tarea de sensibilizar al médico de nuestros días, que no realiza la escuela de medicina en la medida necesaria, es obra meritoria que realizan sin cesar los diferentes gremios del arte de curar, al inculcar a sus miembros ideas de solidaridad para la sociedad en que ejercen y de confraternidad para sus colegas, como un medio de dignificar y dar prestigio a profesiones que siempre han dado a la sociedad más de lo que han recibido.

Pero el ejercicio del arte de curar no podría nunca y en ninguna circunstancia transformarse en una pura técnica, si los profesionales tuvieran clara conciencia de su responsabilidad y de la misión que les toca cumplir.

"Para ser el médico que yo sueño que seas, hijo mío — dice el profesor David Staffieri en un trabajo titulado "El médico que hubiese deseado ser", — deberá acumular tu corazón un gran tesoro de bondad. Ser muy inteligente, saber mucho, estudiar afanosamente, no es suficiente, ni con mucho, para ser un buen médico. Si no eres capaz de un hondo sentimiento de humana simpatía que te acerque al que sufre, si no ves en cada hombre un hermano, si no te sientes capaz o, mejor, si no deseas compartir todos los dolores que seas llamado a aliviar, si la angustia de la madre anhelante no es para tu corazón un clamor vibrante, si no te rebela la injusticia, si no te duelen la maldad y el egoísmo, si en el ser más oscuro no sabes imaginar una partícula de luz, si no eres capaz de emocionarte ante la belleza moral, si no eres capaz de repudiar la doblez y la mentira y de despreciar lo despreciable, no podrás ser buen médico. No podrás ser buen médico si no encuentras una plena satisfacción intelectual en la sensación de haber resuelto bien un problema diagnóstico o terapéutico complejo u obscuro; pero

## Sanatorio de Pulmón

**del Dr. Remigio Consiglieri**

DEL HOSPITAL MUÑIZ

Docente libre y Jefe de clínica de Tuberculosis de la F. de M. de B. A.

<p><b>BURZACO (F. C. S.)</b>  <b>COLON Y 25 DE MAYO</b>  <b>U. T. (249) BURZACO 180</b></p>	<p>Pensión con asistencia médica, laboratorio y radiología.            En habitación particular: \$ 250, 200 y 160            " " de 2 pacientes: " 200, 180 y 150</p>
---	--

Figura 1. Continuación

40 REVISTA DE LA FEDERACION MEDICA DE LA REPUBLICA ARGENTINA

tampoco podrás ser buen médico si no te cubre de sombras el alma el tener que asistir impaciente al derrumbe que no puedes evitar, y si no te llena de íntimo regocijo ver cómo has contribuido a que vuelva a una cara el color y la sonrisa, y a un alma el sosiego y la alegría."

Es darle a la profesión médica su contenido humano y social indispensables.

Pero también soy decidido partidario de que la sociedad no aproveche injustamente del esfuerzo y del trabajo gratuito o mal recompensado de los profesionales, que necesitan, evidentemente, un mínimo de standard en sus exigencias económicas para permitir que las ideas nobles y los sentimientos generosos no se vean sustituidos por el pesimismo y las dificultades de todo orden que a cada paso se les crean. Soy partidario decidido de arraigar profundamente a los profesionales en el medio hospitalario o en la institución sanitaria donde prestan su concurso, sean éstos de carácter privado o estadual, a fin de permitir que, solidarizados con la obra y la acción de estas instituciones, rindan el máximo en beneficio de la sociedad.

Señores colegas:

Yo no sé si he aportado alguna nueva idea al claro pensamiento y concepto que todos ustedes tienen sobre el tema que he desarrollado en forma tan fragmentaria y dispersa.

Cada tópico del mismo se haría merecedor de una más profunda y completa consideración. Pero he venido a ocupar esta tribuna con la modesta pretensión de vivir con ustedes la emoción de este período de la historia de nuestra sanidad, que se halla en plena gestación. Nadie puede pretender haber logrado exhaustivamente la verdad. De la experiencia y del esfuerzo de todos, ella ha de surgir.

Pero he querido traer mi colaboración y la experiencia de nuestra provincia en este terreno, porque con valentía y decisión hemos entrado en el campo de las realizaciones. Y nuestra experiencia y nuestra obra, si no sirvieran de ejemplo o de modelo para la más amplia y vasta que es necesario realizar en el orden nacional, representa, sin duda, una avanzada y un elemento de estímulo que debe ser aprovechado.

Las obras perdurables, una vez perfiladas, muestran la tendencia y anticipan su futuro. Es posible que nos sea dado a nosotros mismos verla en plena floración, pero marchando hacia adelante, con la ilusión de soñarla perfecta, nos resignamos a no tener ese privilegio, a semejanza del personaje a quien Dante hace decir en uno de sus divinos cantos:

"Como aquel que va de noche, llevando una lámpara a su espalda, no aprovecha su luz, pero ilumina a los que marchan detrás suyo."

## SANATORIO "RAWSON"

Director: Dr. EZEQUIEL REGGIANI

---

### CUERPO MEDICO

<p>Clínica Quirúrgica Prof. José Caciro</p> <p>Clínica Quirúrgica Dr. Edmundo P. Paz</p> <p>Ginecología Dr. Roberto Fellner</p> <p>Clínica Médica Dr. Ezequiel Reggiani</p> <p>Partos Dr. Guillermo Lovazzano</p> <p>Niños Dr. Juan Dominelli</p>	<p>Rayos Dr. Fernando Corsellas</p> <p>Urinarias Dr. Ricardo Bernardi</p> <p>Nariz-Oído-Garganta Dr. Florindo Rovelotti</p> <p>Ojos Dr. Jorge Balza</p> <p>Médico Interno Dr. Atilio Reggiani</p> <p>Laboratorio Dr. Oscar Filippi</p>
---	--

ENTRE RIOS 1669

U. T. 23 - 7514