

presupuesto doméstico, sobre el que sólo en caso extremo deberían hacerse reducciones o economías, fuera la leche, *tratando a toda costa de salvar un litro para cada niño en edad de crecimiento, y medio litro para los adultos*, lo que constituiría, creemos nosotros, en el cercano futuro de nuestro país, una fecunda y magnífica inversión, sólido cimiento donde se asienta la salud de la niñez, y en un plano de legítima y suprema trascendencia la riqueza individual y colectiva de la patria.

Estadística de la producción de leche en Cuba

[Compilada por el Dr. Miguel E. Dobal y Román, Capitán Médico del Ejército, Supervisor Nacional de Abasto de Leche]

Provincias	Fincas con vaquerías	Vacas que poseen	Vacas en ordeño	Litros de leche que producen	Veterinarios que las atienden	Empleados que tienen
Pinar del Río.....	311	4, 828	2, 979	10, 160	7	446
Habana.....	1, 704	48, 159	31, 268	126, 559	47	4, 382
Matanzas.....	459	16, 484	10, 667	34, 850	11	1, 003
Santa Clara.....	727	37, 541	19, 744	48, 730	22	1, 676
Camagüey.....	186	22, 905	7, 282	22, 411	10	495
Oriente.....	843	60, 933	23, 058	78, 005	25	2, 135
Totales.....	4, 290	190, 850	100, 018	320, 723	122	10, 137

Promedios	Pinar del Río	Habana	Matanzas	Santa Clara	Camagüey	Santiago de Cuba	Total promedio
De litros por cada vaca.....	3.41	4.04	3.24	2.46	3.05	3.38	3.20
De vacas en ordeño por cada veterinario.....	425	665	968	897	728	923	829
Por ciento de vacas en producción por ciento.....	61	67	64	52	31	37	52
Vacas en ordeño por cada empleado.....	67	71	10	12	15	11	50

NOTAS.—Este cuadro estadístico se refiere únicamente a vaquerías registradas. Sólo en el término de Camagüey existen 209 vaquerías sin licencia.

NOTA.—El Reglamento Vigente de Leche y sus productos derivados se cumple no sólo en la Provincia de la Habana, sino también en las ciudades principales de la República, como son Santiago de Cuba, Guantánamo, Camagüey, Cienfuegos, Cárdenas, Matanzas, en algunas de las cuales existen buenas plantas de pasteurización, contando además Bayamo, riquísima zona lechera, con una manífica fábrica de leche condensada y otras de mantequilla y queso, que trabajan de acuerdo con los últimos adelantos de la higiene. En Camagüey, también maravillosa zona de nuestro suelo, hay fábricas de queso y mantequilla.

ASISTENCIA MÉDICA

INFORME DEFINITIVO DEL COMITÉ DEL COSTO DE LA ASISTENCIA MÉDICA EN LOS ESTADOS UNIDOS

Sumario del Informe Aprobado por la Mayoría *

(1) El comité recomienda que el servicio médico, tanto preventivo como terapéutico, sea facilitado en gran parte por grupos organizados de médicos, dentistas, enfermeras, farmacéuticos, y otro personal

* El informe de la mayoría fué apoyado por 7 médicos particulares, 9 profesionales en representación de instituciones, 5 higienistas, 5 sociólogos, y 9 representantes del público.

afiliado. Esos grupos deben organizarse, de preferencia, teniendo por centro un hospital, a fin de facilitar completa asistencia a domicilio, en el consultorio, y en el hospital. La forma de organización debe alentar el mantenimiento de pautas elevadas, y el desarrollo o conservación de las relaciones personales entre el enfermo y el médico.

(2) El comité recomienda la extensión de todos los servicios sanitarios fundamentales, ya los ofrezcan organismos gubernamentales o extragubernamentales, a fin de que pueda contar con ellos toda la población, según sus necesidades. Esta extensión exige, primordialmente, mayor apoyo económico para los departamentos oficiales de sanidad y directores de higiene debidamente preparados y de a tiempo completo, y otro personal, cuya ocupación de los puestos dependerá exclusivamente de su competencia profesional y administrativa.

(3) El comité recomienda que el costo de la asistencia médica se funde en el pago por grupos, mediante el empleo del seguro, de impuestos, o de ambos métodos combinados, pero sin excluir la continuación del servicio médico ofrecido de acuerdo con honorarios individuales, para los que prefieran el método actual. Los beneficios pecuniarios, es decir, compensación correspondiente a la pérdida de salario por motivo de enfermedad, si y cuando se ofrezcan, deben ser separados y distintos de los servicios médicos.

(4) El comité recomienda que el estudio, evaluación, y coordinación del servicio médico, sean considerados como funciones importantes de todas las colectividades estatales y locales, que se formen organismos para desempeñar esas funciones, y que reciba atención preferente la coordinación de los servicios locales con los urbanos.

(5) El comité hace las siguientes recomendaciones en la rama de la educación profesional:

- (a) Que en la preparación de los médicos se dé importancia creciente a la enseñanza de la sanidad y la prevención de la enfermedad; que se hagan esfuerzos más eficaces para proveer médicos de sanidad preparados; que se conceda más atención a las fases sociales del ejercicio de la medicina; que se limiten las especialidades a los verdaderamente aptos; y que se aumenten los medios de perfeccionamiento educativo.
- (b) Que los estudiantes de odontología reciban una preparación educativa más amplia.
- (c) Que la educación de los farmacéuticos haga más hincapié en las obligaciones y ocasiones de servir al público que tiene el farmacéutico.
- (d) Que se reforme completamente la enseñanza de la enfermería, a fin de proveer enfermeras bien educadas e idóneas.
- (e) Que se provean enfermeras auxiliares y asistentes menos preparadas, pero competentes.
- (f) Que se ofrezca preparación adecuada a las enfermeras-parteras.
- (g) Que se ofrezcan medios para la preparación sistemática de administradores de hospital y de clínica.

