

REGIONALIZACION DE SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL*

REINALDO A. FERRER, A.B., M.D., M.P.H., F.A.P.H.A.

Consultor en Planificación, Organización y Administración de Servicios Integrados de Salud Pública, Medicina Asistencial y Medicina Social, Departamento de Salud, Estado Libre Asociado de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico

Los pilares “disponibilidad de fuentes de trabajo y habilidad física e intelectual para trabajar” sostienen a nuestra sociedad. El progreso socioeconómico de la nación depende de la armonía que existe entre éstos. Una nación no se dedica exclusivamente al desarrollo de sus recursos naturales y al aumento de oportunidades de trabajo mediante la inversión económica, y abandona el desarrollo físico e intelectual, la habilidad creadora y el fomento de la responsabilidad cívica de sus ciudadanos.

Los servicios de salud y bienestar social, en su organización, financiamiento y administración, reflejan la finalidad de la nación, su deseo y necesidad de garantizar a sus ciudadanos el derecho a disfrutar, a plenitud, su salud física, mental y social. Por medio de estos servicios, la nación contribuye a fortalecer constantemente la solidez del pilar “habilidad física e intelectual para trabajar” de cada ciudadano. Este pilar sentado por el Estado y el progreso médico-sanitarios de la nación, forma parte de todo el proceso mediante el cual se planifica el desarrollo socioeconómico de ésta.

Las características sociales, culturales y económicas de la población se reflejan en la organización, financiamiento y administración de los programas de servicios de salud y bienestar social establecidos en la nación. Son estos servicios la historia “cuesta arriba” de la nación en la búsqueda de métodos de brindar a la ciudadanía igualdad de oportunidades para desarrollarse debidamente, vivir bien, recuperar la salud cuando la pierde, educarse, producir y consumir las riquezas materiales y espirituales del ambiente social que la rodea. Es en fin,

parte de la historia de la lucha que la ciudadanía ha sostenido y sigue sosteniendo para conquistar su felicidad en esta tierra.

Esta historia indica que no han sido del todo efectivos y apropiados los métodos, hasta ahora utilizados, para hacer accesibles a la ciudadanía los servicios de salud y bienestar social que ésta demanda o necesita. La creación y financiamiento de programas de servicios para la solución categórica de determinados problemas de salud y bienestar social han resultado en la fragmentación de las ciencias médicas y sociales, en la duplicación de servicios y esfuerzos técnicoadministrativos y en la inefectiva utilización de limitados recursos. Las naciones en desarrollo y las hoy clasificadas como desarrolladas, continúan buscando métodos que les permitan organizar, financiar y administrar sus servicios de salud y bienestar social en forma tal que devuelvan al seno de éstos la armonía de las ciencias médicas y sociales. Parece que este propósito puede lograrse mediante la organización, financiamiento y administración de servicios integrados de salud y bienestar, sobre bases regionales.

SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

La finalidad que persigue la integración de los servicios de salud y bienestar es el planificar la organización, financiamiento y administración de éstos de acuerdo con una jerarquía de actividades, funciones y responsabilidades, cuya integridad la garantiza, cual cemento mágico, la relación y acción armónica de sus partes. Esto no es nuevo ni misterioso y aunque se le considera factible en teoría, su aplicación práctica

* Manuscrito recibido en julio de 1963.

siempre ha sido entorpecida por grandes y poderosos obstáculos. Han sido éstos defectos del entendimiento humano que adornan nuestra conducta personal y profesional y que nos llevan a rechazar la utilización, aunque en forma experimental, de los procedimientos heterodoxos, que muchas veces requieren la aplicación práctica del concepto. Esta conducta obliga a la ciudadanía a pagar una multa al mantener estacionado su progreso médicosocial en el área de estacionamiento de la ortodoxia por más tiempo que el autorizado.

Mediante la integración de sus servicios de salud y bienestar social, una nación puede examinar, y buscar soluciones adecuadas a, los problemas de salud y bienestar de su ciudadanía, en términos de:

1) Lograr una distribución equitativa y la utilización efectiva de todos los recursos disponibles para el fomento de la salud y del bienestar social de sus ciudadanos.

2) Organizar, financiar y administrar sus programas de servicios de salud y bienestar social según procedimientos que permitan a sus ciudadanos igualdad de oportunidades para disfrutar de éstos.

