



Ministerio de Bienestar Social
Secretaría de Estado de Salud Pública

Buenos Aires, septiembre II de 1970. -

Doctor Abraham Horwitz
Director de la Organización
Panamericana de la Salud
525 Twenty-Third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037
E. U. A. -

Señor Director:

Tengo el agrado de dirigirme al señor Director con referencia a su comunicación PER/CON-CL-7-70 de fecha 31 de agosto de 1970 dirigida al señor Secretario de Estado de Salud Pública, mediante la cual reitera su solicitud de envío del Informe Cuadrienal de Salud, de la República Argentina, vinculado con el temario fijado para la XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana.

Por causas circunstanciales, la confección del informe no ha sido aún finalizada. No obstante le adelanto su texto en una presentación provisoria que le pido quiera tener a bien aceptar con fines informativos de esa Dirección, a los efectos que estime de interés.

Saludo al señor Director muy atentamente.

NOTA N° 194-67/70. -

S.S.


DR. VICTORIO V. OLGUIN
DIRECTOR

RELACIONES SANITARIAS
INTERNACIONALES
Defensa 192 -3er. piso-
Buenos Aires - Argentina

REPUBLICA ARGENTINA
MINISTERIO DE BIENESTAR SOCIAL
Argentina, SECRETARIA DE ESTADO DE SALUD PUBLICA

Informe de la
REPUBLICA ARGENTINA,

**XVIII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD**

WASHINGTON, D.C., E.U.A.

IMPRESA EN
PANAMA, C. R. DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
1970

**SEPTIEMBRE
OCTUBRE
1 9 7 0**

[MINISTRO DE BIENESTAR SOCIAL

SR. FRANCISCO G. MANRIQUE

[SECRETARIO DE ESTADO DE SALUD PUBLICA]

DR. HORACIO M. RODRIGUEZ CASTELLS



[DELEGACION ARGENTINA

Jefe de la Delegación

Dr. HORACIO M. RODRIGUEZ CASTELLS

Secretario de Estado de Salud Pública

Delegado

Dr. VICTORIO V. OLGUIN

[Director de Relaciones Sanitarias Internacionales

Asesor

Dr. ALBFREDO RABINOVICH

[Director Nacional de Normalización Médica y Sanitaria

INFORME DE LA REPUBLICA ARGENTINA

POLITICAS Y ESTRATEGIAS DEL SECTOR SALUD

CONSIDERACIONES GENERALES

Las líneas prioritarias de políticas y estrategias para el sector salud, para lo inmediato y el mediano plazo están fundadas en el estudio de la situación del sector; en el conocimiento de las realidades extrasectoriales del país, y en la orientación nacional al respecto.

Se trata de una expresión perfeccionable en cuanto una mejor información acerca de los problemas, así lo justifique.

Las políticas y estrategias de salud, concordantes con las directivas del señor Presidente de la Nación expresadas en Reunión de Gabinete; con las políticas nacionales fijadas por el Decreto N° 46 del 17 de junio de 1970; con la ley de competencias N° 18.713; y con la política de Bienestar Social establecida por el ministerio en estrecha coordinación con las otras Secretarías del área; tratan de aliviar sin demora los problemas más urgentes y prevenir con ello nuevas perturbaciones sociales, ya que sin perjuicio de la necesidad de una excelente planificación para el mediano y largo plazo, el país exige en este momento acciones de efecto inmediato; de responder a las necesidades y demandas de toda la población y dentro de ella a los grupos humanos más necesitados; de tener en cuenta los valores culturales y las circunstancias socio-económicas que caracterizan a cada región del país; y de adjudicar importancia fundamental a las actividades que contribuyan a desarrollar los recursos humanos.

Las situaciones que por su gravitación dentro de la problemática general merecen ser consideradas como Areas problema, son: 1) Organización del Sector Salud; 2) Atención Médica; 3) Saneamiento Ambiental; 4) Recursos Humanos; 5) Recursos Físicos; 6) Recursos Financieros; 7) Legislación.

Esta enunciación introductoria incluye, de la totalidad del diagnóstico situacional y de las políticas y estrategias aquellos aspectos que son prioritarios por su significado actual y por las posibilidades de acción inmediata.

AREAS PROBLEMA

1. Organización del Sector Salud.

De acuerdo a la Ley de competencias 18.713/70 corresponde a la Secretaría de Estado de Salud Pública "promover y crear condiciones adecuadas para la protección, recuperación y rehabilitación física y mental, como también lo inherente a la conservación y mejoramiento de los factores que contribuyen a la salud integral de la población".

El Sector, "conjunto de recursos y actividades destinados a la promoción, protección y recuperación de la salud y a la rehabilitación del incapacitado", abarca tres subsectores: a) el oficial o estatal; b) el de obras sociales y mutuales, llamado también para-estatal; c) el privado.

El sector salud, desarrolla globalmente dos categorías de acciones:

Acciones dirigidas sobre el medio (Saneamiento Ambiental), cuya casi totalidad son realizadas por el subsector oficial; y acciones dirigidas sobre las personas (Atención Médica) en cuya realización participan los tres subsectores: el oficial, el de obras mutuales y el privado.

El *subsector oficial* posee alrededor del 70 % de las camas de hospitalización del país, cuenta con servicios de la más alta especialización y es el que dedica mayor atención a las enfermedades transmisibles, a las crónicas (geriátricas y mentales) y a la rehabilitación de los disminuidos físicos.

Este subsector no presenta en sus tres niveles constituyentes (nacional, provincial y municipal) una coordinación del todo eficaz, pese a que los esfuerzos realizados en ese sentido han sido significativos.

Por haberse transferido servicios y actividades nacionales a niveles provinciales, sin perfeccionar su coordinación y uniformidad, no se ha logrado aún un mejoramiento del sistema. Para que éste se produzca es necesario:

- 1º) Afianzar la centralización normativa para todo el sector. imprescriptible complemento de la descentralización operativa realizada.
- 2º) Completar las acciones de transferencia de establecimientos y actividades a los niveles correspondientes.
- 3º) Circunscribir las acciones concurrentes y supletorias del nivel nacional a aquellos casos o circunstancias que, al exceder la capacidad del nivel local, lo hagan necesario.

Un comentario especial merece la política de transferencias de establecimientos y actividades a las provincias y municipios. La experiencia ha demostrado buenos resultados; pero debe tenerse en cuenta que el territorio nacional tiene dos áreas con características muy dispares. Una en pleno desarrollo y con posibilidades económicas e infraestructuras administrativas que hacen que pueda y deba asumir la total responsabilidad de la salud de la población. Otra, con características de subdesarrollo, a la cual se volcará todo el esfuerzo en asistencia financiera y técnica, para que las provincias que la constituyen vayan creando sus estructuras indispensables. Esas diferencias deberán ser tenidas en cuenta en los convenios que la nueva ley de transferencias exige, porque transferir establecimientos, no significa transferir problemas, sino buscar soluciones.

El *subsector de obras sociales y mutuales*, de extraordinario crecimiento en los últimos decenios y sujeto de recientes instrumentos legales que tienden a su organización y unificación, se convierte en el poseedor de una cobertura estimada en diez millones de personas. Las prestaciones de este subsector se realizan a través de recursos propios o de la locación de recursos privados. Estas prestaciones son en su mayor parte las destinadas a las enfermedades agudas o de corto plazo. En cuanto a las afecciones prolongadas o de tratamiento altamente especializado, son frecuentemente derivadas al subsector oficial, el que también se encarga de la atención de aquellos afiliados que, por razones geográficas, no disponen de servicios o están incapacitados para el pago de la parte que les corresponde por la prestación requerida.

La forma en que se han desarrollado los servicios de obras sociales en nuestro país ha condicionado una total falta de uniformidad en lo que hace a su organización y prestaciones.

Esta situación ha sido puesta de manifiesto en el informe producido en 1969 por la Comisión de Obras Sociales, que dio fundamento a la Ley 18.610, por la cual fuera creado el Instituto Nacional de Obras Sociales, actualmente en estructuración. Por la importancia que este Instituto ha de tener para el sector salud, se considera importante en esta etapa la máxima participación posible de la Secretaría de Estado de Salud Pública. Asignamos gran trascendencia a la futura organización de las Obras Sociales y Mutuales y no tememos exagerar al decir que buena parte del éxito de lo que se intente hacer en esta área problema dependerá de esa organización.

Preocupa la situación de algunas obras sociales de jurisdicción provincial que no pueden afrontar las erogaciones que la legislación reciente les ha impuesto al unificar honorarios, tarifas y derechos en todo el país. Como se considera que esa política debe ser mantenida, se debe buscar de inmediato los medios para que las soluciones no sean en detrimento de los afiliados, en su mayoría de bajos ingresos, lo que atentaría contra el principio de solidaridad social básico del sistema.

El *subsector privado* es poseedor de establecimientos modelos de organización y equipamiento y de alta eficacia. Pero existen también otros que no brindan el mínimo de garantías frente a los diversos riesgos que puede correr el paciente internado. Este problema ha sido encarado recientemente con la fijación de normas mínimas para el funcionamiento de los servicios y de plazos para su adecuación. Esto requerirá un gran esfuerzo del subsector privado, que merecerá el apoyo del Estado en facilidades crediticias.

Parte importante del subsector está constituida por los consultorios médicos particulares, cuya distribución no acompaña la de la población, alternando en el país zonas de gran densidad de recursos con otras en las que es muy baja.

Los tres subsectores descriptos no están coordinados entre sí, lo que origina duplicaciones costosas y disminuye la eficacia de los recursos existentes, conspirando contra la calidad y extensión de la cobertura de las prestaciones y, a través de ello, sobre el nivel de salud de la población.

Frente a esta situación se considera impostergable la realización de los estudios destinados a la *definición de un sistema racional de atención médica para todo el país y su financiación*, que contemple las realidades regionales, los recursos, las necesidades y las aspiraciones, tanto de la población como de los profesionales que la han de brindar.

2. Atención médica.

Los problemas de esta área están tan indisolublemente ligados con la anterior, que sólo cabe su separación con fines de un análisis esquemático.

Atención hospitalaria

La solución integral del problema de atención hospitalaria sólo ha de obtenerse a través de la adopción de un sistema con financiación sólidamente asegurada, que permita establecer una adecuada regionalización y organizar una red de establecimientos de complejidad creciente que afronte con eficacia las necesidades de toda la población.

Hasta tanto se llegue a ese desiderátum, se continuará mejorando la calidad de la atención, enfrentando los problemas de recursos humanos, físicos y financieros. Reviste prioridad el obtener el máximo posible de ese mejoramiento para satisfacer la justificada demanda.

Un comentario especial merece la Ley 17.102, referente a los hospitales de la comunidad y que ofrece un mecanismo capaz de contribuir a elevar el nivel de atención médica. Como tal podrá ser aplicada, como ya lo ha sido con éxito, en aquellas comunidades en las que resulte conveniente, de acuerdo al estudio previo que la misma ley establece.

Cabe destacar, dentro de las acciones positivas llevadas a cabo en materia de organización hospitalaria, la determinación de los niveles de complejidad para los establecimientos, elaborada en el orden nacional y aplicada por las provincias. Es asimismo importante el programa de adecuación de establecimientos, parte del programa de salud en áreas rurales, que permitirá una real elevación de las prestaciones médicas en esas áreas.

Un problema que exige rápida definición es el de las estructuras de los establecimientos asistenciales.

El problema abarca otros dos aspectos: el primero, el de la necesidad de la aplicación de estructuras y nuevas remuneraciones a todos los hospitales; el segundo, la misma resultante a través de la transferencia, como se proyecta, de estos establecimientos de la jurisdicción nacional a otras jurisdicciones. La solución se encarará con la decisión o no de la transferencia según el acuerdo con las jurisdicciones que corresponda; y con un plan de financiamiento para los establecimientos que continúen bajo dependencia nacional.

Las enfermedades transmisibles

El análisis de las causas prevalentes de enfermedad y defunción revela que en el país se registran dolencias que la ciencia médica ya está en condiciones de controlar y, en ciertos casos, de erradicar; pero que constituyen todavía problemas de cierta magnitud que adquieren mayor preponderancia en las zonas de condiciones socio-económicas desfavorables.

Tal es el caso de las enfermedades transmisibles, como difteria, tos ferina, tétanos, poliomielitis y sarampión, para las cuales existen vacunas específicas que permiten alto nivel de protección, o bien otras, como la tuberculosis, la lepra y las enfermedades venéreas, en las que el progreso técnico ha permitido eficientes mecanismos para su control.

