

Bases para un
PROGRAMA
PERONISTA
de acción de gobierno

SALUD

2/

Consejo Tecnológico del
Movimiento Nacional
Justicialista

El Consejo Tecnológico del Movimiento Nacional Justicialista es uno de los órganos oficiales del Movimiento que tiene a su cargo la formulación de propuestas para planes de gobierno. Los programas elaborados han sido publicados por el Consejo en ediciones limitadas, de uso interno. La serie que se inicia con este fascículo reproducirá algunos de dichos documentos. Debe tomarse en cuenta que su redacción es provisional y que las propuestas en ellos contenidas no comprometen otra opinión que la del propio Consejo. Estas publicaciones tienen como objetivo ofrecer un marco más amplio de discusión, que sirve de base a posteriores reelaboraciones.

"Bases para un programa peronista de gobierno" es una publicación del Consejo Tecnológico del Movimiento Nacional Justicialista, Catamarca 1114, Buenos Aires.

Distribuidores: en Capital Federal; Pricolo-Belluscio, Dorrego 673, Capital Federal.

Interior y exterior, Distribuidora Intercontinental, Saic, Santa Magdalena 541, Capital Federal.

Precio de venta: \$ 3,—

10 de mayo de 1973

Bases para un programa peronista de salud

INTRODUCCION

El presente informe se compone de cinco partes. Primeramente un documento llamado Salud, de neto corte ideológico, que expresa el sistema al que apuntamos como meta. Este sistema de salud no es alcanzable sin un cambio total del sistema social en que se incluye.

La segunda parte es un estudio histórico del desarrollo del área abordado desde fines de siglo hasta el presente, con énfasis en el período de gobierno justicialista.

La tercera es una semblanza del estado actual de la situación sanitaria del país, descripta a través de indicadores objetivos, con cifras tomadas de estadísticas oficiales, además de una descripción del sistema actual de salud y su utilización.

Luego, un conjunto de propósitos y estrategias políticas a mediano plazo. Estas tratan de reflejar en hechos concretos las propuestas del documento inicial, sin agotarlo en sus posibilidades. Es un plan de cambios posibles a partir del sistema existente en el plazo de un período de gobierno y presupone cambios generales en una política coherente.

Finalmente, la quinta parte constituye un informe sobre una política nacional de saneamiento.

I - SALUD

Salud es considerada actualmente de diferentes formas:

— Como concepto moral abstracto con débil contenido sociológico, carente

de una teoría del hombre en sociedad, y que cae en una transformación de los agentes de la salud y sus instituciones en ideales verbales, sin correspondencia con la realidad.

- Como un medio al servicio de la producción y un bien de consumo, dinamizador económico de la sociedad de producción y consumo, es decir como una “inversión” social, productivista y eficientista.
- Como servicio social, muy eficiente, pero que no se plantea la máxima realización individual, dejando de ser una fuerza positiva y progresista.
- Como válvula de escape paliativa y conformista para tensiones sociales, que sirve a la vez para impedir la corrección y la prevención de las causas que las motivan.
- Como un proceso comercial entre dos individuos, uno “sano” y el otro “enfermo”, en relación paternalista, jerárquica y autoritaria, donde se enajenan las cualidades humanas.

La salud es una función de la filosofía política de los diferentes sistemas sociales, y ha estado históricamente al servicio de las clases dominantes, quienes la han usado para reforzar la perdurabilidad del sistema vigente. En nuestro país, hoy el campo de la salud se limita a la enfermedad, siendo por lo tanto un monopolio de los médicos. Los planes se limitan a la atención médica.

El concepto de salud escapa de la jurisdicción limitativa de la antinomia “enfermedad” - “no enfermedad”. Todo individuo, durante toda su vida, enferma, cura o previene, a sí mismo y a los demás, por lo cual se debe intensificar y sistematizar la parte preventiva y curativa de esta interacción. Así la salud pasa a ser una preocupación general de toda la comunidad, de la que todos deben ser agentes.

Entendida en su más amplia acepción, y tomando en cuenta todos los factores que determinan el estado físico y psicológico de un individuo, la salud se convierte en el objetivo último de la organización social. Implica la obtención de igualdad en condiciones para la realización individual y el máximo de posibilidades para todos.

→ ^{o postula?} Presupone el cambio de los sistemas de producción y relación humana, con una concepción humanista, socialista y nacional, para que haya un cambio cualitativo y no un mero cambio cuantitativo de la estructura social vigente.

La política sanitaria debe estar inserta en el marco de una política nacional, con ideología y objetivos definidos, y en una sociedad con alta participación popular en las decisiones, igualitaria en la distribución de bienes, planificada y socializada.

Los conceptos de salud deben incluir nuevos valores frente al consumo, el trabajo y la sociedad, con criterios nuevos de selección de prioridades, asignación de recursos, evaluación de métodos y tipos de organización, de tecnologías y ciencias requeridas, de

viabilidad en términos de recursos nacionales planificados y su administración en términos de condiciones locales.

Los trabajadores de salud en equipo interdisciplinario, deben integrar y orientar el proceso siempre en contacto con el sistema productivo y creativo en un trabajo de participación, ensayo y error, con desmitificación del rol científico donde los roles sociales se vuelven fluidos e intercambiables en la relación médico-paciente, sano-enfermo, profesor-alumno, jefe-subordinado.

II - EVOLUCION Y ANALISIS HISTORICO

A comienzos del presente siglo ya están esbozadas las instituciones de salud que configurarán, hasta el año 1916, la fisonomía particular del sector. Las transformaciones sociales y económicas y el papel a veces activo de aquellas instituciones dan lugar a un firme y progresivo cambio en la salud de la población, caracterizado, fundamentalmente, por la elevación de la expectativa de vida al nacer y de la paulatina desaparición de enfermedades epidémicas que producen alta mortandad en la población.