3) Obtener una perspectiva equilibrada de la naturaleza y extensión de los problemas de salud y bienestar social existentes en la nación y fijar un sistema de prioridades para su solución.

4) Eliminar el aislamiento, las limitaciones administrativas, fiscales y técnicas de los programas de servicios existentes.

5) Integrar la educación y el adiestramiento de personal técnico como parte de la organización que recluta, retiene y utiliza este personal, en la prestación de servicios de salud y bienestar.

La justificación de planear la integración de sus servicios de salud y bienestar social, la encuentra la nación en la variación existente de la calidad, cantidad, variedad y distribución de éstos. Existen muchas avenidas para lograr la integración, pero la finalidad de todas siempre debe ser la misma:

“el logro de servicios integrados de salud y bienestar social de carácter completo para toda la ciudadanía.”

DE LA TEORIA A LA PRACTICA— REGIONALIZACION

Funcionando dentro del aislamiento de su actual individualidad económica, administrativa y profesional, la actual organización, financiamiento y administración de servicios de salud y bienestar social es terreno árido para sembrar y hacer crecer la delicada y sensitiva planta “servicios integrados”. El terreno fértil para esta planta es la organización y administración de servicios integrados de salud y bienestar social sobre bases regionales.

La nación se divide en regiones de servicio, cuyo tamaño en términos de extensión territorial, población, recursos económicos y facilidades y programas de servicio a establecerse, puede determinarse objetiva y científicamente utilizando para ello los siguientes factores:

- 1) Características de la población de cada región:
 - a) Densidad de la población.
 - b) Distribución por sexo, edades, estado civil.
 - c) Migración intra y extraregional.
 - d) Nivel cultural, económico y social.
- 3) Planes de futuro desarrollo sociocultural.
- 2) Características geográficas de cada región:
 - a) Clima.
 - b) Topografía.
 - c) Recursos naturales.
 - d) Otros.
- 3) Desarrollo económico de cada región:
 - a) Fuentes de trabajo.
 - b) Características agrícolas, comerciales e industriales.
 - c) Vías de comunicación y transporte.
 - d) Planes del futuro desarrollo agrícola, comercial, industrial.
- 4) Estado médicosocial de cada región:
 - a) Programas existentes de salud pública y medicina preventiva, su naturaleza y extensión.
 - b) Programas de servicio médico y de

hospitalización; su naturaleza y extensión.

- c) Programas de bienestar social, su naturaleza y extensión.
 - d) Principales problemas de salud y bienestar social: morbilidad, mortalidad, incapacidad física, mental y social de la población.
 - e) Facilidades físicas disponibles para atender los problemas de salud y bienestar social.
 - f) Recursos humanos para prestar servicios de salud y bienestar social.
 - g) Patrones actuales de organización, financiamiento y administración de los servicios de salud y bienestar social.
 - h) Facilidades físicas, y su cantidad, capacidad, calidad para la educación y adiestramiento profesionales de personal médico y de personal auxiliar.
 - i) Necesidades futuras de servicios de salud y bienestar social y planes para afrontarlas.
- 5) Estructura gubernamental de cada región:
- a) Divisiones y subdivisiones políticas.
 - b) Estabilidad política en sus aspectos legislativos, ejecutivos y judiciales
 - c) Legislación social y médicosanitaria
 - d) Futuros cambios de la estructura gubernamental

El desarrollo normal y el funcionamiento eficiente de servicios integrados de salud y bienestar social sobre bases regionales, requiere que existan en la nación y en sus regiones de servicio:

1) Estabilidad política, elemento esencial para planear a corto y largo plazo estos servicios, dentro, y como parte, del proceso mediante el cual se planifica el desarrollo socioeconómico de la nación y sus regiones.

2) Una estructura gubernamental en todos los niveles políticos de la nación, lista a orientar, estimular y ayudar en la medida que los recursos lo permitan, la planificación, organización y administración de estos servicios. Esto hará posible eliminar aquellas medidas de control y fiscalización que en su día tuvieron razón de ser, pero que hoy, gracias al progreso alcanzado en la administración de los servicios públicos, resultan ser

formidables obstáculos a la marcha eficiente de servicios integrados de salud y bienestar social organizados sobre bases regionales.