Primer Informe de la Minoría *

Hubo dos informes firmados por minorías, el primero de los cuales recomienda:

- (1) Que cese la competencia gubernamental en el ejercicio de la medicina, y que el gobierno limite sus gestiones:
 - (a) A la asistencia de los indigentes y de los sujetos con enfermedades que sólo puedan ser atendidas en establecimientos gubernamentales.
 - (b) Al fomento de la salud pública.
 - (c) Al sostén de los departamentos médicos del ejército, la armada, y el Servicio de Costas y Geodesia, y otros servicios gubernamentales que no puedan, bien por su naturaleza o situación, ser atendidos por la profesión médica general.
 - (d) A la asistencia de veteranos que padezcan de incapacidades y enfermedades realmente relacionadas con su servicio militar, salvo con respecto a tuberculosis y afecciones nerviosas y mentales.
- (2) Que la asistencia gubernamental de los indigentes sea extendida con el objeto final de aliviar a la profesión médica de esa carga.
- (3) La minoría se une al comité para recomendar que el estudio, evaluación, y coordinación del servicio médico sean considerados como funciones importantes de todas las colectividades estatales y locales, que se formen organismos para desempeñar esas funciones, y que reciba atención preferente la coordinación de los servicios locales con los urbanos.
- (4) Recomienda que se hagan esfuerzos unidos para reinstalar al médico general en el puesto central de la práctica médica.
- (5) Que el ejercicio de la medicina por sociedades anónimas, sufragado por organismos intermedios, sea enérgica y persistentemente combatido, por ser económicamente derrochador, opuesto a una asistencia médica continua y sostenida de alta calidad, o constituir una explotación injusta de la clase médica.
- (6) Que se prueben cuidadosamente métodos que puedan justamente encajar dentro de los actuales establecimientos y organismos, sin obstaculizar los fundamentos de la práctica médica.
- (7) Desarrollo por las sociedades médicas, ya estatales o condales, de planes de asistencia médica.

Segundo Informe de la Minoría **

El segundo informe de la minoría convino con el primer informe de la minoría, en recalcar la necesidad de mantener las pautas pro-

* Este informe fué firmado por 9 médicos, que representaban en gran parte la opinión de la Asociación Médica Americana.

** Firmado por dos dentistas.

fesionales y la posición del médico general, y también en que la mayoría se ha mostrado indebidamente acerba con las profesiones. También conviene en declarar que el plan de centros médicos de la mayoría es un concepto utópico. A su vez, cree que el modo de pagar por los servicios médicos, no interviene forzosamente en las pautas profesionales más elevadas ni las íntimas relaciones personales entre el práctico y el enfermo, y que la introducción del seguro obligatorio de salud bajo dirección profesional, eliminaría las características más contraproducentes. También conviene con el primer grupo de la minoría en el desarrollo por las sociedades médicas de los Estados y condados, de planes para asistencia médica.

Otras objeciones ofrecidas por dos demógrafos fueron en gran parte críticas de los métodos utilizados por el comité, por creerse que los estudios preliminares y las recomendaciones no disponen de los problemas económicos fundamentales, para cuyo estudio y consideración se creó primordialmente el comité.

SERVICIO MÉDICO-SOCIAL DE UN HOSPITAL DE TUBERCULOSIS*

Por MARGUERETE A. RIDLER

Directora de Servicio Social del Sanatorio de Glen Lake, Oak Terrace, Estado de Minnesota, E. U. A.

La asistente médico-social ha demostrado su derecho a un puesto en el dispensario y el hospital general, pero sólo en los últimos años lo ha encontrado en los sanatorios para tuberculosos. Su puesto allí puede ser bosquejado sucintamente bajo tres encabezados: períodos presanatorial, sanatorial y postsanatorial.

La finalidad primordial de la asistente médico-social cuando la llaman presanatorialmente a un domicilio, consiste en estudiar la situación, tomando apuntes relativos no sólo al diagnóstico médico y período de la enfermedad, sino a las condiciones domésticas que acaso hasta contrabalanceen los otros datos. Por ejemplo, en igualdad de circunstancias, un caso muy avanzado recibirá precedencia sobre uno moderadamente avanzado, pero si en el último se trata de una madre con hijos pequeños y sin medios enfermeriles o higiénicos en casa, mientras que el caso muy avanzado goza de ambiente y asistencia favorables, es manifiesto que el moderado debe ser recibido primero en el hospital. Esta situación puede ser mejor atendida por una asistente médico-social en el terreno que por un funcionario del sanatorio, que tiene que basar su juicio en las notas tomadas por otra persona, que no está al tanto de la población e instalaciones del hospital. Los puntos de hospitalización y finanzas pueden ser atendidos de modo que se formule una política uniforme, si se centraliza esa fase de la admisión al hospital en manos de la asistente.

* Tomado de Hosp. Social Serv. 222, sbre., 1932.