Se esbozan, asimismo, muchas de las contradicciones que aún persisten en nuestro país, vinculadas al fuerte desequilibrio en el desarrollo entre áreas o regiones y a la persistente vigencia de instituciones tradicionales de escasa o relativa eficacia, imbricándose o enfrentándose con aquellas nuevas que las mencionadas transformaciones imponen. Estas, de acuerdo al esquema agroexportador, sólo son acentuadas

en la pampa húmeda y áreas adyacentes; por consiguiente, los cambios en la salud son significativos solamente en estas áreas. Tanto desde múltiples puntos de vista, como desde el particular de la salud, se configuran dos países diferentes, con disponibilidad de recursos y nivel y estructura de salud disímiles.

A comienzos de siglo encontramos a la Medicina lanzada efectivamente en la línea del progreso tecnológico, ampliándose sus perspectivas con la aplicación de técnicas eficaces de prevención y tratamiento de las enfermedades. Ello da lugar a modificaciones profundas en las organizaciones de salud: surge el hospital con sus características actuales de institución "curadora", que reemplaza la imagen de depósito de incurables y moribundos que poseía anteriormente, y se expanden las acciones de tipo preventivo —principalmente las vacunaciones y servicios de mejoramiento del ambiente urbano— lo que da lugar al crecimiento y consolidación de nuevas organizaciones que, habitualmente, pertenecen al Estado.

El médico argentino se forma, o termina de formarse, y se especializa en los grandes centros continentales europeos, especialmente franceses. De allí regresa con la particular filosofía de la Medicina vigente en la época y sus "modelos" de organización y práctica profesional, los que no tardan en ser aplicados aquí. Una mezcla de anarquismo, liberalismo y aristocratismos conforma la mentalidad médica de la época, y la impregna de tal manera que aún mantiene poderosa vigencia en nuestros días.

Las instituciones pertenecientes al Estado se desarrollan lenta y progre-

sivamente. El énfasis particular está puesto, como se ha dicho, en las acciones preventivas y en el saneamiento urbano, a los que se agregan actividades de fiscalización (fronteras y transportes, farmacias y medicamentos, etcétera), pero también, y siempre con el criterio de estado subsidiario, se amplía la capacidad instalada pública para la medicina curativa. El Estado cumple un rol creciente construyendo y manejando una red cada vez más amplia de hospitales, pero al mismo tiempo contribuye a financiar a instituciones privadas que cumplen el mismo papel, por ejemplo, la Sociedad Argentina de Beneficencia.

El hospital es una institución cerrada: su diseño arquitectónico responde exclusivamente a expectativas del médico, carece de consultorios externos porque para la atención del paciente ambulatorio está el consultorio privado del médico, no intenta producir más salud en la comunidad que lo rodea porque al médico no le interesa, se limita a recibir pacientes que concurren espontáneamente o enviados desde el consultorio privado. Una vez ingresado el enfermo, todo lo que él es y representa desaparece; su personalidad, su capacidad de decidir y opinar y hasta su nombre se reduce a un número (el de la cama donde está internado) o a una denominación de la taxonomía médica habitual.

Tanto las instituciones de medicina curativa del Estado como las de la Sociedad de Beneficencia son destinadas a dar servicios a un tipo determinado de clientela: las clases sociales humildes y desposeídas, especialmente las pertenecientes al incipiente proletariado urbano. Comienza a tener vigencia práctica, también, cierta concepción productivista de la Medicina,

en función de evitar pérdidas de horas-hombre de trabajo al aparato productivo urbano y de la dificultad de reemplazo de esta mano de obra calificada. Dado el tipo de explotación rural en nuestro país —extensivo, antes que intensivo— y al fácil reemplazo de la mano de obra rural, nada es lo que se hace por esta clase de proletario.

El sanatorio sirve inicialmente para las operaciones quirúrgicas de los pacientes de clase acomodada, que no quieren mezclarse con la clientela del hospital. Con el avance de la tecnología médica el sanatorio amplía sus funciones a otras áreas de la Medicina, pero siempre con la característica de limitarse a la atención de pacientes internados, ya que el consultorio privado funciona como elemento de atención de pacientes ambulatorios. Las ciudades de Buenos Aires y Rosario cuentan —ya a principios de siglo— con grades y lujosos sanatorios, donde la Medicina alterna con la vida mundana de la oligarquía local.

Otro tipo de instituciones que se desarrollan lentamente desde fines del siglo pasado son las asociaciones mutuales; éstas tienen mucha importancia, puesto que constituirán más tarde, al promediar este siglo, el fundamento de organizaciones sociales de envergadura. Como lo indica su nombre, son asociaciones de ayuda mutua y son traídas de Europa por las distintas colectividades que integran la tremenda corriente inmigratoria de nuestro país. Las variadas contingencias de la vida, entre ellas la enfermedad, son cubiertas por estas instituciones, ya sea mediante ayudas financieras o de prestaciones de servicios.

Las mutuales están financiadas mediante aportes periódicos de los be-

neficiarios y, en algunos casos, también por los gobiernos de los países europeos de donde proceden tales colectividades.

Así bosquejada la situación y evolución del sector salud en las primeras décadas del siglo, se producen ciertos hechos trascendentes que conducen a cambios significativos en la salud de la población y en la fisonomía de las organizaciones respectivas. El advenimiento en forma franca y desenmascarada de la oligarquía vacuna al poder, luego de 1930, las frustraciones populares consecutivas, el fracaso del esquema agro-exportador y la extrema debilidad del país ante la crisis económica mundial, entre otras, preparan las condiciones básicas para cambios significativos e irreductibles de la vida política, social y económica del país.

Al producirse la Revolución del 4 de junio de 1943 la situación sanitaria nacional, en una apretada síntesis, es la siguiente:

- a) ya han comenzado a producirse migraciones desde los medios rurales hacia los urbanos, en forma coincidente con el desarrollo de la industrialización,
- b) se producen, en forma creciente, mayores demandas y aspiraciones de los grupos más amplios de la población, con una consiguiente mayor presión sobre los servicios de salud,
- c) las organizaciones de salud, que mantienen esquemas de acción que se perpetúan sin modificaciones desde principios de siglo, se encuentran incapaces de hacer frente a las mayores demandas,

d) el carácter benéfico y paternalista de la Medicina es cuestionado en forma creciente y, entre las luchas reivindicativas, surge la concepción del derecho a la salud,

e) la tecnología médica tiene un fuerte desarrollo, con lo que puede enfrentar más eficazmente los problemas asistenciales cotidianos; se produce una mayor especialización médica así como la incorporación de nuevas áreas de trabajo hasta entonces inexistentes.