El complejo desnutrición-infección, constituye un problema especial con causas asociadas y potenciadas recíprocamente, responsables de gran parte de la elevada mortalidad infantil que se registra en el país. La alta mortalidad de menores de un año y la registrada entre uno y cinco años conspira contra el crecimiento demográfico y se suma a las descendentes tasas de natalidad de las regiones más densamente pobladas.

Otro problema de similar trascendencia sanitaria está configurado por las enfermedades transmitidas por vectores, como la enfermedad de Chagas, el paludismo y la fiebre hemorrágica, o por mamíferos, como la rabia, brucelosis e hidatidosis. Se estima que en la extensa porción de territorio del país en que la enfermedad de Chagas es endémica, existen alrededor de dos millones de infectados de los cuales un 15 % presenta evidencias de enfermedad.

No menor importancia revisten las enfermedades parasitarias como la anquilostomiasis, la amebiasis y otras, endémicas en el litoral.

Ante estos problemas, la Secretaría de Estado de Salud Pública presta el máximo de apoyo al Plan Nacional de Enfermedades Transmisibles, cuyas acciones incluyen: 1) El ataque a las enfermedades transmisibles mediante programas que comprenden el perfeccionamiento y la consolidación de acciones uniformes. 2) La creación de un instrumento legal, la ley de enfermedades transmisibles, ya en estudio y a promulgarse a la brevedad. 3) Promoción de vacunaciones mediante programas concertados con las provincias a las que se está brindando asesoramiento técnico, ayuda financiera y supervisión. 4) El perfeccionamiento del sistema de notificaciones. 5) La promoción del desarrollo de organismos de epi-

demografía y laboratorios de salud pública regionales y provinciales.

El cumplimiento de este plan exige la amplia participación del Instituto Nacional de Microbiología, apoyado en sus actuales problemas de recursos humanos, físicos y financieros.

Las acciones sobre las zoonosis, los reservorios y los vectores, junto con las de saneamiento ambiental, atienden el problema en sus restantes frentes. Entre las primeras se destacan por su trascendencia actual y posibilidades, los programas de lucha contra la enfermedad de Chagas-Mazza y la Fiebre Hemorrágica Argentina.

El conjunto de estas acciones tiende a estructurar un sistema de vigilancia epidemiológica permanente.

La salud de la madre y el niño.

Una mención especial merece el programa de salud materno-infantil, que contempla asesoramiento técnico, ayuda financiera y supervisión de las acciones dirigidas a asegurar la salud de la madre y el niño y que en esencia se propone: 1) El perfeccionamiento de la atención médica de la madre y el niño, según normas que surgen del consenso de los expertos de todo el país en la materia; 2) El apoyo a las actividades de investigación que signifique el estudio integral del niño, con el objeto de establecer patrones normales de su crecimiento y desarrollo, según las características ecológicas, nutricionales, étnicas, socio-económicas y culturales de la población; 3) La promoción y desarrollo de la formación y adiestramiento en servicio de personal médico y paramédico vinculado con la atención de la madre y el niño.

El programa se encuentra en ejecución.

Problemas alimentarios y nutricionales.

La extensión y magnitud de estos problemas en vastas zonas del país determinó la intervención de la Secretaría de Estado con su apoyo técnico y financiero para la ejecución de programas provinciales de asistencia alimentaria.

El objetivo de los mismos es efectuar la dación de leche o de otros alimentos a los grupos vulnerables y/o vulnerados, desde el punto de vista biológico, geográfico y socio-económico-cultural. Esta ayuda alimentaria se integra con acciones de educación alimentaria y de atención médica.

Desde luego, la formulación de una política alimentaria nacional es responsabilidad intersectorial. La Secretaría de Estado de Salud Pública comprometió sus esfuerzos en la elaboración del Código Alimentario Argentino (Ley 18.284), que ha satisfecho una sentida necesidad en el país.

Esta ley permitirá promover el desarrollo de investigaciones nutricionales de absoluta necesidad actual.

La salud en las áreas rurales.

El programa de salud para áreas rurales, promovido para las provincias desde el año 1969, es expresión del esfuerzo de apoyo a las áreas de población de menor desarrollo.

Con estos programas se han emprendido acciones destinadas a penetrar en las áreas rurales con las actividades mínimas de salud indispensables, sin esperar a que se den las óptimas condiciones socio-económico-culturales que permitan la extensión de la atención médica impecable a dichas áreas, hoy imposible.

En esencia, el programa consiste en llegar, con la visita de un agente sanitario previamente capacitado, a todas las viviendas de áreas rurales, realizando acciones de salud elementales como la vacunación y promoviendo el contacto profiláctico y asistencial de esas comunidades con el hospital. El programa incluye, por supuesto, la adecuación de esos hospitales para la demanda que se genera.

Para su continuidad, se requiere refuerzo presupuestario. En los años 1969 y 1970 el apoyo financiero a las provincias para los programas de salud rural, fue de 1500 millones de pesos moneda nacional por año, suma suficiente porque la capacidad operativa de los organismos provinciales era reducida. Al aumentar ésta, será menester un refuerzo financiero proporcional que permita alcanzar adecuada cobertura de todas las áreas rurales.

Rehabilitación del incapacitado.

La medida de gobierno por la que se creó el Servicio Nacional de Rehabilitación previó, con criterio racional, normas fundamentales de funcionabilidad, como ser la de asignarle carácter de ente autárquico descentralizado con el objeto de desarrollar con mayor agilidad una política nacional coherente, sobre la base de la elaboración y ejecución de normas, a través de sus servicios.

Para materializar estos conceptos básicos, la misma medida de gobierno dio colegialidad al cuerpo y participación activa a la comunidad en su integración.

Los planes de rehabilitación son complejos, nuevos fuera de la experiencia tradicional en la Salud Pública y de largo alcance.

El Servicio Nacional necesita de ejecutividad técnica, a través de sus centros, para la realización de programas nacionales que llevan implícito, a veces, erogaciones y subsidios. Por tal motivo los centros dependientes del Servicio permanecen bajo la misma jurisdicción. En el futuro tal vez sea posible la separación normativa. Pero la experiencia nacional e institucional enseña que no se puede dar independencia a las partes, cuando aún no se ha realizado un diagnóstico de las reales necesidades ni se han evaluado las acciones.

En cambio se están realizando las gestiones para la transferencia de la Escuela de Terapia Ocupacional y del Curso de Rehabilitación Médica a la Universidad de Buenos Aires.

Serán acciones inmediatas la creación de centros de rehabilitación en aquellas regiones que no poseen al presente suficientes medios para este tipo de asistencia y la creación de un Centro de Informaciones y Asesoramiento en Rehabilitación para América latina.

Salud mental.

El problema de salud mental es de larga data y gran trascendencia. Ofrece de por sí múltiples áreas problema y sus causas, entre otras, han sido la insuficiencia y mala distribución de recursos y medios; la desfavorable actitud de la comunidad hacia el enfermo mental; la defectuosa legislación en la materia; la incoordinación de actividades; la inexistencia o escasez de importantes eslabones del sistema psiquiátrico.

Son del dominio público los esfuerzos realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental, que ha contado con el apoyo financiero del Poder Ejecutivo, y los resultados favorables obtenidos por el Programa Nacional de Salud Mental en su acción a lo largo de todo el país.

Educación para la salud.

En esta materia, además de las tradicionales tareas de producción de material audiovisual de diseminación de información y de entrenamiento de personal, la Secretaría de Es-

10

tado de Salud Pública ha orientado con sentido moderno las investigaciones sobre la conducta sanitaria de la población.

Está adelantada la investigación sobre Actitudes, opiniones y conocimientos de docentes, padres y alumnos frente a la salud y a la educación sanitaria en la escuela primaria.

Se ha firmado un acuerdo por los ministerios de Bienestar Social y Cultura y Educación, para que una comisión mixta aconseje los planes a desarrollar y el contenido de la enseñanza para la salud en las escuelas.

Se trata de la promoción de la salud individual, familiar y comunitaria a través de la escuela, como uno de los medios más aptos para llegar a obtener un cambio en las actitudes y conducta de la población en materia de salud.

Estadísticas de salud.

En los últimos años, el país modificó sustancialmente su sistema de estadísticas del sector a través del Programa Nacional de Estadística de Salud. En estadísticas vitales se dispuso por primera vez de normas nacionales uniformes sobre rubros de registro, definiciones operacionales, procedimientos de codificación y procesamiento, controles y supervisiones. En estadísticas hospitalarias, también por primera vez, se logró que los establecimientos asistenciales del subsector público con normas igualmente uniformes se integraran en un sistema de información coherente.

La producción de información culmina con el procesamiento en computadora a nivel nacional de 3 millones de fichas perforadas por año, etapa final de un proceso que brinda a los usuarios del sector, información de una calidad y detalle sin precedentes.

El país dispone de una infraestructura de información sólida, pero que al momento se encuentra subutilizada. Las líneas de trabajo fijadas en este campo son: 1º Incorporar paulatinamente la información procedente de los subsectores paraestatal y privado. Al ser la Secretaría la responsable de la salud del país, es necesario que disponga de información exacta sobre el nivel de salud de toda la población y sobre la magnitud y uso de los recursos que se disponen para modificarla; 2º) Buscar los medios para que la información obtenida sirva para la toma de decisiones para mejorar los niveles de salud de la población. Se deberán desarrollar mecanismos de análisis e investigación de la información estadística y volcarlos en metodologías de acción.

Saneamiento ambiental.

Una aproximación a la cuantificación de los problemas en esta área, la dan los siguientes datos: 1º) Población servida con agua potable: el 72 % de la urbana y el 5,8 % de la rural; 2º) Población servida con sistema de eliminación de excreta: el 33 % de la urbana (sin información de la rural); 3º) Vivienda considerada insalubre: el 10 % de la población urbana y el 49 % de la rural; 4º) Recolección y disposición final de basuras correcta en ciudades de más de 20.000 habitantes: 17 % de la población.

Se cumplen programas iniciados, de gran eficiencia, pero aún en escala reducida por insuficiencia de los recursos financieros y humanos. Dado que el nivel nacional no cumple funciones ejecutivas, la tarea prioritaria es la promoción de los servicios provinciales y locales debidamente dotados de recursos.

Programa Nacional de Agua Potable.

El Programa Nacional de Agua Potable para poblaciones rurales tiene por objetivo abastecer de ella a las comunidades rurales de más de 100 y menos de 3.000 habitantes.

La programación y las normas técnicas y administrativas quedan a cargo del Servicio Nacional de Agua Potable y Saneamiento Rural (SNAP), quien se encarga además de la supervisión de los niveles provinciales, los cuales elaboran los proyectos y ejecutan las obras con participación de la comunidad.

La obra se financia con un aporte no recuperable de nación y provincias equivalente al 20 % y 10 % respectivamente del costo directo. El BID aporta el 50 % mediante un crédito a 20 años con el 3,5 % de interés sobre saldo y la comunidad aporta en mano de obra y materiales el 20 % restante.

Hasta el momento actual existen 171 obras terminadas, 115 en construcción y 36 proyectos aprobados.

Por la Ley de creación de la Secretaría de Recursos Hídricos, el Servicio Nacional de Agua Potable debe pasar a su jurisdicción. En estos momentos se realizan los estudios conducentes a evitar que el cambio de jurisdicción ocasione tropiezos a este programa cuyos resultados son óptimos.

SANEAMIENTO AMBIENTAL

	POBLACION URBANA	POBLACION RURAL
1 Agua potable - Población servida	72 %	5,8 %
2 Eliminación de excretos - Población servida	33 %	sin información
3 Vivienda:		
Con pisos de tierra	9 %	47 %
Sin retrete	7 %	34 %
Con techo de paja, rama o cartón	4 %	24 %
Con paredes de adobe, barro, cañas, tablas	12 %	34 %
Viviendas consideradas insalubres, resumen	10 %	49 %
4 Recolección y disposición final de basuras, correcta, en ciudades de más de 20.000 habitantes: 17 %		

Disposición final de basuras.

En el Area Metropolitana están en operación tres rellenos sanitarios en Lomas de Zamora, Avellaneda y San Isidro, en los que se disponen diariamente 600 toneladas de basura correspondientes a un sector de población de 1.200.000 habitantes. Está en estudio adelantado un programa de relleno de vastas zonas de la costa sud, que a la vez que solucionará el problema de basuras de varios municipios, permitirá el aprovechamiento de esas tierras.

El Servicio Nacional de Basuras proveerá apoyo financiero y asesoramiento técnico a las provincias, habiéndose firmado ya convenios con tres, Mendoza, Santa Fe y Córdoba.

Saneamiento básico rural.

Este programa dirigido a un sector de población integrado por pequeños y medianos productores, se ejecuta mediante convenio de cooperación con el Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria. Más de mil mejoramientos, demuestran su efectividad.