3) Una ciudadanía informada y consciente de los problemas de salud y bienestar social existentes, de los esfuerzos que su gobierno hace para resolverlos y lista a participar activamente en la búsqueda de mejores o nuevas soluciones de éstos.

4) Una actitud gubernamental y ciudadana que permita dar a los problemas de salud y bienestar social de la nación el sitio de urgencia e importancia que les corresponde por su naturaleza, en el momento en que se hace la planificación de la utilización de los recursos nacionales y regionales para el futuro desarrollo económicosocial de la nación.

A una organización y administración regional de servicios integrados de salud y bienestar social, capaz de satisfacer las necesidades que de éstos pueda tener la ciudadanía, la adornan los atributos siguientes:

Profesionales

1) Organización profesional de los servicios que continuamente fortalece la unidad monolítica de éstos y los hace disponibles a toda la ciudadanía.

2) Personal profesional y subprofesional totalmente identificado con la filosofía que inspira los servicios, que ha definido la gerencia de éstos y que es el marco de referencia que gobierna la conducta profesional del personal que los presta a la ciudadanía.

3) Personal organizado que trabaja en equipos técnicos, y coordinación de recursos físicos e intelectuales disponibles, cada disciplina profesional aportando éstos en la medida que le corresponda y evitando la duplicación de esfuerzos profesionales y de servicios.

4) Labor profesional, que se hace bajo altas normas de eficiencia y que permita el continuo crecimiento profesional de los servicios.

5) Disponibilidad del personal para rendir

sus servicios en el lugar donde se necesiten, desde la cumbre hasta el fondo de la región y viceversa.

6) Personal profesional que evalúa la labor realizada en busca de mejores o nuevos métodos para el ejercicio de su función profesional dentro de la organización.

7) Distribución científica y objetiva de los recursos disponibles en toda la región.

8) Organización, donde se han integrado, como parte de un mismo proceso, la educación y el adiestramiento del personal y la utilización de éste en la prestación de servicios a la comunidad.

Administrativos

1) Organización administrativa de los servicios que funcionan al mismo ritmo y bajo el mismo marco filosófico de la organización profesional.

2) La organización administrativa como instrumento que en todo momento facilita y no entorpece la prestación de servicio profesional a la comunidad.

3) Establecimiento de un continuo y libre movimiento de materiales, de equipo y de servicios administrativos generales entre todas las instituciones y programas de salud y bienestar social de la región. Se ha logrado una fórmula para hacer una distribución equitativa de los recursos disponibles en toda la región.

De tal modo, como en el caso de Puerto Rico, la administración regional se ganará el respeto de la organización profesional, de los servicios y de la ciudadanía que hace uso de éstos.

LA EXPERIENCIA DE PUERTO RICO

Los municipios de Puerto Rico siempre han sido y son responsables de proporcionar servicios médicos, de hospitalización y de asistencia social a los ciudadanos cuya pobre situación económica les permite utilizar éstos sin tener que pagar directamente el costo de los mismos.

Los servicios de salud pública y medicina preventiva que fomentan la salud, y evitan y controlan las enfermedades transmisibles en la ciudadanía, al igual que la prestación de

servicios médicos y de hospitalización para el tratamiento de enfermedades mentales y de la tuberculosis pulmonar, siempre han sido financiados y administrados por el Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

Con la construcción, por el Estado, de cinco hospitales generales de distrito, durante el período 1929-1936, Puerto Rico dio su primer paso hacia la integración, en una sola organización y administración, de los programas de servicios de salud del Estado y sus municipios. La función de estos hospitales ha sido el prestar servicios médicos y de hospitalización en apelación a los hospitales municipales, los que con muy pocas excepciones, siempre han navegado en el océano de su pobreza económica, administrativa y profesional.

La planificación y construcción de facilidades de hospital, salud pública y bienestar social sobre bases regionales, se inició en Puerto Rico durante el año 1948, luego de aprobarse, por el Congreso de Estados Unidos, legislación extendiendo ayuda económica, para la construcción de estas facilidades, a los estados y territorios de la nación. Al localizarse, desde esta fecha, en una misma institución (centros de salud), los programas estatales de salud pública, de medicina preventiva y de bienestar social, y los programas municipales de servicios médicos y de hospitalización, se dio el segundo paso hacia la integración de la organización, del financiamiento y la administración de estos servicios en un sólo sistema gubernamental.