El período iniciado por el General Perón tiene como directo responsable de la gestión en el campo sanitario al Dr. Ramón Carrillo. Ya antes de la puesta en marcha del primer plan quinquenal, siendo el General Perón Secretario de Trabajo y Previsión, y por su directa inspiración, surge la primera legislación que, en materia de salud, intenta asegurar la vigencia de los mencionados derechos humanos; ella se refiere concretamente a la salud del trabajador rural y a los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales.

Los problemas que debe afrontar el gobierno revolucionario peronista exigen mucho esfuerzo nacional y, sobre todo, mucha inteligencia y capacidad creadora. El esquema general de gobierno se ajusta al siguiente resumen:

- a) fuerte aumento de los servicios y de la capacidad instalada de salud en el país, especialmente en las áreas marginales,
- b) llevar servicios a las áreas más pobres y aisladas del país, prescindiendo de toda concepción econo-

- micista de los efectos de salud a producir en la población,
- c) eliminar definitivamente la beneficencia aplicada a la Medicina y quitarle toda capacidad de decisión y presión política a la Sociedad de Beneficencia; sus instituciones pasan definitivamente a manos del Estado y de la Fundación Eva Perón.
 - d) modernizar la capacidad instalada, ya que ella no se adecua a los avances tecnológicos de la Medicina ni a una concepción más integrada, curativo-preventiva, de la misma, y definiendo un nuevo modelo de hospital que reemplaza al anterior,
 - e) eliminar las trabas financieras para el uso de los servicios por parte de la población y las diferencias por clase o categoría social y económica, es decir, brindar servicios gratuitos e igualitarios, de acuerdo al principio de justicia social,
 - f) de acuerdo a lo anterior, es el Estado el que asume la responsabilidad primordial de la atención a la población, ya no con criterio subsidiario, sino como principal ejecutor,
 - g) erradicar definitivamente aquellas enfermedades epidémicas de los medios urbanos y rurales que los gobiernos anteriores, por desidia e incapacidad, no habían sabido enfrentar; se inician los programas de erradicación del paludismo, la fiebre amarilla, la ancilostomiasis y otras parasitosis, etc.,
 - h) ampliar los servicios de mejora-
- miento del ambiente urbano, especialmente a través de programas de potabilización del agua, letrificación, control de alimentos, mataderos, etc.,
 - i) desarrollo de programas de control de la salud de la madre, del niño y de la población trabajadora, sometida a riesgos importantes,
 - j) ante la presión de las organizaciones gremiales y de la gran mayoría de la población asalariada del país, se constituyen las obras sociales y servicios médicos gremiales, las que son financiadas por aporte bipartito —trabajador y empleador— y, entre otros, dan beneficios de salud a los afiliados,
 - k) desarrollar estructuras administrativas, nacionales y provinciales, que sirvan de soporte eficaz para la enorme acción a desarrollar, así como una legislación adecuada para el cumplimiento de los objetivos expuestos.

El gobierno justicialista transforma el viejo Departamento Nacional de Higiene y, en pasos sucesivos, crea el Ministerio de Salud Pública de la Nación; estimuladas para ello, las provincias repiten tal organización, de modo tal que en pocos años se cuenta, a escala nacional, con la infraestructura pública necesaria como para afrontar las nuevas demandas que se generan. El número de camas de hospitales existentes en 1946 son duplicadas en 1955, y se construyen cientos de nuevos establecimientos asistenciales y preventivos a lo largo y a lo ancho del país.

La etapa justicialista imprime marcas definitivas a la salud argentina: los indicadores de salud —mortalidad infantil, mortalidad general, mortalidad por tuberculosis, morbilidad por paludismo, etc.— se modifican substancialmente y no sólo en la pampa húmeda, sino en todas las provincias del país. La concepción benéfica de la Medicina queda sepultada, reemplazada por una valoración humana y social más profunda, que, en el marco de la justicia social, implica el reconocimiento de un derecho humano inalienable.

A partir del año 1955 se inicia una nueva etapa para el país. Comienza a desarrollarse y a afianzarse una nueva concepción de tipo científicista vinculada a la Medicina y su aplicación, que reemplaza definitivamente la figura del médico artesano de principios del siglo. Tal tipo de Medicina requiere una elevadísima utilización de tecnología, nuevos tipos de especialización que llevan a la superespecialización y organizaciones extremadamente complejas y diversificadas. Ello representa llevar a sus últimas consecuencias el mencionado desarrollo de la tecnología médica y a producir, nuevamente, cambios en las instituciones médicas a fin de adaptarlas a los nuevos conocimientos y de hacer frente a los elevados costos que suponen las correspondientes aplicaciones.

En los años 1956 y 57 se produce un hecho significativo para la salud pública argentina. Se refiere al regreso de gran número de técnicos y científicos que, resistentes al justicialismo, buscaron cobijo en el extranjero, principalmente en los Estados Unidos. Ellos, conjuntamente con otros que permanecieron en la penumbra en el país, toman las riendas en las Facultades de Medicina existentes y, con

bastante buen éxito, logran aliarse con distintos grupos de poder y así consiguen ejercer presión en las organizaciones de salud. De aquí surge un conjunto amplio de experiencias, en las que, fundamentalmente, se intenta repetir en el país los modelos norteamericanos de organización médica y de formación, capacitación y práctica profesional.