Fondo Rotatorio Nacional para el Mejoramiento Sanitario de la Vivienda Rural.

Por intermedio de este programa se pretende mejorar los aspectos sanitarios de la vivienda rural, tan íntimamente relacionados con la patología regional imperante (parasitosis, enfermedad de Chagas y otras). El apoyo a las provincias es vehiculizado a través del financiamiento de programas subsidiados por el Fondo. Durante el corriente año se han comprometido \$ 2.350.000 (\$ $\frac{m}{n}$ 235.000.000) en concepto de préstamos a bajo interés y largo plazo. El año próximo esa cifra se elevará a \$ 5.000.000 (\$ $\frac{m}{n}$ 500.000.000).

Recursos humanos.

Los recursos humanos constituyen un importante factor para la solución de los problemas del sector. En los últimos años se han dado pasos básicos para plantear soluciones y que permitirán fijar una política nacional de recursos humanos para la salud.

Uno es el estrecho vínculo obtenido entre los organismos de Salud y las Facultades de Medicina. Merced a la

clara visión de los dirigentes de ambos sectores, existe un acuerdo entre los productores del recurso humano que son las Facultades y la Escuela de Salud Pública y los usuarios de ese recurso que son los organismos de salud. Prueba de ello son las decenas de convenios firmados entre la Secretaría y los ministerios provinciales con las universidades, y también el permanente trabajo en común por parte de la Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina y de las autoridades de salud.

Otro, consecuencia del primero, es la realización del Estudio sobre salud, recursos para la salud y la educación médica y profesional médica en la República Argentina, mediante un convenio entre la Secretaría, la Asociación de Facultades y la Organización Panamericana de la Salud. Dicho estudio programado para tres años, finaliza en 1971 y ya está brindando una útil información básica para la concreción de una política de recursos humanos.

En lo referente a los médicos, si bien el número total ubica a nuestro país en un lugar destacado en América y en el mundo, su distribución inadecuada a las necesidades de la población, tanto en calidad como en orientación especializada, plantea un severo problema. Puede servir de ejemplo la escasez y mala distribución de pediatras, patólogos, epidemiólogos, psiquiatras, anesthesiólogos y radiólogos, circunstancia de mayor gravedad en las áreas de recursos médicos más escasos. Situaciones análogas se plantean en otros campos profesionales como odontólogos y bioquímicos.

Entre las múltiples causas, se reconocen como fundamentales a los factores socio-económicos de desarrollo y a los educacionales, vinculados con la formación del profesional. Este último factor ya ha sido tenido muy en cuenta por las facultades, que están introduciendo modificaciones sustanciales en sus currícula, pero ésta es una tarea de largo alcance. Además, los programas de educación médica continuada que las facultades están organizando, aportarán también un estímulo para la radicación del médico en el área rural.

Como medidas de efecto a más corto plazo, se considera que la carrera médica de alcance nacional, que está en estudio y que podrá concretarse en el corriente año, ofrecerá más posibilidades a los médicos, independientemente de su lugar de radicación. Es propósito, asimismo, solicitar a las autoridades militares un acuerdo para que el servicio militar, efec-

tuado después de la graduación, permita el aprovechamiento de los jóvenes médicos en las áreas en que son más necesarios.

Pero, indiscutiblemente, la máxima urgencia y gravedad del problema de los recursos humanos para la salud se encuentra en los campos de la enfermería y del personal auxiliar. En enfermería, las necesidades cuadruplican el número existente, extendiéndose el déficit a las disponibilidades docentes del área. En lo que se refiere a personal auxiliar de laboratorio, hemoterapia, radiología, patología, estadística, mantenimiento y administración, la falta de personal calificado reduce la eficacia de las prestaciones. La capacitación paralela a la enseñanza media, aprovechando nuestra capacidad, permitirá obtener personal joven y de adecuado nivel mediante la habilitación del Bachillerato en Sanidad, que se gestiona.

En materia de enfermería, la escasez numérica y la factibilidad de solucionarla obliga a revisar las medidas tradicionales e intentar políticas coyunturales que permitan vertebrar un programa más ambicioso con la adecuada coordinación de los subsectores.

Es de sobra conocido el desaliento económico en este sector, agravado porque las competencias de los tres subsectores no contemplan en sus respectivas jurisdicciones la homogeneidad de retribuciones.

Así se observa una constante migración de la enfermería en distintas direcciones, atraída, como es lógico, por mejores sueldos; esto ha provocado el consiguiente quebrantamiento de los planteles de los establecimientos asistenciales. Tal vez el mejor ejemplo lo constituya el Área Metropolitana, donde las tres jurisdicciones superpuestas en su acción, han actuado, sin saberlo, como factores concurrentes agravando el problema.

La Secretaría de Estado coordinará el estudio con los subsectores correspondientes, con el objeto de concretar una programación a mediano y largo plazo, a fin de obtener resultados perdurables. Además el Plan Nacional de Enfermería recibirá el máximo apoyo posible para que pueda desarrollar eficientemente la tarea de formación de enfermeras. En el año 1970 la Secretaría ha invertido \$ 1.250.000 (\$^m/_n 125.000.000) en cursos y becas.

En lo inmediato, se estudia la asignación de una retribución por actividad crítica, que intenta asegurar a los hospitales la cobertura elemental para atender la creciente demanda del sector más necesitado de la población.

Recursos físicos.

Los establecimientos del subsector oficial tienen en una alta proporción considerable antigüedad, sin los beneficios de un mantenimiento sistemático.

Un análisis de más de un tercio de las camas oficiales (en Región Metropolitana, Santa Fe, San Juan y Jujuy) revela que el 60 % de ellas son construcciones anteriores a 1930. Esta situación hizo necesario establecer un meditado programa de recuperación de la capacidad instalada.

El subsector de obras sociales y mutuales ofrece en lo relativo a plantas físicas una gran heterogeneidad. Algunas instituciones poseen edificios propios modernos y de gran capacidad, en tanto que buena parte utilizan de otras capacidades instaladas anticuadas y pertenecientes a los otros subsectores.

Las del sector privado son en su mayoría de pequeño tamaño y no todas construidas para los fines a los que se les ha destinado, demostrando la ausencia o ineficacia de una normalización en ese sentido.

La distribución de los recursos físicos tampoco acompaña a las necesidades de cada región y el crecimiento independiente de estos recursos agrava paulatinamente la situación.

Se ha estimado que un programa de recuperación de la capacidad instalada de los tres subsectores en todo el país, desarrollado en 20 años, tendría un costo de 5.000 millones de pesos (500.000 millones de pesos moneda nacional). De ellos corresponden más de los dos tercios al subsector oficial (105.000 camas sobre un total de 142.000).

Ese cálculo se ha hecho sobre la base de la necesidad de reemplazar el 50 % de los establecimientos por su obsolescencia y remodelar el 50 % restante. El costo actual de la cama recuperada es de \$ 17.000 (m\$N 1.700.000), y el de la cama de reemplazo, \$ 45.000 (m\$N 4.500.000).

Ante la imposibilidad de afrontar tal erogación, se ha fijado prioridad para el siguiente programa mínimo: 1º) reemplazo de establecimientos de máximo nivel de complejidad en cabeceras de provincia o de región que abarca 8.379 camas; 2º) recuperación de 21.817 camas de los hospitales provinciales de niveles intermedios; 3º) construcción de los puestos sanitarios de captación para las acciones de salud rural.

Este programa tiene un costo estimado de \$ 595 000.000 (m\$N 59.500 millones), de los cuales el 26 % sería aportado por las provincias.

Será encarado como necesidad mínima e impostergable para comenzar a abordar el problema de los recursos físicos hospitalarios del subsector oficial.

Recursos financieros.

Los recursos financieros reconocen diversas fuentes. El subsector oficial posee recursos fiscales provenientes de cada uno de sus niveles, siendo además frecuente que el nivel nacional subsidie a niveles provinciales y aún municipales, situación que se traslada a los niveles provinciales con los municipales.

El de obras sociales y mutuales recibe fondos de leyes especiales (por ejemplo: Obra Social de Bancarios, de Yacimientos Petrolíferos Fiscales, de Ferroviarios, de Luz y Fuerza, de Gas del Estado) de los beneficiarios y de fondos fiscales cuando el Estado es empleador. En las mutualidades sindicales, por una ley reciente, deben aportar empleados y empleadores.

El subsector privado obtiene sus recursos directamente de los usuarios.

Sobre el monto y la estructura de los recursos financieros de los subsectores privados y de Obras Sociales y Mutuales, no se poseen más que estimaciones y aproximaciones que hacen presumir constituyen una parte muy importante del volumen de recursos financieros del sector.

El monto del gasto en salud del subsector oficial para 1969 fue de 179.000 millones de pesos moneda nacional incluyendo la Secretaría de Estado, los organismos provinciales y municipales, los gastos en salud de organismos extrasectoriales y los aportes estatales a las obras sociales.

A efectos de aprovechar al máximo los recursos en el subsector oficial, se realizan reuniones regionales de coordinación del gasto entre sus componentes, nacional, provincial y municipal. Con ello, se está obteniendo un mejor conocimiento del gasto total, una adecuada coordinación para evitar dispersión de esfuerzos y un ajuste de los mecanismos operacionales administrativos.

En los próximos dos meses se realizarán las reuniones en las tres regiones que aún restan.

Por encima de estos paliativos, insistimos en la necesidad de definir un sistema de financiación dentro del marco de la

GASTOS DEL GOBIERNO EN SALUD

Relación porcentual entre los presupuestos aprobados de la S.E.S.P. y General de la Nación *

A) En millones de pesos corrientes

CONCEPTO	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968
Presupuesto General de la Nación	176.070	255.284	320.542	353.421	495.118	575.475	966.295
Presupuesto de la S.E.S.P.	3.898	5.580	6.031	7.352	12.436	15.345	15.981

B) En millones de pesos constantes (año base 1960 = 100)

CONCEPTO	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968
Presupuesto General de la Nación	126.770	142.959	147.449	123.697	128.730	109.340	125.618
Presupuesto de la S.E.S.P.	2.807	3.125	2.774	2.573	3.233	2.916	2.078
Relación porcentual entre Presupuesto de la S.E.S.P. y General de la Nación	2,21	2,19	1,88	2,08	2,51	2,67	1,65

* No incluye refuerzos presupuestarios.

EVOLUCION DE LOS PRESUPUESTOS APROBADOS DE LA S.E.S.P.

A) En millones de pesos corrientes

CONCEPTO	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968
Presupuesto de la S.E.S.P. aprobado por Ley de Presupuesto	3.898	5.580	6.031	7.352	12.436	15.345	15.980
Presupuesto definitivo del ejercicio	5.640	5.571	8.625	11.044	13.076	15.344	15.785

B) En millones de pesos constantes (año base 1960 = 100)

CONCEPTO	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968
Presupuesto aprobado por Ley de Presupuesto	2.807	3.125	2.774	2.573	3.233	2.916	2.078
Presupuesto definitivo del ejercicio	4.061	3.120	3.968	3.865	3.400	2.915	2.052

22

ANALISIS DEL GASTO SECTORIAL DE SALUD EN EL SUB-SECTOR PUBLICO CONSIDERADO GLOBALMENTE A NIVEL DEL PAIS. AÑO 1969

Secretaría de Estado de Salud Pública:	EN MILLONES DE M\$N.	
	GASTOS CITES.	INVERSIONES
	T O T A L	
Presupuesto 1969 ¹	15.832,1	5.275,7
Salud Mental	4.983,2	821,6
Rehabilitación del Lisiado	628,9	293,6
Instituto de Microbiología	457,0	69,5
Aportes argentinos a organismos internacionales (U\$S 1.600.000 OSP -OMS)	549,0	—
Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (Secretaría de Salud Pública)	17.654,7	1.171,0
Organismos provinciales de salud	39.829,4	4.425,4
Organismos municipales provinciales	8.668,3	963,0
Gasto en salud de organismos estatales extrasectoriales:		
a) Ministerio de Defensa	4.582,2	436,2
b) Ministerio del Interior	1.422,0	158,0
c) Aporte estatal a obras sociales nacionales	17.640,0	1.960,0
d) Aporte estatal a obras sociales provinciales	2.780,0	300,0
e) Aporte estatal por subsidios y subvenciones a organismos privados ..	1.000,0	—
Otros	—	380,0
Ministerio de Economía (S.E.O.P.)	17.730,0	25.000,0
TOTAL	133.756,8	41.253,5
	175.010,3	

¹ Existe un adicional en trámite que oportunamente deberá agregarse y originará modificaciones (monto total de los adicionales en trámite m\$N. 3.539.000.000).