Para el año 1954 se había descubierto que el sólo localizar estos programas bajo el techo de una institución, no conduce automáticamente a la integración de los mismos. Teníamos, a esta fecha, todos los componentes para formar un sistema integrado de servicios de salud y bienestar social: los programas, el personal, cinco hospitales generales regionales sirviendo en apelación a los hospitales municipales y centros de salud en la periferia de las regiones, etc. Sólo faltaban una organización y administración que moldearan estos elementos en un cuerpo o

jerarquía de actividades, funciones y responsabilidades, cuya solidez la garantizara la acción y relación armónica de sus partes.

La organización y administración bajo la cual funcionan actualmente en Puerto Rico los servicios integrados de salud y bienestar social regionales, surgió de un estudio que realizara, en una de las regiones, el Departamento de Salud Pública y Medicina Preventiva de la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico, durante los años 1954-1956. El estudio, que fuera financiado por, y recibiera ayuda técnica del Departamento de Salud, Servicio de Salud Pública de Estados Unidos y de la Fundación Rockefeller, hizo una serie de recomendaciones para lograr la integración de los servicios de salud y bienestar social del Gobierno. Desde la conclusión del estudio hasta el presente, el Departamento de Salud de Puerto Rico se ha dedicado de lleno a poner en práctica estas recomendaciones, de las cuales sólo se presentan a continuación las que se consideran más importantes:

1) Establecer una oficina regional de estudio e investigación, responsable de planificar la futura organización y administración de los servicios integrados de salud y bienestar social regionales y de someter ésta a prueba, como experimento, en la región servida por el Hospital Base Regional de Bayamón.

2) Lograr que los hospitales a construirse en varios sitios de la zona metropolitana por agencias gubernamentales y una organización cívica, sean construidos en un mismo solar y así formar el futuro centro médico de Puerto Rico, en San Juan. Iniciar la planificación de centros médicos en la región, de Ponce y Mayagüez.

3) Realizar un estudio de los servicios médicos y de hospital en Puerto Rico, que sirva para planear su futura organización, financiamiento y administración y que estén disponibles a toda la ciudadanía.

LOGROS ALCANZADOS HASTA LA FECHA

1. *Región Experimental de Bayamón*

El 23 de agosto de 1956 se establece, adscrita a la Oficina del Hon. Secretario de

Salud de Puerto Rico, la Oficina Regional de Coordinación e Investigación, y ésta inicia la labor de convertir en realidad la filosofía de que personas representando diferentes disciplinas profesionales en el campo de la salud y el bienestar social pueden coordinar sus esfuerzos para proporcionar a la comunidad servicios integrados de salud y bienestar organizados y administrados sobre bases regionales.

Después de un año de intensa labor investigativa, se produce y se pone a prueba, como experimento, la organización y administración, que, en teoría, se consideraban habrían de lograr la integración de los servicios de salud y bienestar social en la región servida por el Hospital Base Regional de Bayamón. Las paredes del hospital se extienden hasta los rincones más apartados de la región al convertirse los directores de sus servicios médicos, paramédicos y administrativos, en directores regionales de estos servicios y hacerse responsables de su organización, dirección y supervisión técnica en todas las instituciones médicas gubernamentales de la región. Se integran en un sólo sistema administrativo: transacciones de personal, reclutamiento, asignación al trabajo, adiestramiento, etc., la utilización del presupuesto en sus aspectos de compra, almacenaje, distribución y uso de equipo y materiales. Las normas del sistema se establecen para facilitar la integración y la operación de los servicios profesionales en los respectivos niveles regionales. Se logra establecer un movimiento de servicios, personal, equipo y suministros entre el hospital base regional y los centros de salud y hospitales municipales de la periferia, y viceversa.

Se organizan los servicios profesionales de salud y bienestar y se establecen normas para su funcionamiento; se integran en un sólo servicio profesional los servicios médicos y de hospitalización, de salud pública y medicina preventiva y bienestar social, y se reglamenta la conducta profesional del personal técnico que los presta a la comunidad.