III - DIAGNOSTICO DE SITUACION

En el momento actual se asiste a nuevas situaciones, que superpuestas a otras viejas, manifiestan una crítica y desesperanzada marcha de las organizaciones que tienen que ver con la salud del pueblo. Estas situaciones se vinculan, por un lado, a que los viejos problemas de salud que afectan a la población siguen aún sin resolverse y, por otra parte, a la aparición de nuevos problemas a los que la Medicina y la salud pública actual no pueden aportar soluciones efectivas. Las enfermedades asociadas al deterioro socio-económico continúan agrediendo a núcleos importantes de la población, como lo prueba el hecho de las elevadas tasas de mortalidad infantil que persisten constantes.

Este hecho se explica por las fallas estructurales de todo el sistema social que condiciona, por un lado, la aparición de ciertos riesgos de enfermar y morir y, por otro, una deficiente organización sanitaria incapaz de adecuarse a las necesidades reales de la población.

En el sistema de atención médica de nuestro país coexisten 3 subsectores: el público, el de obras sociales y

el privado, que tienen distintas finalidades y que compiten entre sí en la prestación de servicios de salud. Esta competencia por la clientela da lugar a derroche de recursos, cobertura desigual de grupos de población y encarecimiento innecesario de los servicios de atención médica, conformando una situación caótica en la que existen grupos privilegiados que disponen de servicios de alta calidad, mientras otros grupos marginados no tienen acceso a ninguna clase de atención en materia de salud.

En la Argentina es el Estado el que ha asumido, desde 1946, la principal responsabilidad por la salud de la población. Posee el 70 % de las camas hospitalarias y es el único que ha desarrollado programas especiales para prevenir la aparición y/o propagación de las enfermedades. Las grandes luchas sanitarias, organizadas durante la gestión de Ramón Castillo, los programas de la madre y el niño, etc., son ejemplos de las actividades públicas orientadas hacia la prevención.

El hospital público, base del subsector estatal, cumple una finalidad social, aparece en las zonas más alejadas contribuyendo a la accesibilidad geográfica de la población y presta sus servicios sin ningún tipo de discriminación a todo individuo que lo requiera. En general, los hospitales públicos son más complejos y sus funciones más diversificadas que los establecimientos de los otros subsectores y prácticamente es el único que atiende a los pacientes con enfermedades infecto-contagiosas y crónicas y las necesidades de rehabilitación, a la vez que cumple, aunque deficientemente, las funciones de docencia e investigación.

A partir de 1955 el Estado comienza

a resignar su responsabilidad rectora en la conducción de la atención médica y, por consiguiente, se desentiende cada vez más de su responsabilidad de asegurar el derecho a la salud de toda la población. Esta actitud produce una retracción en la asignación de recursos, que lleva a un deterioro progresivo del hospital público hasta arrastrarlo a la situación actual de abandono casi total.

En la actualidad el Estado, en el orden nacional, ni coordina, ni ejecuta, ni normatiza, habiendo perdido la jerarquía de Ministerio que adquirió en 1946, para transformarse sucesivamente en Secretaría y Subsecretaría en los años 1966 y 1967 respectivamente.

Las obras sociales, mutualidad y servicios médico gremiales, son instituciones cuyo objetivo es el de proteger a la población afiliada a través de la prestación de servicios que mejoren las condiciones de vida de los beneficiarios. Las prestaciones médicas constituyen uno de los principales servicios que dan tales instituciones permitiendo asegurar la vigencia del derecho a la salud de los beneficiarios.

Algunas de ellas operan a través de servicios propios, otras contratan con terceros, —habitualmente del subsector privado— y otras presentan modalidades mixtas. Los beneficios que otorgan y la forma que éstos son efectivizados son dispares en grado tal, que es posible decir que no existen dos instituciones iguales.

En escala nacional el panorama es anárquico y desigual entre instituciones, ya que existen algunas con abundancia de recursos que dan beneficios mayores y mejor calidad de las prestaciones que otras que tienen recursos muy escasos.

En general, los servicios médicos que prestan están limitados a la atención médica reparadora siendo muy poco lo que se hace en prevención y rehabilitación de la salud.

A pesar de los defectos mencionados, la filosofía de estas instituciones es válida, mereciendo especial atención la participación por parte de los beneficiarios en el control de la institución.

El subsector privado, constituido por las empresas sanatoriales y los consultorios médicos privados, tratan, en general, de mantener una alta tasa de consumo a través de la repetición de contactos que aseguran un ingreso mayor. Así como existe un mercado de bienes y servicios económicos, en torno a la medicina se ha generado un mercado similar que se ha tratado de subordinar a las leyes de la oferta y la demanda. Todo enfermo o persona potencialmente enferma es considerada un "consumidor".

Los consultorios privados fueron fuente de prestigio, status e ingresos materiales más o menos substanciales hasta hace unos pocos años. En la actualidad, la gran cantidad de médicos, estimada en alrededor de 45.000, unido a la afiliación a obras sociales de una alta proporción de la población hacen que el gremio médico se pauperice rápidamente. Esta pauperización afecta fundamentalmente a los médicos jóvenes que egresan de las nueve Facultades de Medicina del país. Sus perspectivas se limitan a lograr algún cargo rentado que les permita subsistir y muy frecuentemente son empleados por las empresas de prepago privadas que venden atención médica barata a expensas de la explotación de estos médicos.

Esta medicina liberal de mercado,

con su práctica profesional individualista y competitiva, no favorece el trabajo en equipo, no permite la correcta distribución del recurso humano médico que se concentra en las zonas de mayores posibilidades económicas y está en contradicción con la práctica de una atención médica integral al servicio de la necesidad popular.

Mortalidad

El nivel de mortalidad general para todo el país, se mantiene dentro de valores que corresponden a la estructura por edad de la población, advirtiéndose, sin embargo, diferencias acentuadas entre distintas zonas del país. Es así, que la Capital Federal presenta una tasa de 9.6 x 1.000 con estructura de población envejecida, mientras que en el otro extremo Jujuy, con una alta proporción de población menor de 15 años, tiene una tasa de mortalidad de 14.8 x 1.000.