**FUENTE: POLITICAS Y ESTRATEGIAS DEL SECTOR SALUD 1970 - 1974
ANTEPROYECTO, DIRECCION NACIONAL SECTORIAL DE DESARROLLO S.E.S.P.**

L

seguridad social que asegure en forma permanente la solución del problema.

Legislación.

Las leyes vigentes en relación con la salud, muchas de ellas obsoletas, deben ser recopiladas, actualizadas en función de las políticas y estrategias a las que deben servir como instrumentos, y ordenadas en un Código Sanitario Nacional que se haga cumplir en todo el país. Para ello será previamente indispensable la unificación de criterios en lo nacional, provincial y municipal, a los efectos de lograr coherencia en el documento y consenso general que haga factible su aplicación; tarea ésta de largo alcance, que nos proponemos iniciar.

En lo inmediato, leyes que están en trámite y de gran trascendencia para el país, son:

Código Alimentario.

La Ley 18.284 del 18 de julio de 1969 que declara vigente el Código Alimentario Argentino, ha sido de larga tramitación y su aplicación es impostergable para satisfacer una sentida necesidad en el país, puesto que por primera vez unifica las especificaciones que hacen a las condiciones higiénicas, sanitarias y bromatológicas de los alimentos.

Su reglamentación demorada, pues ya ha vencido el plazo fijado por la ley, será elevada de inmediato a la firma del Poder Ejecutivo. Es reclamada por todos los sectores vinculados con la alimentación, que han participado en forma efectiva en su elaboración.

Ley de Medicamentos.

En 1964 fueron sancionadas por el Congreso Nacional las leyes números 16.462 y 16.463 referentes, respectivamente, a los aspectos económicos y técnicos de los medicamentos.

En 1967, la Ley 17.189, se refirió a los precios de venta de las especialidades farmacéuticas y con posterioridad, en 1968 y 1969 se dictaron leyes que prorrogaban, con algunas variantes, las disposiciones anteriores.

En el corriente año se elaboraron dos proyectos de ley que pretendían dar solución al problema en forma más permanente, una en los aspectos económicos a cargo del Ministerio

de Economía, y otra en los técnicos a cargo de la Secretaría de Salud Pública. La primera, fue sancionada y es la ley 18.691, que aún resta reglamentar. La segunda no ha llegado a tener sanción, con fuerte oposición por parte de varios sectores.

En el momento actual, está en vigencia para los aspectos técnicos la ley del año 1964, que requiere su revisión, y actualización, introduciendo los medios tendientes a acrecentar la eficiencia de los organismos técnicos de la Secretaría de Estado que le permitan actuar como colaboradora y orientadora de la industria farmacéutica. Todo ello, sobre la base de la indelegable función del Estado del control técnico del medicamento y teniendo en cuenta la función social del mismo.

Ley de Enfermedades Transmisibles.

Están en vigencia múltiples leyes, algunas muy antiguas, referentes a diversas enfermedades (viruela, tuberculosis, lepra y otras), que deben ser modificadas.

Está adelantada la elaboración de una ley general de enfermedades transmisibles que reemplace a todas ellas, fundada en conceptos más modernos sobre la prevención de estas enfermedades. Se ha fijado el plazo de fin del corriente año para obtener su vigencia.

ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La Secretaría de Estado de Salud Pública (nivel central), ha sido organizada en cinco Direcciones Nacionales y una Dirección General de Administración de apoyo a las restantes.

Las direcciones son:

Dirección Nacional de Información Técnica. Entiende en la formulación de las actividades institucionales y sectoriales conforme a la política de salud adoptada, destinadas a ser concretadas por los niveles operativos de la Secretaría de Estado y concertadas con otros organismos sectoriales.

Dirección Nacional de Coordinación Operativa. Entiende en el desarrollo de las coordinaciones de los organismos normativos con los operativos de la Secretaría de Estado y los de ésta, con los de otras jurisdicciones para la realización de las actividades de salud conformando el principio de integración y en consonancia con los planes formulados.

Dirección Nacional de Normalización Médica y Sanitaria. Entiende en el logro de la máxima eficiencia de las actividades médico-sanitarias que se brindan a la comunidad y a cada uno de sus integrantes, mediante la aplicación de las normas técnicas correspondientes, asesorando y supervisando su ejecución en programas de prestaciones integradas.

Dirección Nacional de Fiscalización Sanitaria. Entiende en el cumplimiento de las normas legales, reglamentaciones, disposiciones, etc., relativas a salud según competencia y jurisdicción asignada a la Secretaría de Estado.

Dirección Nacional Sectorial de Desarrollo de Salud Pública. Proporciona la información requerida por los Departamentos de Planeamiento, de Administración del Desarrollo y Eficiencia de Gestión, de Seguridad Nacional y de Ciencia Técnica, conforme a pro-

gramas de trabajo y/o investigación aprobados por la Dirección Nacional Sectorial de Desarrollo de Salud Pública.

Dirección General de Administración. Entiende en la orientación, desarrollo y coordinación de los asuntos propios de la competencia específica de los organismos que la integran; procura la proyección de sus alcances —mediante asesoramiento y asistencia— a los organismos de Salud Pública en todo el país. Dirige la acción de las dependencias de su sector de trabajo para la compatibilización técnica y operativa de los servicios de su dependencia con las actividades médico-sanitarias, a los fines de la formulación y aplicación de los planes que heagan a la ejecución de la política institucional.

Nivel Regional y Provincial.

Han sido organizados los Servicios de Coordinación Sanitaria Regional, correspondientes a las 8 regiones de desarrollo delimitados por la ley en el país y de los cuales dependen las Delegaciones Sanitarias Federales (una por provincia, con excepción de las provincias sedes de los Servicios de Coordinación (Regional).

Los servicios regionales y las delegaciones permiten la coordinación entre el nivel central y los niveles regionales, provinciales y locales.

Nivel local.

Corresponden a las áreas donde se hallan los establecimientos sanitarios, de dependencia nacional, provincial o municipal.

Estos establecimientos son los encargados de brindar atención médica a las poblaciones y son supervisados por los niveles regionales o provinciales, encargados del cumplimiento de las normas.

La administración y provisión de los servicios de salud de los niveles operativos puede corresponder a la Nación, la Provincia o las distintas comunas o municipios.

PRINCIPALES CAMBIOS SOCIALES, CULTURALES Y ECONOMICOS U OTROS ACONTECIMIENTOS IMPORTANTES RELACIONADOS CON LAS CONDICIONES DE SALUD DEL PAIS

En el orden económico el cuatrienio se caracteriza por un fenómeno que comienza a tener influencia desde mitad del mismo: se establece un valor *estable* para la moneda argentina y el mismo es mantenido, durante el bienio último, hasta el reciente ajuste devaluativo resuelto.

Este hecho, como es lógico, produce diversas acciones que repercuten en el ámbito de lo Social y Cultural. Simultáneamente el gobierno inicia una etapa de ordenamiento en la Administración Pública y por tanto en el Sector Salud.

A comienzos del cuatrienio el gobierno nacional administraba algo más de la quinta parte de las camas instaladas (unas 150.000 en total); de las restantes un 30 % dependían de los gobiernos provinciales, un 15 % de los municipales y un 13 % de las obras sociales, organismos en los que coparticipaban en su financiación el gobierno y los usuarios. El quinto restante dependía del sector privado.

Estos diversos sectores no coordinaban en general sus acciones de salud entre sí, incoordinación que frecuentemente se apreciaba aún entre los componentes de cada sistema; como consecuencia de esta situación, durante el cuatrienio se realizaron acciones tendientes a poner orden en cada sistema, condición previa para coordinar la acción de los sectores entre sí en una etapa posterior.

Esto demandó personal sanitario en condiciones de asumir la responsabilidad técnico-administrativa en cantidad mayor a la disponible, por lo que paralelamente se orientó la programación de cursos y el número de egresados, adaptándolos a las necesidades que los programas nacionales y provinciales imponían.

Así, a fines del cuatrienio fue posible objetivar los primeros resultados:

El sector del Gobierno Nacional cuyos esfuerzos se veían entorpecidos por la obligación de administrar directamente un alto

porcentaje de los servicios asistenciales del país, fijó como prioridad la política de desconcentración y descentralización administrativa, sancionándose a fines de 1966 la "Ley de Transferencias de establecimientos hospitalarios" por la cual se autorizó a la Administración Central a transferir los establecimientos de su dependencia a los gobiernos provinciales y comunales.

Se pretendió con ello aumentar la eficiencia técnico-administrativa de los mismos.

La agilitación de las tareas producidas permitió a la Secretaría de Estado de Salud Pública, asumir el papel normativo y asesor de los restantes organismos sanitarios del país, imprescindible para lograr acciones coherentes.

En los restantes sectores la rápida asimilación de las técnicas de organización y administración de servicios de salud dio como resultados mejores y más eficientes servicios, permitiendo además obtener una mayor racionalidad en la oferta de dichos servicios.

También a mediados del cuatrienio el Gobierno Nacional fijó el objetivo de dar participación activa a la comunidad en el quehacer hospitalario y sancionó la Ley de Servicios de Atención Médica integrada para la comunidad, posibilitando que Consejos de administración integrados por la comunidad, cooperen en la administración de los establecimientos.

PLANIFICACION NACIONAL DE SALUD

No se ha concretado la elaboración de un Plan Nacional de Salud.

La Secretaría de Estado de Salud Pública ha elaborado un Modelo Nacional de Programación de actividades para establecimientos de atención médica, que permite elaborar los programas hospitalarios de atención médica y poder evaluar sus resultados.

Los ministros de salud de todas las provincias del país han recomendado la aplicación del Modelo de Programación en todos los establecimientos hospitalarios, como base para la futura formulación de los planes de salud regionales y provinciales.

Los planes y programas de salud en las regiones y provincias están a cargo de esos niveles y no del Gobierno Central a quien solamente le corresponde la función normatizadora, supervisora y asesora de las acciones de salud.

Los sectores prestatarios de acciones de salud están ampliando sus servicios para aumentar el número de atenciones y mejorar su calidad.

Esto significa la adopción de medidas tendientes a mejorar los equipos y las condiciones edilicias de los establecimientos asistenciales.

La Secretaría de Estado de Salud Pública a través de sus organismos técnicos ha encarado un programa de "Recuperación de camas", que analiza las necesidades de aumento de camas y de reemplazo de la capacidad instalada, adecuándola a la demanda y a las posibilidades de financiamiento de las mismas.

En la Programación de Actividades para Establecimientos de Atención Médica se han distinguido distintos programas, como se indica en la página 52 del Modelo Nacional.

Esos programas se formulan a nivel local y se ejecutan en las áreas programáticas correspondientes.

CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y DE ENFERMEDADES CRONICAS Y DEGENERATIVAS

Informe Epidemiológico sobre Poliomielitis Anterior Aguda, Viruela, Tuberculosis y Venéreas, Año 1965 - 1968

Generalidades.

Las enfermedades transmisibles constituyen un problema sanitario de importancia en nuestro país. Esta actuación es atribuible en cierta medida a la falta de uso racional de las técnicas de diagnóstico y prevención con que se cuenta y a los problemas planteados por la administración de programas de control.

Poliomielitis.

Morbilidad.

<i>Año</i>	<i>Casos notificados</i>	<i>Tasas x 100.000 habitantes</i>
1965	260	1,16
1966	365	1,60
1967	68	0,3
1968	154	0,7

Mortalidad.

<i>Año</i>	<i>Nº de muertos</i>
1965	47
1966	34
1967	21
1968	14

En los casos notificados se observa una disminución acentuada en el año 1967, aumentando la cifra en 1968.

Acciones desarrolladas.

En estos casos se promovió la vacunación antipoliomielítica, del crecimiento vegetativo del país, ya que en años anteriores se había efectuado la vacunación masiva de la misma.

Viruela.

Morbilidad.

<i>Año</i>	<i>Casos notificados</i>	<i>Tasa</i>
1965	15	0,1
1966	21	0,09
1967	23	0,1
1968		0,0

Mortalidad.

<i>Año</i>	<i>Nº de muertos</i>
1965	1
1966	2
1967	1

Luego de una disminución marcada de casos, a partir de 1961 se observa un aumento en los años 1966 y 1967, especificando que la mayoría de los casos notificados corresponden a provincias limítrofes.

Acciones desarrolladas.

En febrero de 1968 se comienza la vacunación antivariólica en Misiones y Formosa, teniendo así principio la ejecución de la Campaña de Erradicación Continental de la Viruela, ya que en los años anteriores esta vacunación no se efectuó como campaña en el orden nacional.

Tuberculosis.*Morbilidad.*

<i>Año</i>	<i>Casos notificados</i>	<i>Tasas x 100.000 habitantes</i>
1965	16.380	73,28
1966	21.947	96,72
1967	18.181	78,9
1968	18.461	78,2

Morbilidad.