Después de dos años de intensa labor experimental, el Hon. Secretario de Salud de Puerto Rico ordena un estudio de la

organización y administración del Departamento de Salud y de sus programas encaminados a lograr, ya no como experimento, la organización y administración de los programas de salud y bienestar social del Departamento sobre bases regionales en todo Puerto Rico. El día 1° de julio de 1960 se ordena la descentralización de la administración de los programas al nivel regional; Puerto Rico es dividido en 5 regiones de servicio y se establece en éstos el patrón de organización y administración probado con éxito en la región de Bayamón.

Durante el año 1960, el Secretario de Salud de Puerto Rico delega a la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico la responsabilidad de administrar los servicios de salud y bienestar en la región de Bayamón, y el hospital base de la región se convierte en el hospital de enseñanza de la Escuela de Medicina. El Director Regional de estos servicios es nombrado también Decano Auxiliar de los Servicios de Salud a la Comunidad. Con esta acción se iniciaron los esfuerzos de integrar el proceso educativo de las profesiones en el campo de la salud al proceso mediante el cual la comunidad utiliza a estos profesionales para recibir servicios de salud.

En resumen, Puerto Rico ha integrado los servicios gubernamentales de salud y bienestar social. La dirección profesional de éstos permanece centralizada en la Oficina del Hon. Secretario de Salud, pero su administración ha sido descentralizada a niveles regionales. La integración ha logrado traer a formar parte de un todo, a las instituciones públicas responsables de educar y adiestrar el personal médico, paramédico y de servicio social y a las organizaciones gubernamentales que utilizan este personal para ofrecer a la ciudadanía servicios integrados y completos de salud y bienestar social.

2. Centros Médicos

a) Centro Médico de Puerto Rico en San Juan

Al iniciar sus labores en el año 1956, la Oficina Regional de Coordinación e Investi-

gación asumió la responsabilidad final de financiar el establecimiento de la Oficina del Centro Médico de Puerto Rico, en San Juan. Esta Oficina logró convencer a las autoridades del Gobierno Municipal de San Juan, del Fondo del Seguro del Estado, de la Universidad de Puerto Rico, del Departamento de Salud de Puerto Rico y de la Liga Puertorriqueña Contra el Cáncer, de las bondades y beneficios para éstas de la idea de unirse en un esfuerzo común para diseñar y construir sus nuevas facilidades de hospital en un mismo solar y así formar un Centro Médico. La idea fue aceptada, se constituyó una Junta Provisional de Centro Médico y se inició la labor de estudio y planificación.

Los terrenos del antiguo sanatorio anti-tuberculoso, "Alejandro Ruiz Soler," fueron seleccionados para construir en ellos el Centro Médico. El costo de las facilidades ya construidas y el de las que ahora se construyen ascenderá a la suma de 55 millones de dólares, moneda de Estados Unidos. Integran el Centro Médico de Puerto Rico las siguientes instituciones: Hospital General Universitario-Regional, de 450 camas; Hospital General—Municipio de San Juan—, de 600 camas; Hospital Oncológico "Dr. González Martínez," de 120 camas; Hospital Industrial del Fondo del Seguro del Estado, de 350 camas; Centro de Rehabilitación; Casa de Salud, de 200 camas; Hospital de Psiquiatría, de 2.000 camas; Centro de Investigación, Aplicación de las Ciencias Atómicas a la Medicina; Laboratorios de Investigación, Ejército de Estados Unidos; Laboratorios de los Institutos Nacionales de Higiene, Gobierno de Estados Unidos; Edificio de las Escuelas de Medicina, Odontología, Salud Pública y Enfermería, de la Universidad de Puerto Rico, y Edificio de las Facilidades y Administración Central del Centro Médico.

Todas estas instituciones acordaron construir, utilizar, financiar y administrar, en común, todos los servicios profesionales y administrativos auxiliares tales como: centro de rehabilitación; casa de salud; labora-

torios clínicos y patológicos, radiología; sala de emergencia y clínicas externas; lavandería; planta de vapor; mantenimiento y otros.

b) *Centro Médico de Ponce*

En la ciudad de Ponce, centro de actividad comercial, industrial y educativa de la región sur de Servicios de Salud y Bienestar, se construyó un Centro Médico que habrá de servir a todas las instituciones de salud y bienestar de esta región. Integran este Centro Médico las siguientes instituciones: Hospital General Regional Base, de 450 camas; Hospital Municipal de Ponce, de 200 camas; Hospital de Psiquiatría Regional, de 450 camas; Institución Tratamiento Social de Niños, capacidad para 100 niños; Centro de Rehabilitación; Hospital General "Dr. Pila," de 150 camas; Casa de Salud "Dr. Pila," de 50 camas, y Escuela de Enfermeras, con capacidad para 200 estudiantes.