Esta diferencia, a pesar de ser grande, no es un reflejo acabado de las diferentes condiciones de vida (nivel socio-económico, oferta de atención médica, etc.) que se dan entre ambas jurisdicciones, y que se ponen en evidencia cuando se utilizan indicadores más sensibles, tales como la mortalidad infantil y la mortalidad en niños de 1 a 4 años de edad, que traducen claramente el impacto que las reales condiciones de vida producen en estos grupos especialmente vulnerables a la agresión del medio social.

En 1965 la mortalidad de los niños de 1 a 4 años era del 1.0 x 1.000 para la Capital Federal y del 22.6 x 1.000 para Jujuy. Durante los 10 años del

gobierno justicialista esta tasa descendió alrededor de un 33 %, mientras que en los 13 años del período 1955-1968 su descenso fue de sólo el 22 %.

Otro indicador sensible a las condiciones de salud de una población es el Índice de Mortalidad Proporcional, que indica la proporción de muertes de personas de 50 años y más sobre el total de las defunciones, en tanto las condiciones de salud serán mejores, el indicador será más cercano a 100.

La evolución de este indicador en Argentina indica que aumenta en un 32 % en el año 1955 con relación a 1944 reflejando un notable mejoramiento de las condiciones de salud, mientras que a partir de 1955, aunque sigue mejorando, su incremento en los once años siguientes es sólo del 11 %, alcanzado en 1965 un valor de 65.6 %. Este índice muestra, al igual que la mortalidad de 1 a 4 años, las grandes desigualdades regionales de nuestro país. En 1965 mientras la Capital Federal, las provincias de la región Pampeana, Córdoba, Mendoza y La Pampa muestran valores aceptables próximos al promedio del país, **las restantes provincias presentan valores semejantes a los de Japón durante la segunda Guerra Mundial, llegando a extremos inconcebibles en Jujuy, con un valor de 26.5 % semejante al valor promedio para la India en 1946.**

Las muertes de los niños menores de 1 año, que son el más sensible indicador de las condiciones generales de vida y del nivel de salud de la población, señalan un estancamiento manifiesto de estas condiciones a partir de 1955. Luego de haberse logrado reducir la tasa de mortalidad en un

22 % en el período 1944-1955, transcurren 14 años de estabilización que muestran en 1968 valores semejantes a los de 1955. La gravedad de este hecho adquiere mayor relevancia cuando se advierte que la estabilización se produce en valores altos de mortalidad, 60 x 1.000, y que los valores promedios para el país ocultan diferencias injustificables entre Capital Federal, 45 x 1.000, y Jujuy 136 x 1.000 en el año 1968.

Si comparamos la evolución de la tasa de Mortalidad Infantil en los últimos 15 años en la Argentina, con otros países con distintos regímenes políticos, con estadísticas igualmente confiables y valores semejantes al iniciarse el período (1955-1968), se hace evidente que **en Argentina no se ha avanzado sino que se ha retrocedido, en la remoción de las causas que condicionan las muertes de sus niños.**

Las causas de estas muertes, que en una proporción mayor del 50 % son debidas a procesos infecciosos, muestran claramente que sus raíces están en la desnutrición y en las inadecuadas condiciones en las que transcurre la vida de importantes sectores de nuestra población, castigados por la falta de trabajo, el salario insuficiente, la mala vivienda y las dificultades de acceso a la educación y a la atención médica.

Estado nutricional

Es difícil elaborar un cuadro preciso del estado nutricional de nuestra población por falta de información completa y adecuada, no obstante pode-

mos aproximarnos al problema a cía la gravedad del déficit nutricional.

Hasta hace algunos años la Argentina era una de las poblaciones mejor ubicadas del mundo en cuanto al consumo de proteínas animales por habitante. Las restricciones al consumo y el alza de los precios han producido, de acuerdo con los planes del gobierno, un gran descenso del consumo, que ha influido en el estado nutricional de los grupos humanos de menores recursos, que agobiados además por el descenso de su poder adquisitivo han debido restringirse en el consumo de alimentos esenciales, que paradójicamente son los más costosos.

Estudios parciales han demostrado que en ciertas áreas, la situación nutricional está extremadamente deteriorada. Encuestas realizadas en Salta en 1967 muestran que en la ciudad capital de esta provincia el 31.8 % de los niños menores de 5 años presentaban grados moderados o graves de desnutrición, elevándose este porcentaje al 69 % en la localidad de Cachi.

La Investigación Interamericana de Mortalidad de la Niñez realizada por la OPS en algunos países de América, mostró que en las provincias de Chaco y San Juan, en el 57 % y 37 % respectivamente de las defunciones de menores de 5 años, aparecía la deficiencia nutricional como causa asociada a la enfermedad que había provocado la muerte.

Por otra parte, la aparición en varias provincias de las deficiencias nutricionales entre las 10 primeras causas de egresos en los niños menores de 5 años, internados en hospitales públicos y la ya indiscutible asociación entre la desnutrición y la patología infecciosa como causa de muerte

en la niñez, son fehacientes indicadores que bastan para destruir el mito de que en Argentina no hay hambre.

La persistencia del sarampión como causa de muerte, que en el año 1968 cobró más de 2.000 vidas infantiles, refuerza lo mencionado acerca de las condiciones nutricionales de la población a la vez que señala la ineficacia del sistema de atención médica.

Demanda de atención médica

La proporción de personas que consultan al médico en un año muestra para el año 1970, que en el Area Metropolitana, zona de la más alta demanda en atención médica del país, el 66 % de los individuos habían consultado al médico durante ese año. Este porcentaje desciende al 52 % en la región Noroeste del país para el mismo año; las restantes regiones de desarrollo se ordenan entre estos dos valores.

Sabemos que aún en el área metropolitana, que muestra los valores más altos de demanda, existen barreras económicas y culturales que limitan el acceso a los servicios de atención médica. Esto nos indica, indirectamente, que la cobertura en el resto del país estaría muy lejos de satisfacer las necesidades de la población.