<i>Año</i>	<i>Nº de muertos</i>
1965	3.746
1966	3.422
1967	3.255
1968	3.030

Analizando la tendencia de los casos notificados y de la mortalidad, notamos que no se observan modificaciones significativas en las cifras de los años considerados.

Acciones desarrolladas.

La Secretaría de Estado de Salud Pública continuó la promoción de la horizontalización de los programas locales en aquellas áreas donde los servicios de base permitían la integración de actividades específicas en los programas generales de salud. Promovió la inclusión en estos programas de las técnicas de menor costo y probada eficacia, como la búsqueda de casos a través del examen bacteriológico y el tratamiento ambulatorio del enfermo tuberculoso.

Se prosiguió y fortaleció notablemente el adiestramiento del personal de salud de todos los niveles a través de los Centros de Adiestramiento.

Venéreas.

Consideramos solamente sífilis, ya que la notificación es incompleta y en el resto de las enfermedades venéreas se agudiza, con el fin de que el error de la medición de la magnitud sea mínima.

Sífilis.*Morbilidad*

<i>Año</i>	<i>Casos notificados</i>	<i>Tasas</i>
1965	4.113	18,4
1966	5.711	25,16
1967	6.710	29,1
1968	5.719	24,2

Mortalidad.

<i>Año</i>	<i>Nº de muertos</i>
1965	323
1966 (1)	358
1967 (2)	356
1968	294

Se observa un aumento progresivo de la incidencia.

Acciones desarrolladas.

Con respecto al control de la sífilis, no se ha realizado un programa sistemático como en las otras enfermedades transmisibles consideradas.

Se firmó el acuerdo de la ejecución de un Programa de Trabajo con la República del Paraguay, en 1968.

EDUCACION Y ADIESTRAMIENTO EN EL CAMPO MEDICO Y AFINES

En la enseñanza y adiestramiento dentro del campo médico y de las especialidades afines, se destaca la política adoptada como el camino adecuado para la formación de personal en función de la salud de la comunidad.

El 22 de junio de 1968, la Secretaría de Estado de Salud Pública, suscribió una declaración conjunta con la Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina cuyo objetivo es lograr aunar esfuerzos y promover recursos para fortalecer, incrementar y actualizar sus actividades en los campos propios de sus competencias en los aspectos científicos, técnicos y sociales.

Con ello las entidades representadas por la Asociación de Facultades participan activamente en la elaboración y aplicación de programas de Salud Pública, utilización de establecimientos, formación de estudiantes y graduados de las facultades correspondientes.

La Secretaría de Estado ha firmado convenios para la realización de investigaciones, estudios y cursos con la Universidad de Buenos Aires, la Universidad Provincial de Mar del Plata, la Universidad San Juan Bosco de la Patagonia, Universidad del Litoral, Universidad de Cuyo, Universidad del Nordeste, Universidad de La Plata, Universidad de Córdoba, Universidad del Salvador y Universidad Católica de Córdoba.

Se agrega al informe los folletos "Con la Universidad, por la Salud", el Programa de desarrollo de la enseñanza de la pediatría y el informe de las actividades desarrolladas por la Asociación de Facultades de Medicina durante 1968 y la Guía del estudiante 1969.

Es de destacar la importancia de los convenios firmados entre la Secretaría de Estado de Salud Pública y las Universidades, porque a través de los mismos se logrará el esfuerzo coordinado para: la formación de profesionales según las necesidades del sector salud y para mejorar la capacitación del personal de salud.

Programas de capacitación para profesionales médicos.

Hasta hace pocos años, la capacitación del profesional médico se realizó esencialmente por medio de cursos, de duración variable entre semanas y un año, generalmente organizados por universidades, instituciones asistenciales y profesionales especialistas. Actualmente continúa el desarrollo de los mismos cursos, pero en la última década y muy especialmente en los últimos seis años, se han desarrollado notablemente programas de capacitación por medio de las Residencias Médicas.

Dichos programas, destinados al recién graduado, de 3 a 4 años de duración, comenzó con las especialidades básicas de clínica médica, cirugía, pediatría, tocoginecología y psiquiatría; y desde hace dos años también en patología, radiología, anestesiología y otras especialidades.

Los primeros servicios que implantaron el sistema fueron generalmente asiento de cátedras universitarias. Hace 5 años, la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires inició programas, simultáneamente en varios servicios, con resultados satisfactorios. En 1968 la S.E.S.P. decide completar las residencias médicas en las especialidades básicas en los grandes hospitales del conurbano, y centros pilotos del interior del país. De manera que progresivamente han aumentado las plazas, habiendo llegado en el último concurso unificado a 350 vacantes aproximadamente para primer año.

En 1967 fue cuando el Consejo Nacional de Residencias Médicas, constituido por representantes de diferentes instituciones que cuentan con residencias médicas, como la S.E.S.P., la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Fuerzas Armadas, Provincias e Instituciones Privadas, cuyas funciones principales son de normatización, control y evaluación de programas.

La Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires inició en 1967 su primer programa de internado rotatorio con aproximadamente 12 vacantes.

También cuentan en este tipo de programas la Facultad de Medicina del Salvador (Bs. Aires), las Universidades de Mendoza, Córdoba y Litoral. En alguna de ellas es ya obligatoriamente previo a la graduación.

La Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires tiene el propósito de llegar a un internado rotatorio curricular con vistas a brindar un tipo de capacitación ya considerada imprescindible para un nivel acorde con las exigencias modernas de la educación médica. Debido al alto número de egresados, es necesaria la colabora-

ción de otras instituciones y la S.E.S.P. ha elaborado programas para desarrollar a breve plazo.

Enseñanza de Enfermería.

La estructura de la enseñanza de enfermería a nivel nacional, hasta 1968 comprendía:

Escuelas reconocidas por la Secretaría de Estado de Salud Pública regidas por R. M. N° 350/58.

Escuelas dependientes de facultades de Ciencias Médicas de Universidades Nacionales de Córdoba, Rosario, Tucumán, Buenos Aires y Mar del Plata.

Cursos de Auxiliares de Enfermería —Convenio Argentina 6301— O.S.P., O.M.S., UNICEF y Nación; desde 1960 funcionan 12 áreas.

Curso de Administración, Enseñanza y Supervisión, incluido en los convenios anteriormente mencionados, que funciona en la Universidad Nacional de Buenos Aires.

Cambios en la estructura.

En 1968 se dicta el decreto 1.469 de enseñanza de enfermería, cuya reglamentación tiende por una parte a una elevación del nivel cualitativo de la enseñanza, exigiendo estudios secundarios completos. Este requerimiento se basa en las posibilidades de aspirantes que brinda la evaluación cualitativa de matrícula de nivel medio en el sistema general de enseñanza.

Se ha iniciado en 1968 el plan de enseñanza en dos ciclos: 1º) Básico, y 2º) Licenciatura, en todas las escuelas dependientes de las Universidades Nacionales. De éstas, las escuelas de Rosario y Córdoba iniciaron la licenciatura en Obstetricia en 1968 y 1969 respectivamente.

En Rosario además se dicta un curso complementario para enfermeros diplomados, tendiente al grado de licenciado en enfermería.

Continúa hasta fines de 1969 el plan del convenio nacional en las áreas establecidas. Se han agregado en nuevas áreas, fuera del Convenio, cursos de auxiliares de enfermería realizados por las provincias, asesorados por esta Secretaría de Estado.

La reglamentación del decreto 1.469/68, contempla la organización y funcionamiento de estos cursos previendo la continuidad del plan mencionado.

Además de continuar el Curso de Administración, Enseñanza y Supervisión y Docencia incluido en el plan 6301, se han dictado dos cursos. El 1º intensivo (fines de 1967) de Orientación a la docencia en escuelas de enfermería, y el 2º en 1968 de 7 meses de duración de Docencia y Administración de Escuelas de Enfermería. Estos cursos se dictaron en la escuela de enfermería, dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, con el apoyo económico de esta Secretaría de Estado. En el corriente año se repetirá este Curso.

Con el objetivo de actualización docente se realizará en 1969 un Seminario para Directoras e Instructoras de Escuelas de Enfermería organizado por la Inspección y Asesoría de Escuelas de esta Secretaría de Estado.

La planificación de la formación de personal de enfermería se inicia en 1960 con un estudio sobre "Recursos y potencial de servicios de salud pública y los problemas de salud en el país, que puso de relieve la crítica escasez de personal de enfermería en todos sus niveles.

Desde entonces, las soluciones a este problema se han constituido en una de las prioridades de la política de esta Secretaría. En 1968 se ha iniciado la regionalización del sistema de supervisión y asesoramiento de escuelas y cursos con el propósito, además, de promover la organización y funcionamiento de por lo menos una escuela de enfermería profesional por región y un curso de auxiliares de enfermería en cada una de las provincias que integran aquella.

La promoción por parte de esta Secretaría de Estado, para estudios de enfermería, se realiza mediante un plan de becas.

Para el mejoramiento de los servicios de enfermería se realiza desde 1967, un plan piloto de educación en-servicio en un establecimiento hospitalario, y se proyecta para 1969 un plan de capacitación de docentes para educación en servicio, en una de las regiones del país.

La experiencia iniciada por la Escuela de Enfermería dependiente de esta Secretaría de Estado, en 1966 con nuevos planes y metodología de enseñanza y aprendizaje, no pudo ser evaluada, pues en 1968 la escuela fue transferida a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Buenos Aires.

Se han efectuado investigaciones y encuestas de: recursos docentes, capacitación del personal docente, estadísticas de establecimientos que hacen enseñanza de enfermería no registrados en la Nación, dependientes de distintas instituciones.

INVESTIGACIONES MEDICAS Y DE SALUD

La Dirección de Recursos Humanos e Investigación comenzó en el año 1968 las tareas tendientes a proveer de una base administrativa a las actividades de investigación que se realizan dentro del ámbito de la Secretaría de Estado de Salud Pública.

Para ello incorporó a su estructura la División de Investigaciones la cual no tiene a su cargo la ejecución de los proyectos de investigación, sino funciones normativas y coordinadoras.

En la actualidad diversos organismos dependientes de la Secretaría de Estado de Salud Pública realizan investigaciones de naturaleza e importancia variable que responden generalmente a iniciativas individuales de investigadores o institutos.

Los recursos muchas veces provienen de sus propios presupuestos, y sólo ocasionalmente previstos de antemano con destino al rubro investigación.

La Dirección de Recursos Humanos e Investigación se propuso centralizar la información relativa a las investigaciones a fin de obtener la visión integral de esa actividad. No se propuso la centralización de las investigaciones.

La posesión de esta información le permitirá: a) obviar el problema de la incomunicación, manteniendo informadas a las instituciones y estimular la cooperación en las actividades; b) evaluar las investigaciones a fin de conocer su grado de adecuación a los programas de Investigación de Salud Pública; c) apoyar de manera selectiva y con carácter indicativo aquellos proyectos que respondan a los lineamientos de la política Sanitaria; d) difundir los conocimientos derivados de las investigaciones y su aplicación a la política de la Salud Pública.

Estudio sobre Salud, Recursos para la Salud y Educación Médica

El Estudio sobre Salud, Recursos para la Salud y Educación Médica en la República Argentina tiene como propósitos: producir información sobre salud, recursos para la salud y educación médica; dejar armadas las estructuras para servir de base a registros permanentes de la información; crear e implementar los mecanismos idó-

neos para una descripción que haga al conocimiento de la realidad sanitaria nacional: medir la "brecha" existente entre las actuales estructuras y las necesidades en salud; aportar la información necesaria para la planificación y/o programación de la producción y utilización de los recursos de salud.

Para alcanzar estos propósitos el estudio cuenta con los siguientes grupos de trabajo: Demografía; Encuesta de morbilidad; Encuesta de utilización de recursos de atención médica; Recursos humanos; Recursos en operación; Recursos de enseñanza profesional.

Objetivos de los Grupos de Trabajo

Demografía:

Reunir y uniformar la información demográfica dispersa en distintas fuentes, que sea relevante a los propósitos del Estudio. Para ello el grupo de trabajo:

Estimará la población actual a nivel provincial y departamental.

Estudiará la dinámica poblacional; migraciones; cambios en la estructura de mortalidad.

Estudiará los factores que hacen al cambio demográfico en el país.

Hará estudios especiales en el campo de: la estructura de la mortalidad y las variables demográficas que la condicionen; las defunciones fetales, particularmente en el de las fetales tardías; defunciones según tipo de certificación médica.

Estudiará la cobertura y confiabilidad de la certificación médica de las defunciones, comparándolas con la real.