c) *Centro Médico de Mayagüez*

Para servir a las instituciones de salud y bienestar social en la región oeste de Puerto Rico, se proyecta empezar, a construir, en octubre de 1963, un Centro Médico que lo integrarán: Hospital General Regional-Municipal, de 412 camas; Casa de Salud, de 200 camas; Centro de Rehabilitación, y Escuela de Enfermeras, para 200 estudiantes.

d) *Funcionamiento Integrado de los Centros Médicos*

El presente desarrollo económico de Puerto Rico indica que habrá en un futuro cercano, tres regiones, norte, sur y oeste, con intensa actividad industrial, comercial y agrícola. Son éstas las regiones de servicios de salud y bienestar social de San Juan, Ponce y Maya-

güez. Los Centros Médicos de Ponce y Mayagüez serán servidos en apelación por el Centro Médico de Puerto Rico en San Juan y todos, en cambio, servirán en apelación a las instituciones de salud y bienestar social intermedias y locales en sus respectivas regiones.

3. *Financiamiento de los Servicios Integrados de Salud y Bienestar Social*

Los servicios de salud y bienestar que satisfagan en calidad y cantidad las necesidades de la ciudadanía, los determinan, en gran parte, los fondos disponibles para financiar su organización, la administración de las instituciones donde éstos se ofrecen y la educación, reclutamiento, adiestramiento y retención, en el servicio, del personal que los presta. Desde el año 1956 se viene estudiando en Puerto Rico el futuro y adecuado financiamiento de servicios integrados de salud y bienestar social para toda la población. Durante el período 1956-1958 se hizo un estudio preliminar de estos servicios para identificar las áreas que debían estudiarse en detalle. Este y el subsiguiente estudio en detalle, hechos durante el período 1958-1960, fueron realizados por personal técnico del Departamento de Salud y de la Escuela de Salud Pública y Medicina Administrativa de la Universidad de Columbia, en la ciudad de Nueva York.

Hoy se discuten las alternativas sugeridas en estos estudios para lograr el financiamiento adecuado de los servicios de salud y bienestar social en Puerto Rico. Las entidades interesadas, Asociación Médica de Puerto Rico, Departamento de Salud, ramas Ejecutivas y Legislativas del Gobierno de Puerto Rico y otras, no han logrado ponerse de acuerdo en cuanto al método o los métodos a utilizarse para lograr el objetivo deseado.

REGIONALIZATION OF INTEGRATED HEALTH AND WELFARE SERVICES

(Summary)

In most systems for the distribution and delivery of health care and social welfare services

that prevail throughout the world today, the categorical organization, financing and adminis-

tration of these services is a common feature. This situation has made health care and social welfare a many splintered thing and characterized by duplication of services, institutions, waste of financial resources and inefficient utilization of health care and social welfare manpower.

The developing nations and those already classified as developed are constantly searching for ways and means of organizing, financing and managing their health care and social services as a hierarchy of related programs, institutions, functions and responsibilities.

To achieve this goal many nations are now experimenting with the concept of regional planning, organization and administration of Health Care and Social Welfare Services, commonly known as "Regionalization".

Regionalization, to be successful, requires the elimination of the categorical approach to the organization, financing and administration of health and social welfare services; the functional and administrative integration of promotive, preventive and curative health care and social welfare services in combination with their centralized technical direction, and decentralized regional administration.

The historical development of the Regionalization of Health Care and Social Welfare Services in Puerto Rico is presented here to provide to the members of the health and social welfare professions interested in the practical application of this concept, encouragement to do so, utilizing the Puerto Rican experience only as far as it is applicable to their particular national, regional and local situation.

7 de abril

DIA MUNDIAL DE LA SALUD

Tema para 1964:

Lucha sin tregua contra la tuberculosis

* * *

7 de abril

DIA MUNDIAL DA SAUDE

Tema para 1964:

Luta sem trêgua contra a tuberculose

* * *

Le 7 avril

JOUR MONDIAL DE LA SANTE

Theme pour l'année 1964:

Pas de trêve pour la tuberculose