Otra manera de mostrar la insuficiencia de la cobertura, es a través del comportamiento que adopta la población que percibe algún problema de salud; en el Area Metropolitana pudo comprobarse que del conjunto de la población que no había consultado al médico un 24 % percibió enfermedad, razones de índole económica y cultural

hicieron que pese a sentirse enfermos no demandarán atención médica.

La observación de otro indicador, la tasa de consultas por habitante y por año, muestra para el país un valor promedio aceptable (5 consultas por habitante/año), pero vuelve a marcar, como tantos otros indicadores, las grandes diferencias que se viven en nuestro territorio según las regiones que observemos. Así en el Area Metropolitana alcanza su máxima expresión, 7,5 consultas por habitante/año, mientras que en la Patagonia y el Noreste la tasa es de sólo 3.5 consultas/año; la región del Noroeste no muestra por cierto, una mejor situación pues su tasa es de 4.3 consultas habitante/año.

El más alto promedio de consultas por habitante y el mayor porcentaje de consultas hace que en la Capital Federal y conurbano se concentre el 50 % de los 120 millones de consultas médicas que se estiman para un año en todo el país.

En estudios recientes se ha comprobado que en el acceso a la atención médica tiene importancia relevante la posibilidad económica del individuo, observándose una asociación directa entre la tasa de consultas y el nivel de ingresos.

El impacto de estas restricciones es amortiguado por parte por los servicios, que aunque de calidad inadecuada y de dudosa gratuidad, ofrece el Estado. Donde surge con todo vigor la discriminación económica es en la atención odontológica, área en la que el Estado y las obras sociales ofrecen cobertura mucho más restringida que en el campo de la consulta médica.

Es conveniente destacar nuevamente que la atención médica en nuestro país presenta además del déficit en

cobertura, déficit de calidad que se pone de manifiesto en un tipo de atención conyuntural que ni siquiera contempla integralmente el problema de la enfermedad, limitándose a la atención de los síntomas, y con gravísimas falencias en el área de la rehabilitación. Basta para dar una idea de nuestra afirmación que de las 40.000 defunciones de niños menores de 5 años que se producen en el país cada año, más de la mitad se producen por afecciones curables y/o evitables. De estas defunciones el 25 % aproximadamente se produjeron sin atención médica, es decir, en la Argentina por lo menos la cuarta parte de los niños que mueren no llegan al sistema de atención médica.

Financiación

Se estima que el gasto total en salud para el año 1971 fue alrededor de \$ 8.000.000.000.- (Ocho mil millones de pesos ley), cuya distribución es aproximadamente la siguiente: 50 %, gasto directo de la población y 50 %, presupuesto oficial y aportes a Obras Sociales y Mutuales.

La distribución de los cuatro mil millones que constituyen el gasto directo de la población, es decir lo que pagan las familias para "comprar" salud, y que no incluye las retenciones salariales, muestra que la mayor proporción se deriva al gasto en medicamentos (45 %), consulta médica (22 %) y consulta odontológica (22 %) aplicándose el resto a internación, laboratorio, radiología y prótesis

Cabe señalar aquí que en nuestro país la producción de medicamentos se encuentra en manos de los grupos

monopólicos de la industria química internacional. En la mayoría de los casos la pequeña industria privada nacional sufrió ya o se encuentra en proceso de sufrir el fenómeno de desnacionalización que alcanza a otros sectores. El poderoso conjunto de capitales que forma la industria farmacéutica provoca una distorsión del consumo que explica, junto a los altos precios de venta, el altísimo porcentaje (45 %) que corresponde al rubro medicamentos en el gasto total de salud de la población.

La población no utiliza los medicamentos que necesita. Consume aquellos que le son impuestos por la industria farmacéutica para la cual la población es un "mercado de consumo". Así es como se promueve por medio de una propaganda intensiva la automedicación, la medicación por intermedio de personas sin idoneidad y comprometidas con los mecanismos de comercialización —como es el caso de los propietarios de farmacias— o se actúa directamente sobre el médico hasta condicionarlo a determinadas pautas de medicación que en algunos casos lo convierten en un mero intermediario entre el paciente y los laboratorios.

Estos mecanismos permiten la "ubicación" en el mercado de aproximadamente veinte mil específicos diferentes —a veces no tan diferentes— cuando los requerimientos reales no pasan del orden de los dos mil, en el mejor de los casos.

En un país como la Argentina, donde el Estado posee una red de servicios amplios y un 60 % de la población está afiliada a algún sistema de cobertura social, no es admisible que las familias gasten en promedio alrededor de \$ 700 ley por año para atender su salud.

Es evidente que el alcance de los servicios públicos y de obras sociales se limitan a la consulta médica y a la internación, cubriendo en menor escala la necesidad de medicamentos y tratamiento odontológico que concentran las 2/3 partes del gasto directo.

Un aspecto importante que merece ser analizado es cómo se canalizan los fondos de Obras Sociales. Como ya se ha comentado las Obras Sociales y Mutuales poseen escasa capacidad instalada propia en relación a la población afiliada y contratan las prestaciones que no pueden cubrir con el subsector privado, volcando una parte sustancial de sus recursos económicos a este subsector en detrimento del subsector público.

El Estado cubre y financia aproximadamente el 30 % de las consultas médicas y el 42 % de las internaciones. Las Obras Sociales y Mutuales dan cerca del 12 % de las consultas y financian algo más del 20 %; en internación estos valores son del 7 % y 28 % respectivamente; esto significa que las Obras Sociales están contribuyendo a mantener una medicina liberal que lucra con las prestaciones pagando, al subsector privado, aproximadamente 10 millones de consultas y 550.000 internaciones.

Las medidas propuestas definen el marco político del sector salud, que no debe estar separada de **soluciones nacionales de fondo**, dentro del **contexto ideológico** y de la política general enunciada a través de los principios de la **Doctrina justicialista**.

Ellas se fundamentan en la acción desarrollada por el Justicialismo durante el ministerio del Dr. Ramón Ca-

rrillo con las profundizaciones que recomiendan la experiencia histórica y las exigencias del momento actual.