Encuesta de morbilidad:

Se propone medir el nivel de salud a nivel nacional y para las ocho regiones de desarrollo. Para ello se estudiará por medio de encuestas y entrevistas los siguientes grupos:

Población no institucionalizada (encuesta domiciliaria y examen físico).

Personas que hayan recibido atención médica en cierto tiempo prefijado (seguimiento retrospectivo).

La Encuesta domiciliaria que buscará estimar: la demanda de la población; la actitud de la población frente a los recursos sanitarios; la necesidad sentida en salud; el uso de los recursos sanitarios; el gasto individual y familiar en salud.

Por su parte por medio de Seguimiento retrospectivo se tratará de comparar la percepción de morbilidad en la población y su relación con la "morbilidad real" juzgada por el profesional.

El subgrupo de Examen físico examinará una submuestra de la población encuestada con el fin de: aproximar información sobre la prevalencia de ciertos grupos de enfermedades en la población.

Encuesta de Utilización de Recursos de Atención Médica:

Este es un estudio colaborativo internacional que se realiza juntamente con otros 6 países. En el nuestro ya se lleva realizada la cuarta parte (I trimestre) de recolección en terreno.

Los propósitos del estudio:

Determinar en qué medida las diferencias en la organización de la atención médica se reflejan en diferencias en la utilización de los recursos y en los patrones de morbilidad de distintas regiones.

Determinar en qué medida las actitudes, expectativas y percepciones influyen en la utilización de recursos médicos y patrones de morbilidad.

Determinar la relación y asociación entre la utilización de camas, médicos y enfermeras con los resultados de la atención.

A estos objetivos específicos generales se agregan objetivos locales, que son:

Evaluar el comportamiento de la población muestreada frente a ciertos ítems que serán incluidos en la encuesta de morbilidad.

Extraer información que permita una primera caracterización de la demanda manifiesta y la actitud de la comunidad frente a la atención médica.

Ensayar un diseño muestral para la recolección de la información.

Recursos Humanos:

El grupo censará a médicos y odontólogos; determinará su distribución geográfica, así como sus características demográficas; determinará el número de profesionales por especialidad; en una muestra, estudiará actitudes y aptitudes, así como otros factores asociados.

Estudiará las características del personal de enfermería: cantidad; preparación y distribución.

Para todo el personal mencionado se determinarán la remuneración y las condiciones de trabajo.

Recursos en operación:

Tendrá como objetivo fundamental: el análisis de los recursos materiales existentes para la atención de la salud; el estudio del

número de personal médico y paramédico según dependencias, institucional, y el estudio de los recursos financieros dedicados a la atención de la salud, con énfasis en el análisis de los gastos e inversiones del sector público en materia de atención médica.

Para ello el grupo de trabajo censará el número de establecimientos sanitarios del país; estudiará la distribución geográfica y capacidad de atención de los establecimientos; registrará el personal médico, y de enfermería para obtener el marco para encuestas en profundidad sobre el mismo; registrará y analizará las fuentes y cuantía de los aportes financieros; identificará a los organismos que disponen recursos y/o realizan gastos, ya sea directa o indirectamente, en salud; realizará los estudios y análisis complementarios que hagan a la necesidad del sector.

Recursos de Enseñanza Profesional:

El grupo estudiará el número de los aspirantes de medicina y odontología en los últimos diez años —según edad y sexo—; analizará la dinámica de la población estudiantil; determinará el número de graduados por año en los últimos diez años; comparará y analizará planes de estudio; estudiará la composición del cuerpo docente y su preparación; estudiará los regímenes de financiación de las distintas Facultades y Escuelas de Medicina y Odontología; registrará la relación con otras unidades universitarias (escuelas de enfermería, hospitales, etc.); repetirá el mismo tipo de estudio para las Escuelas de Enfermería en los últimos 5 años.

Investigaciones realizadas

Estimación de la prevalencia de artritis reumatoidea y otras enfermedades reumáticas, en una muestra de población cercana a Buenos Aires.

Investigación y prevención de los efectos indeseables del tabaco sobre la salud.

Programa de investigación epidemiológica sobre alcoholismo, oligofrenia y epilepsia.

Estudio de la prevalencia de caries dental y estado de higiene dental en escolares de Capital Federal.

Estudio epidemiológico de las afecciones bucodentales y aspectos nutricionales en el grupo etario de 20 años de edad, sexo masculino, de la provincia de Misiones.

Costo de las 1.000 calorías normales de la familia media en las diversas regiones del país.

Valoración del estado nutricional de la clase 1949 en Formosa.

Estudio prospectivo de concordancia, en mellizos respecto a prevalencia del bocio y su evaluación terapéutica.

Investigación de factores genéticos en etiología del labio leporino y paladar hendido.

Estudio populogenético en una población aislada indígena Mapuche de Chiquillihuín (provincia de Neuquén).

Investigación de morbimortalidad en tomadores de Dietilamida del ácido lisérgico y su descendencia.

Estudio de frecuencia genotípica de ciertos marcadores génicos en un grupo indígena Toba (Chaco).

Investigación de la patología asociada a agenesia de una arteria umbilical mediante estudio longitudinal y epidemiológico a partir de una muestra de recién nacido vivo.

Estudios citogenéticos en una muestra de pacientes que reciben dietilamida del ácido lisérgico.

Investigación de factores etiológicos en malformaciones congénitas (estudios genéticos y epidemiológicos).

Estudio de la fisiopatología de la diabetes latente.

Metabolismo "in vitro" de los glomérulos renales.

Reemplazo de los aminoácidos esenciales por sus cetoácidos correspondientes en la nutrición humana.

Efecto de la ingestión de agua hiperfluorada sobre el desarrollo de la osteoporosis en el hombre.

Acción lactogénica de la prolactina coriónica humana.

Investigación sanitaria durante la ejecución del plan nacional de erradicación de villas de emergencias.

Prevalencia del bocio.

Programa de epidemiología de enfermedades transmitidas por el agua, en común con Saneamiento Ambiental.

Investigación y prevención de la hidatidosis en las regiones de Comahue y Patagonia.

Investigación y prevención de la anquilostomiasis en la región noroeste, en común con el Departamento de Saneamiento Ambiental.

Investigación y prevención de los accidentes de tránsito, en común con el Departamento de Saneamiento Ambiental.

Estudio de morbilidad en asegurados.

Investigación retrospectiva de morbilidad en varones de 20 años de edad.

Estudio técnicoeconómico para la puesta en marcha de plantas de desfluoración en la República Argentina.

Programa demostrativo de rellenamiento sanitario.

Estudio de contaminación atmosférica en Buenos Aires.

Encuesta de Higiene Industrial con la dirección técnica del Centro de Investigación de Ingeniería Ambiental y la Escuela de Ingeniería Sanitaria.

Estudio de contaminación de cuerpos receptores en el Area Metropolitana (Matanzas-Riachuelo).

Apoyo de investigaciones y estudios.

Incineradores domiciliarios.

Escape de automotores diesel.

Investigación de mecanismos de reacciones.

Síntesis de compuestos con probable actividad tripanomicida.

Estudio "in vivo" e "in vitro" del efecto de drogas sobre la biosíntesis de esfingoglicolípidos.

Investigaciones fitoquímicas sobre plantas argentinas.

Efecto de corticotrofina sobre metabolismo de la corteza adrenal y su relación con la corticoideogénesis.

Sensibilidad cutánea al P.P.D. humano y al P.P.D. aviario.

Influencia de la flora asociada sobre la Morbilidad del Mico-bacterium Tuberculosis.

Vacunación B.C.G. sin prueba Tuberculínica previa.

Investigación operativa, periodicidad de visitas de trabajadores sociales y médicos en relación con la conducta del paciente y los resultados del tratamiento.

Investigación de la vacunación B.C.G. mediante inyector a presión manual.

Investigación de la infección tuberculosa en niños de 6 años de primer grado de todas las capitales de provincia y Capital Federal.

Investigación de la sensibilidad tuberculínica en niños escolares de 6 años de una zona de la provincia de Buenos Aires.

Bacteriología de la tuberculosis (se realizan 4 estudios vinculados al tema).

Investigaciones referentes a la Fiebre Hemorrágica Argentina.

Diagnóstico de la enfermedad. Estudio metodológico de los métodos.

Características físicoquímicas del virus.

Multiplicación del virus en cultivos celulares.

Especies animales sensibles al virus.

Vías de eliminación del virus en las especies indicadas en el punto d).

Mecanismo de transmisión de la infección entre los roedores.

Mecanismo de transmisión de la infección de los roedores al hombre por medio del análisis epidemiológico de los casos que ocurren en el Partido de Pergamino.

Cria de los ácaros parásitos, naturalmente hallados en los animales mencionados en el punto d) para estudiar experimentalmente la transmisión por estos vectores posibles.

Distribución y densidad relativa de los roedores en las zonas epidémicas y no epidémicas del Partido de Pergamino.

Relación causal entre el contacto roedores-hombre y la frecuencia de infección.

Investigación del comportamiento ecológico de los roedores.

Investigación de la conducta de los roedores en cuanto a la movilidad y factores de desplazamiento (habituales o causados por importantes cambios ecológicos), verificado mediante la captura de ejemplares a los que implantan agujas de iodo radioactivo Au 135 y seguimiento con medidor de radiaciones gamma.

Estudio de la significación del conjunto de hallazgos y el desarrollo de la epidemia.

Investigaciones referentes a los métodos posibles para prevenir la enfermedad humana.

Investigaciones referentes a la elaboración de vacunas requeridas para la inmunización básica de la población infantil.

Desarrollo de las técnicas de elaboración de la Vacuna Anticoqueluchosa.

Desarrollo de las técnicas de elaboración de Toxide Tetánico.

Desarrollo de las técnicas de elaboración del toxide Diftérico.

Vacuna Antivariolosa.

Vacuna Antivariolosa Inactivada.

Rabia.

Investigaciones relativas a virus (27 investigaciones en marcha).

Fiebre Amarilla.

Paludismo.

Ofidismo.

Inmunología.

Chagas.

Muestreos y catastros serológicos en comunidades prefijadas.

Catastros serológicos en la clase 1948.

Liofilización de un nuevo antígeno para la Reacción Guerreiro Machado. Trabajo coordinado con las Fuerzas Armadas.

Investigación de nuevos insecticidas para la Lucha contra la Enfermedad de Chagas.

Investigación de nuevas drogas, en colaboración con Bayer, Alemania.



Investigación con insectos marcados con radioisótopos (vinchucas) en la ciudad de Córdoba, en coordinación con la Universidad local.

Estudios de métodos biológicos de lucha contra los triatominos.

Estudios de genética de los triatominos, coordinadamente con la OPS/OMS.

Ampliación del estudio de mezclas de barro con insecticidas para la lucha contra los triatominos.

Estudios de diferentes cepas de tripanosoma Cruzi al microscopio electrónico, coordinadamente con el Instituto Nacional de Microbiología.

Paludismo.

Investigación de otra nueva droga antimalárica, coordinadamente con las Fuerzas Armadas (Ejército).

Investigación de nuevas drogas antimaláricas, coordinadamente con el Servicio de Malaria de la República del Paraguay.

Vacunaciones.

Aplicación de vacuna sarampionosa en comunidades controladas para estudiar sus reacciones en nuestros medios urbanos y rurales (ya se publicaron los trabajos).

Muestreo para conocer la potencia de la vacuna antivariólica liofilizada (desarrollado en Misiones, coordinadamente con el Instituto Nacional de Microbiología.

Hidatidosis.

Evaluación de la técnica de Calcagno en los enfermos con quistes hidatídicos y muestreo simultáneo para brucelosis.

Investigaciones en preparación.

Plaguicidas.

Investigación de la búsqueda de residuos de plaguicidas coordinadamente con la Universidad del Salvador (Facultad de Medicina, Cátedra de Farmacología); Universidad de la Ciudad de Buenos Aires (Cátedra de Toxicología); Secretaría de Estado de Salud Pública (Departamento de Zoonosis Reservorios y Vectores e Instituto de Farmacología y Bromatología); Secretaría de Estado de Agricultura y Ganadería (Sanidad Animal e INTA).

Parasitosis.

Investigación de nuevas drogas antiparasitarias intestinales coordinadamente con la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador, Cátedra de Parasitología.

ALGUNOS PROGRAMAS Y ACTIVIDADES GENERALES DE LA SECRETARIA DE ESTADO DE SALUD PUBLICA

(Desarrollados y en curso)

1. Aspectos de organización general y actividades de apoyo.

Aprobación con carácter provisional de la estructura de la Secretaría de Estado de Salud Pública.

Preparación de las orgánicas de las dependencias de la Secretaría de Estado.

Extensión de la aplicación de la política de racionalización para establecimientos de bajo rendimiento.

Aplicación de la ley 17.102/66 (Servicios de Atención Médica Integral para la comunidad).

Organización de los Servicios de Coordinaciones Sanitarias Regionales.

Suscripción de los convenios de transferencias de establecimientos nacionales con las provincias y con la Municipalidad de Buenos Aires conforme a lo dispuesto por la ley N° 17.022/66, para completar la totalidad de las transferencias.

Producción del "Manual descriptivo de puestos", como instrumento de normalización en el tema para los servicios de salud.

Estudios conducentes a la implementación de un Seguro de Salud.

Cooperación con la Comisión de Obras Sociales.

Producción del Manual: elementos para clasificación de Servicios de Atención Médica.

2. Aspectos sanitarios.

Extensión de la aplicación del Programa Nacional de Estadísticas de Salud a todo el país.

Programa Nacional del Agua Potable (SNAP). Asistencia para otros saneamientos.

Apoyo técnico y asesorías en terreno (regionales y provinciales) en los temas de competencia de la Secretaría.

Iniciación de la implantación del Modelo Nacional de Programación de actividades para Establecimientos de Atención Médica en las provincias de Chaco, San Juan, Catamarca y Río Negro, con resultado satisfactorio.

Preparación y estudio de la documentación para la formulación del Plan Nacional de Salud.

Extensión de la aplicación del sistema de determinación de costos hospitalarios mediante capacitación de personal: en Formosa, Salta, Santiago de' Estero, Corrientes y Mendoza.

Supervisión y asesoría en la materia en las provincias de Santa Fe, Misiones, San Juan, Córdoba y Río Negro y en especial a aquellas donde se halla implantado el sistema de costos.

Aplicación de la formulación producida en materia de técnica presupuestaria para la presentación de los presupuestos programas en establecimientos nacionales.

Control de zoonosis, transmisores y reservorios de infecciones específicas.

Intensificación de la lucha contra la Enfermedad de Chagas en las provincias actualmente en actividad e inicio de tareas en Formosa y Río Negro.

Cumplimiento de las actividades correspondientes al Programa de Erradicación del Paludismo. Intensificación de acciones en zonas de fronteras y áreas de registro de brotes.

Prosecución del Programa de Lucha contra la Rabia en Capital Federal.

Realización de estudios ecológicos y epidemiológicos sobre Fiebre Hemorrágica Argentina y apoyo de las investigaciones dirigidas a obtener una profilaxis específica.

Programa de estudio y lucha contra la hidatidosis.

Programas contra enfermedades endémicas o potencialmente epidémicas.

Realización de actividades correspondientes a la primera etapa en el ámbito nacional, del Plan Continental de erradicación de la viruela.

Prosecución de los programas de profilaxis específicas de infecciones prevalentes: poliomielitis, difteria, tos ferina, tétanos, tuberculosis (BCG), sarampión.

Programa de Atención Médica Integrada, aplicación en varios establecimientos según las normalizaciones alcanzadas.

Programa conjunto para el Area Patagónica (de Atención Médica y Saneamiento).

Ejecución de los programas tendientes a elevar el nivel sanitario de la salud materna e infantil en todo el país.

Actividades de fiscalización sanitaria.

Elaboración del Proyecto de Ley de Alimentos.

Intensificación de la fiscalización de laboratorios de especialidades medicinales, alimentos y cosméticos.

Producción de normas de contralor médico y de acuerdos con las provincias para su aplicación en el ámbito correspondiente.

Intensificación de todas las actividades dirigidas al contralor del ejercicio profesional.

Programa Nacional de Salud Mental que incluyó programas de habilitación de edificios necesarios para colonias y programa de atención psiquiátrica a varias comunidades según técnicas actuales.

Relaciones internacionales sanitarias. Afianzamiento en los estratos internacionales de la política del Estado en materia sanitaria, a través del cumplimiento de los compromisos mutuos y apoyo a los programas continentales, y contribución nacional con recursos financieros, físicos y campo de experiencias.

Investigaciones de Salud Pública.

Realización de estudios sobre salud, recursos para la salud y educación médica en el país, con participación de la Asociación de Facultades de Medicina, CONADE, Escuela de Salud Pública y Organismos Internacionales.

Implantación de un registro limitado de malformaciones congénitas en recién nacidos, realización de estudios clínicos y genéticos.

3., Inversiones.

Estudio del Programa de Inversiones de Construcciones en el Sector Salud, aprobado por un total de m\$N 950.000.000 para la remodelación, ampliación y obras nuevas que abarcan 110 establecimientos sanitarios, ubicados en las 22 provincias y en el Territorio de Tierra del Fuego.

Programa de equipamiento de instrumental y equipos médicos constitución de comisiones para el programa de equipamiento hospitalario especialmente en materia de radiología y laboratorio).

4. **Enseñanza y capacitación.**

Participación en la iniciación de las actividades del Centro Latinoamericano de Administración Médica.

Participación docente y financiera en los cursos (diplomados en Salud Pública, Organización y Administración Hospitalaria, Arquitectura Hospitalaria, Técnicos en Estadísticas, Administración Sanitaria para Funcionarios Administrativos y otros cursos de posgraduado) dictados en la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina, Buenos Aires.

Realización de cursos de Bacteriología, Clínica, Epidemiología y Control de la TBC.

Teoría y práctica de la Educación Sanitaria.

Realización de cursos de Administración, Enseñanza y Supervisión de Enfermería.

Realización del Curso de Enfermería Profesional.

Realización del Curso de Auxiliares de Enfermería.

Realización de capacitación en el Curso de posgrado de Ingeniería para la Salud en la Facultad de Buenos Aires.

Implantación de Residencias en Medicina General en los hospitales de San Martín, Avellaneda, Lanús, Ciudadela, Comodoro Rivadavia, Güemes y Gonnet.

Implantación de Residencias especializadas en anestesiología y Anatomía Patológica.

5. **Realización de Reuniones de Autoridades de Salud Pública.**

Reuniones regionales.

Organización de la Reunión especial de Ministros de Salud de las Américas.

Reuniones Nacionales de Autoridades de Salud Pública.

POLITICA SANITARIA Y COOPERACION INTERNACIONAL

La política que la Secretaría de Estado de Salud Pública desarrolla en lo internacional se basa en la expresión, en ese ámbito, de principios coherentes con los conceptos generales que rigen su acción en la esfera nacional. Esta orientación, acorde con las necesidades y posibilidades del país, es analizada a la luz de su significación nacional, regional y local, e internacional, e integrante del criterio que rige la acción de la Secretaría en una permanente coordinación con los Gobiernos provinciales, universidades nacionales, comunas, y con todo otro organismo del Estado y entidades privadas cuya misión y objetivos les asignan participación en el quehacer de la salud.

Dentro de este amplio enfoque, se tiende a integrar la política sanitaria con la política general de desarrollo económico-social, en una interrelación de los distintos sectores, y se intensifican los esfuerzos hacia el alcance de objetivos, mediante la consideración diagnóstica; el análisis de la situación sanitaria; el conocimiento de los recursos y necesidades; la planificación de salud; la centralización normativa, la descentralización operativa y la evaluación sistemática con participación del nivel central, que permiten la acción sanitaria que contempla características, necesidades y recursos regionales, y la participación nacional, coordinada, en planes regionales y locales en las provincias. Esta orientación de las acciones, por su alcance, representa aportaciones al concepto de la significación de la salud como componente fundamental del desarrollo y el bienestar —criterio elaborado por la Secretaría, en el ámbito nacional, en su intervención en lo relacionado con planificación y ejecución en los aspectos de salud y en lo económico-social— y fundamenta la línea conceptual y la acción en lo internacional.

Dentro de este marco, debe incluirse el apoyo nacional al Decenio del Desarrollo de las Naciones Unidas y a la política continental en lo socio-económico y en el campo de la Salud. Efectivamente, en América, y en relación con el pensamiento del Acta de Bogotá, y luego con los objetivos de la Carta de Punta del Este, la Argentina ha expresado su posición en el ámbito internacional y, destacando la importancia de la planificación en salud, y de la integración de los planes sanitarios en los programas generales de desarrollo eco-

nómico y social, ha apoyado estos conceptos en las Reuniones de Ministros de Salud Pública de los Países del Continente, desarrolladas en Washington, en 1963 y en Buenos Aires, en 1968; en la Reunión de los Jefes de los Estados Americanos, celebrada en Punta del Este de 1967; en las Reuniones de los Ministros de Salud Pública de los Países de la Cuenca del Plata que tuvieron lugar a partir de 1948, y en las Reuniones de los Organos Directivos de los Organismos Internacionales de Salud.

Esta posición ha fundamentado la orientación impresa en materia de cooperación internacional a la participación del país en materia de colaboración con otros países y con instituciones internacionales. En este sentido, se han concretado relaciones y acuerdos con Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay, para la solución de problemas de salud comunes, sobre todo en zonas limítrofes, mediante mutua colaboración y coordinación en las acciones. Reviste particular interés en este campo la realización periódica de Reuniones de fronteras como continuación de una política ya establecida para aspectos específicos de salud pública o para aspectos multidisciplinarios en los que tiene ingerencia y participación el sector salud. Aspectos relativos a la tuberculosis, las enfermedades venéreas, la viruela, la fiebre amarilla, la erradicación del paludismo, la formación y capacitación de personal, el intercambio científico, el saneamiento ambiental, los problemas de nutrición; son expresión de acciones que con carácter prioritario han sido considerados en este tipo de operación.

La participación del país en los organismos internacionales de salud, en una acción de mutua cooperación tendiente a asegurar la contribución nacional a los programas, así como la obtención de parte de los mismos organismos de la asesoría técnica y de la necesaria cooperación en programas específicos acordes con las necesidades y posibilidades del país constituyen la base de la actitud nacional al respecto. Todo ello, considerado con criterio que contempla los intereses nacionales, los regionales y, en lo posible, los de los países del Continente.

Merecen particular mención dentro del campo de la cooperación internacional en Salud, los siguientes acontecimientos producidos desde el año 1966, con la participación del país.

1 Reunión Paraguayo-Argentina sobre Erradicación del Paludismo en Areas de Fronteras.

Celebrada en Asunción, Paraguay, el 16 y 17 de diciembre de 1966. Acuerdo de Trabajo. Firmado por el Ministro de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay y el Secretario de Estado de Salud Pública de la Argentina. Adopción de programas en cumplimiento de Acuerdos existentes.

Acuerdo de Asistencia Sanitaria con Bolivia. Diciembre de 1966.

Programa de asistencia en el campo de la salud, para un programa sanitario que incluye, vacunación antipoliomielítica, protección a la infancia, abreugrafía, educación sanitaria y puericultura; en una zona de hasta 150 kilómetros desde la frontera.

Las acciones integran el programa de asistencia técnica agropecuaria, de cooperación educacional y asistencia sanitaria entre la Argentina y Bolivia.

Reunión de Cancilleres de los Países de la Cuenca del Plata.

Participación de la Argentina, Bolivia, Brasil, Paraguay y Uruguay. Celebrada en Buenos Aires, Argentina. Año 1967. Declaración Conjunta de los Cancilleres de los Países de la Cuenca del Plata. Inclusión en las decisiones adoptadas, de cooperación mutua en programas de educación, sanidad y luchas contra las epidemias. Buenos Aires, Argentina, 27 de febrero de 1967.

Reunión de Jefes de Estado Americanos.

Participación de todos los países de América. Celebrada en Punta del Este, Uruguay. Año 1967.

Declaración de los Presidentes de América. Inclusión de Salud en el Capítulo V, Desarrollo Educacional, Científico y Tecnológico e Intensificación de los Programas de Salud. Punta del Este, Uruguay, 14 de abril de 1967.

Convenio de Cooperación de la Argentina con Guatemala, para el intercambio de profesionales en rehabilitación. Con la participación de la OPS/OMS.

Auspiciado con la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Argentina y ejecutado por la Asociación de Lucha Contra la Parálisis Infantil (ALPI). Buenos Aires, 11 de julio de 1967. Un técnico argentino desarrolló adiestramiento de terapeutas ocupacionales y asesoró al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Acta de Trabajo y Coordinación en Salud Pública entre las Autoridades Sanitarias de la República Argentina y la República del Paraguay.

Suscripto en Buenos Aires el 23 de febrero de 1968, por el ministro de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay y el secretario de Estado de Salud Pública de la Argentina.

Medidas preventivas permanentes relativas a problemas epidemiológicos en las zonas de frontera común, en materia de paludismo, viruela, rabia, lepra y enfermedades venéreas; provisión de antígenos y sueros; tráfico de medicamentos; colaboración de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste de la Argentina, en intercambio científico y capacitación.