Es en este marco que se proponen medidas a partir de la comprensión de que sólo un verdadero cambio, que signifique la **ruptura de los lazos de dependencia** y una **auténtica autonomía nacional**, basada en la efectiva **participación de las mayorías populares** en el poder, puede permitir la organización y puesta en marcha de un sistema de salud que brinde prestaciones en consonancia con estos principios.

IV - POLITICA DE SALUD

Siendo la Salud de la población el objetivo último de la organización social, el Estado es responsable de asegurar el acceso a la misma en forma gratuita e igualitaria a través de un Sistema Unico Nacional de Salud que incluye a todos los recursos humanos, materiales y financieros del Sector.

- Los servicios y prestaciones deben darse por la mera condición humana de quien lo recibe, no admitiéndose diferencia. Para ello se eliminarán las barreras culturales, económicas y geográficas que restringen el acceso de la población a los servicios de salud.
- Los servicios serán gratuitos no mediando ningún tipo de pago. Todo aquél que recibe una prestación no deberá efectuar ningún tipo de retribución antes, durante o después de ella.

- Las rentas generales del Estado son las que deben financiar el sistema. Los mecanismos financieros del tipo de la Seguridad Social son injustos pesando negativamente sobre una equitativa distribución de la riqueza, ya que frecuentemente invierten el criterio de solidaridad social por el que se fundamentan.

- No debe existir libre empresa con relación a las acciones de salud ya que ésta favorece la estéril competencia entre organismos y sistemas, el incremento de costos, las desigualdades en la atención de la población, el uso indiscriminado de tecnología e inadecuada distribución de recursos, la práctica individualista y deshonesto de la medicina, el consumo superfluo de medicamentos y drogas y favorece las formas sofisticadas y triviales de la práctica médica.

- El Sistema Unico Nacional de Salud será responsable de asegurar el acceso a la salud de toda la población. Todas las organizaciones que cumplen actividades de salud y sus respectivos recursos deben formar parte del sistema social global con la activa y plena participación del pueblo organizado a todo nivel.

- Esta participación deberá ser efectiva, y asegurar el flujo ascendente de la programación, canalizando las expectativas y necesidades populares. Tendrá como fin promover la integración entre el accionar de los equipos técnicos y las necesidades sentidas de la población y a su vez promover la toma de conciencia de otras necesidades en salud.

POLITICA DE ATENCION MEDICA

- Proveer servicios de atención médica a toda la población con carácter igualitario en todo el país. Toda la población tendrá asegurado el acceso al sistema para acciones de promoción y prevención, control de salud, atención de la patología y rehabilitación.

ORGANIZACION DEL SERVICIO UNICO NACIONAL DE SALUD

- Creación de un Sistema Unico Nacional de Salud responsable de la conducción, planificación y administración de las acciones de salud, con alto grado de descentralización y un máximo control y participación popular en todos los niveles de decisión.
- Incorporación al S. U. N. S. de los recursos humanos, físicos y financieros nacionales, provinciales y municipales y los correspondientes a las Obras Sociales y Mutuales.
- Desarrollo en cada una de las provincias de un esquema de regionalización basado en el escalonamiento de servicios, partiendo de una unidad mínima hasta una de máxima especialización que permita asegurar Atención Médica en cantidad y calidad igualitaria para toda la población.
- El acceso al sistema escalonado estará basado en los actuales servicios de baja especialización y en los consultorios médicos y odontológicos

particulares que se incorporen al S.U.N.S. Los restantes escalones estarán constituidos por los establecimientos oficiales, de Obras Sociales y los privados necesarios, de mediana y alta especialización.

POLITICA DE RECURSOS HUMANOS

- Formación, capacitación y utilización del personal necesario para cumplir las acciones de salud.

Estrategia

- Incorporar al S.U.N.S. con dedicación exclusiva el máximo del personal de Salud disponible.
- Favorecer la utilización de los trabajadores de salud mediante su redistribución, capacitación y adiestramiento, jerarquización de las funciones, remuneración adecuada y oportunidad de movilidad vertical.
- Coordinar las acciones de las instituciones docentes y el S.U.N.S. para concurrir a la formación y adecuación continuada del personal de Salud.
- Dar prioridad a los programas de formación de personal de enfermería, técnicos y auxiliares de áreas críticas.
- Establecer un Registro Nacional de Trabajadores de Salud a fin de obtener información sobre existencia, distribución, utilización y capacita-

ción del personal afectado al sector y de habilitarlo para el ejercicio de su profesión.

POLITICA DE FINANCIACION

- El S.U.N.S. se financiará con los fondos provenientes de Rentas Generales de la Nación, sobre la base de un criterio de recaudación tributaria sustentada en la solidaridad social.

Estrategia

- El S.U.N.S. canalizará los recursos financieros hacia las reales prioridades sanitarias y orientará y controlará el gasto en salud a fin de evitar erogaciones superfluas.

Esto se logrará a través de:

- Participación activa y control del Estado en la determinación de precios, producción, volumen tipo, variedad, especificaciones, técnica, distribución y comercialización de los siguientes productos: medicamentos y drogas farmacológicas, equipos, aparatos e instrumentos médicos y de alimentos y bienes de consumo que puedan afectar la salud.
- Se promoverá la industria nacional de medicamentos y productos biológicos, equipos, aparatos e instrumental médico, regulando su importación y eliminando la libre comer-

cialización tendiendo a la nacionalización integral de dicha industria en el mediano plazo.

- El S.U.N.S. determinará el presupuesto necesario para su correcto funcionamiento, así como asignará los recursos correspondientes, tanto sea para la operación de servicios como para las inversiones.
- En una primera etapa y hasta tanto se efectúen las reformas del sistema tributario, el financiamiento se basará en los fondos del presupuesto general de la Nación y de Obras Sociales y Mutuales y de toda otra fuente oficial que aplique recursos al cuidado de la salud.