Acta sobre Trabajo y Coordinación en Salud Pública entre las Autoridades Sanitarias de las Repúblicas de Argentina y Bolivia.

Suscripta en La Paz, el 29 de abril de 1968 por el ministro de Salud Pública de Bolivia y el secretario de Estado de Salud Pública de la Argentina.

Medidas preventivas permanentes para atender a la solución de los problemas epidemiológicos en las zonas de frontera común; sobre todo, relativas a viruela, tuberculosis, fiebre amarilla, tifus exantemático, fiebre tifoidea, venéreas, lepra, malaria, rabia y otras enfermedades que puedan significar un peligro sanitario; tráfico de medicamentos; promoción de estudios conjuntos sobre nutrición, bocio y morbimortalidad infantil.

VI Reunión de Ministros de Salud Pública de los Países de la Cuenca del Plata.

Participación de Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay. Participación de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Celebrada en Porto Alegre, Brasil, del 2 al 6 de septiembre de 1968. Ministros de Salud Pública de Brasil, Paraguay y Uruguay, y secretario de Estado de Salud Pública de la Argentina, y delegaciones técnicas de cada país.

Resolución de coordinación de esfuerzos de colaboración permanente de lucha contra la viruela, fiebre amarilla, esquistosomiasis, tuberculosis bovina, rabia, brucelosis, hidatidosis, malaria; nutrición; saneamiento del medio.

Decisión de realizar reuniones anuales a fin de evaluar e intensificar el intercambio de información sanitaria.

Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas.

Participación de los países de América. Convocada por la Organización Panamericana de la Salud en virtud de la Resolución XXXVII de la 17ª Reunión del Consejo Directivo de la OPS.

22

Celebrada en Buenos Aires, Argentina, del 14 al 18 de octubre de 1968.

Ministros de Salud Pública y Delegaciones Técnicas.

Decisiones y recomendaciones sobre el establecimiento de un plan de operaciones para la ejecución de las decisiones adoptadas por los Jefes de Estado Americanos, en Punta del Este, Uruguay, en 1967.

Definición de los problemas de salud en América, en términos objetivos, técnicas y procedimientos, y responsabilidades nacionales e internacionales.

Reunión Fronteriza de Directores de Servicios Nacionales de Erradicación del Paludismo.

Celebrada entre la Argentina, Bolivia y Paraguay, con la participación de la Oficina Sanitaria Panamericana, en Salta, Argentina, del 27 al 29 de octubre de 1969.

Ratificación de la prioridad de las actividades de la erradicación y decisión de apoyo a Bolivia con recursos materiales y humanos para el feliz término de su plan de erradicación del paludismo.

Ratificación de la decisión de intercambio de información, coordinación y mutua colaboración de trabajos en las fronteras.

Participación del país en las Reuniones de los Cuerpos Directivos de la Organización Mundial de la Salud. Asamblea Mundial de la Salud; Consejo Ejecutivo.

Participación en las Reuniones de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud. Conferencia Sanitaria Panamericana; Consejo Directivo; Comité Ejecutivo.

Participación de Técnicos Argentinos en Seminarios, Comités de Expertos, de la Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud. Prestación de Asesoría Internacional.

Estudios de especialización en la Argentina, de profesionales de Brasil, Ecuador, Nonduras, Nicaragua, Paraguay, Perú, Venezuela y Uruguay, sobre disciplinas médicas y del campo de la salud. Acceso de técnicos de otros países, e internacionales, a los Programas nacionales, y a Instituciones y Centros Científicos del país, en viajes de estudio y observación.

Comité Intergubernamental Coordinador de la Cuenca del Plata.

Proposición de inclusión en la agenda de la IV Conferencia de Cancilleres de los Países de la Cuenca del Plata, del tema Salud, en relación con el reforzamiento del concepto de la importancia de la participación activa del sector en el desarrollo de la Cuenca; de la inclusión de Técnicos en Salud en los Grupos de Expertos y Comisiones Ad-hoc para estudios. Proposición de coordinación de la acción del Comité Intergubernamental Coordinador, con las decisiones que surjan de las Reuniones de Ministros de Salud de los Países de la Cuenca del Plata y de relación cronológica de esas Reuniones con las de los Cancilleres.

Programas de Salud en Desarrollo, con cooperación internacional.

Control de las Enfermedades Transmisibles.

Fortalecimiento de los Servicios de Epidemiología. Fomento de desarrollo de programas de erradicación y control. Métodos y Técnicas; Coordinación de actividades; Notificación. Seminarios médicos y técnicos; Cursos de actualización en Epidemiología.
Colaboración de OPS/ONS.

Erradicación de la Malaria.

Tareas de erradicación en áreas en fase de mantenimiento, consolidación y ataque. Rociamientos, diagnóstico. Acciones de transferencia de las actividades de vigilancia, de las zonas en fase de mantenimiento, a los Servicios Generales de Salud.
Colaboración de OPS/OMS y UNICEF.

Erradicación de la Viruela.

Inmunización de la población. Vacunación de los recién nacidos; revacunación y medidas de cuarentena internacional. Colaboración con los Servicios provinciales de Epidemiología, y complementarios.
Colaboración de OPS/OMS.

Control de la Tuberculosis.

Colaboración con el Programa Nacional de Lucha.
Ensayo de técnicas y procedimiento de control; investigación operativa; capacitación de personal; asesoría a los Servicios

- de Salud a través del Centro Nacional de Control de la Tuberculosis de Recreo, Provincia de Santa Fe.
- Colaboración de OPS/OMS y UNICEF.

Centro Panamericano de Zoonosis.

Fortalecimiento del Centro Panamericano de Zoonosis y ampliación de sus instalaciones y acción técnica, en investigación, adiestramiento, estudios y programas demostrativos de campo, y asesoría a los países.

Asesoramiento y colaboración en investigación, principalmente en programas de Brucelosis, Tuberculosis, Hidatidosis y Rabia. Plan Piloto para el estudio y control de la hidatidosis en la Provincia de Neuquén. Investigación y determinaciones en materia de vacunas, antígenos y biológicos. Cursos de capacitación en técnicas de laboratorio y epidemiología.

Colaboración de OPS/OMS y PNUD.

Saneamiento del Medio.

Actividades de saneamiento en jurisdicción nacional y provincial. Fomento y coordinación de programas. Control de calidad de abastecimiento público de agua; recolección y eliminación de desechos; control de contaminación del agua y del aire; mejoramiento de la vivienda rural; otros problemas del ámbito rural.

Fortalecimiento de los Departamentos de Ingeniería Sanitaria, nacional y provinciales; coordinación de programas con otras jurisdicciones.

Formación de personal profesional y técnico.

Colaboración de OPS/OMS.

Abastecimiento de Agua.

Planificación, organización y desarrollo de programas nacionales de construcción o expansión de los Servicios de Agua y alcantarillado, en áreas urbanas y rurales.

Contribución del Banco Interamericano de Desarrollo, para proyectos de abastecimiento de agua potable en poblaciones rurales. Cursos de capacitación para profesionales y técnicos. Investigación de aspectos sociales, técnicos y económicos, en la implantación de los programas.

Colaboración de OPS/OMS.

Servicios de Salud.

Mejoramiento de la organización y perfeccionamiento de los servicios nacionales y provinciales de salud. Impulso de la planificación y la regionalización de los servicios.

Centralización técnica y descentralización ejecutiva y administrativa. Investigaciones sobre problemas médicos, del ambiente y operacionales.

Diseño, preparación e iniciación de estudios sobre actividades, recursos y su utilización, costos de operaciones, evaluación.

Adiestramiento mediante cursos y seminarios, a nivel central, regional y local, en los distintos campos de actividades, en los niveles profesional y técnico.

Colaboración de OPS/OMS.

Estadísticas de Salud.

Desarrollo y mejoramiento de los Servicios de Estadísticas Vitales y de Salud, de acuerdo al Plan Nacional. Establecimiento de normas y recolección y sistematización de datos. Extensión de la cobertura en la utilización del certificado médico de defunción, y en la obtención de datos sobre movimiento de pacientes en los establecimientos asistenciales. Programa de Adiestramiento en los diferentes niveles.

Colaboración de OPS/OMS.

Centro de Computación Electrónica.

Desarrollo de un plan de establecimiento de una red nacional de acopio y elaboración electrónica de datos. Plan de utilización eficaz de computadoras en los organismos de salud. Adiestramiento de personal en análisis de sistemas, programación y administración general de las unidades de computación. Investigaciones sobre el empleo de computadoras en las ciencias de la salud.

Colaboración de OPS/OMS. Gestión de colaboración de PNUD.

Salud Mental.

Formulación de un plan nacional de salud mental. Modernización de los sistemas de atención. Descentralización de servicios psiquiátricos. Atención psiquiátrica en hospitales generales, unidades de asistencia diurna y centros de rehabilitación. Capacitación de personal. Investigación epidemiológica.

Colaboración de OPS/OMS.

Protección contra las radiaciones.

Programa nacional de protección contra las radiaciones ionizantes y control de sus fuentes de producción. Organización de un servicio de control de las radiaciones. Colaboración con la Comisión Nacional de Energía Atómica. Cursos para capacitación de personal técnico. Colaboración de OPS/OMS.

Higiene Industrial. Contaminación Atmosférica.

Encuestas en establecimientos industriales de la zona metropolitana de Buenos Aires y otras ciudades industriales del país. Elaboración de programas de higiene industrial y de seguridad. Instalación de estaciones de muestreo de aire, en Buenos Aires y en otras ciudades, como integrantes de la Red Latinoamericana de Vigilancia de Contaminación Atmosférica. Colaboración de OPS/OMS.

Centro Latinoamericano de Administración Médica.

Desarrollo de programas de educación superior en administración de servicios médicos. Realización de investigaciones sobre utilización de Servicios de Salud, desarrollo de recursos humanos y organización y métodos administrativos. Colaboración de la Escuela de Salud Pública y Medicina Administrativa de la Universidad de Columbia, EUA. Colaboración de OPS/OMS.

Rehabilitación.

Adiestramiento de personal técnico en prótesis y en producción de aparatos ortopédicos. Perfeccionamiento de personal que trabaja en estas actividades y difusión del conocimiento de nuevas técnicas y materiales. Colaboración de OPS/OMS. PNUD.

Escuela de Salud Pública.

Fortalecimiento de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional de Buenos Aires, en la preparación de personal profesional y auxiliar para atender las necesidades de los programas de salud pública. Cursos en los diversos campos de salud pública. Docencia en el interior del país mediante cursos y seminarios. Becarios latinoamericanos. Colaboración de OPS/OMS.

Enseñanza de la Medicina.

Fortalecimiento y ampliación de la enseñanza de la medicina. Planificación, métodos pedagógicos y actividades de investigación en docencia. Participación en el estudio sobre recursos humanos para la salud.

Colaboración de OPS/OMS.

Estudio sobre Recursos Humanos para la Salud.

Acopio sistemático de datos sobre el estado de salud de la población, recursos humanos y materiales disponibles para los servicios de atención médica, como base para la orientación de actividades para la salud.

Colaboración de OPS/OMS.

Centro de Bioestadística y Demografía.

Atención de las necesidades de adiestramiento en este campo, mediante la creación en la Facultad de Medicina de Buenos Aires de un Centro en la especialidad. Formación de personal docente y de investigación. Asesoramiento en bioestadística y análisis demográfico. Desarrollo de investigaciones.

Colaboración de OPS/OMS.

Enseñanza de la Enfermería.

Preparación de enfermeras profesionales a nivel universitario; capacitación de instructoras y supervisoras de las Escuelas y Servicios de Salud; adiestramiento de personal auxiliar.

Mejoramiento de los servicios de enfermería. Participación de las Universidades Nacionales y Ministerios Provinciales.

Colaboración de OPS/OMS, PNUD, UNICEF.

Enseñanza de la Ingeniería Sanitaria.

Fortalecimiento de la enseñanza que desarrolla la Escuela de Ingeniería Sanitaria —hoy Instituto de Ingeniería Sanitaria—, de la Universidad Nacional de Buenos Aires, para preparar profesionales en el campo de la ingeniería de salud pública.

Colaboración con otras Universidades del país. Cursos superiores para ingenieros, sobre abastecimiento de agua y eliminación de desechos, ingeniería de salud pública, saneamiento.

Colaboración de OPS/OMS.

Capacitación de Personal de Estadística.

- Capacitación de profesionales, técnicos y auxiliares para los Departamentos de Registros Médicos y de Estadísticas, de Hospitales y de Servicios Generales de Salud. Cursos en la Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional de Buenos Aires y en el interior del país.
- Colaboración de OPS/OMS.

LIBRARY
PAN AMERICAN SANITARY BUREAU
WASHINGTON, D.C.