MEDIDAS INMEDIATAS

- 1) Ley de creación del Sistema Unico Nacional de Salud, el que se organizará en base a las actuales estructuras oficiales y de las Obras Sociales y Mutuales.

Hasta tanto se promulgue la ley y se ponga en funcionamiento el Sistema, el Estado actuará como coordinador, tendiendo a integrar paulatinamente los establecimientos públicos y de Obras Sociales en una red Nacional que asegure el uso de los servicios por parte de toda la población en forma gratuita e igualitaria.

Para ello se organizarán los recursos disponibles y se canalizarán los fondos supletorios necesarios para mejorar el funcionamiento de los hospitales y lograr la máxima co-

bertura de los servicios básicos de salud teniendo en cuenta:

- a) Problemas de salud que tengan mayor impacto social (tuberculosis, enfermedades invalidantes, etcétera).
 - b) Areas geográficas que como consecuencia de su estado sanitario o de la escasez de recursos deban ser asistidas preferentemente.
 - c) Grupos que por su edad o características biológicas sean más susceptibles a enfermar y morir (atención materno-infantil, ancianidad, etc.).
- 2) Ley de Registro Nacional de Trabajadores de Salud.
 - 3) Redistribución del personal de Salud disponible, estimulando la radicación en áreas deficitarias.
 - 4) Ley de medicamentos.

Hasta la puesta en marcha de la ley:

- Congelamiento de precios de medicamentos.
- Formulación de un vademécum único nacional.
- Las prioridades para la provisión gratuita de medicamentos serán: las internaciones que se registren en el Sector público y obras sociales y mutuales, la población infantil y embarazadas y grupos especiales de patologías infecciosas.

RESUMIENDO BREVEMENTE LO EXPUESTO, LOS SIGUIENTES PUNTOS BASICOS PERMITEN CARACTERIZAR EL DERECHO A LA SALUD DENTRO DE LA DOCTRINA JUSTICIALISTA

- 1) Igualdad en la Atención Médica.
- 2) Gratuidad absoluta de los servicios.
- 3) Eliminación total del lucro en el cuidado de la salud.
- 4) Nacionalización de la producción de los medicamentos y equipamiento sanitario.
- 5) Financiación de la salud a cargo del Estado.
- 6) Plena participación popular en todos los niveles.

V - SANEAMIENTO AMBIENTAL

Podríamos decir que el saneamiento ambiental es:

El conjunto de actividades tendientes a preservar o mejorar la salud del hombre y del cuerpo social al que pertenece, mediante acciones dirigidas al medio ambiente, participando del proceso de liberación social y económico de la población.

Puede observarse que ésta, como tantas otras deficiones de actividades de tipo social adquieren distinta sig-

nificación de acuerdo al contexto político en que las mismas se llevan a cabo.

Sabemos que en un país que soporta un sistema de dominación montado para imponernos su propio proyecto de explotación para nuestros recursos, de organización de nuestras sociedades, de reglamentación de nuestra vida política, de crecimiento de nuestra población y de fijación de nuestro destino, las acciones de Saneamiento sólo pueden ser paliativas, incongruentes e ineficaces.

Somos conscientes que solamente insertando las acciones de Saneamiento en el marco de un gobierno popular, haremos de esa definición una realidad enclavada en el proceso total de Independencia y Liberación que realizaremos todos los argentinos.

No quepa aquí ninguna duda sobre el sentido de tal o cual palabra de la definición, sabemos que el alcance ha de ser total en tanto es totalizadora la concepción de un SANEAMIENTO fecundado por la humanidad de nuestra Doctrina Peronista.

Situación actual

Al no existir un plan articulado de desarrollo industrial ni una explotación adecuada de los recursos naturales, mal pueden llevarse a cabo acciones que permitan preservar o mejorar las condiciones del medio ambiente.

Además es en aquellas poblaciones con más lento ritmo de progreso y que por lo tanto tienden a perpetuar sus condiciones de atraso, donde el Saneamiento muestra claramente su papel

de paliativo al servicio del sistema de explotación existente.

Al saqueo secular de los pueblos atrasados, se han agregado nuevas formas de explotación, utilizando obras necesarias para la supervivencia, para satisfacer los mezquinos intereses extranjeros. Se han transferido así responsabilidades inherentes al Estado, y se obliga a la población a asumir costos e intereses en moneda extranjera, de obras imprescindibles.

Nuestra condición de país dependiente, llega a tal grado respecto a nuestros dominadores, que se han aceptado cláusulas de préstamo que establecen la superflua ingerencia de expertos extranjeros prescindiendo de la capacidad técnica del Estado Nacional. En todo los niveles administrativos se ha usado este "mejoramiento" de condiciones de vida infrahumana como medio de promoción y prestigio personal.

La burocracia actual configura una organización estructuralmente deformada porque no fue ordenada para servir los intereses populares y ha operado en desmedro de los recursos destinados a obras y servicios de Saneamiento, estableciendo el traspaso de aquellos a organizaciones técnicas paralelas, haciendo que las mismas adquieran costos que en ningún momento pueden acercarse a los reales, esquilmando de esta forma a la población.

El resultado de la política antipopular se verifica en el aumento de la mortalidad infantil, que se distribuye en el país de acuerdo al plan económico adoptado; en el recrudecimiento de las enfermedades endémicas que en este momento han tomado envergadura de problema nacional y en el deterioro del medio ambiente labo-

ral, sometiendo a la población toda a condiciones no compatibles con la era actual.

A esto debemos agregar la degradación de los recursos naturales expuestos a la explotación irracional, comprometiendo sus posibilidades como medio económico y disminuyendo la capacidad de desarrollo vital.

Entendemos que

- Las acciones de Saneamiento enmarcadas dentro de una Política de Liberación Nacional deben ser resorte exclusivos del Estado, asegurando de esta manera un tratamiento preferencial para los sectores sumergidos que lleve la igualdad de todos los habitantes, ya que consideramos al hombre no como un factor de producción sino como protagonista de la Revolución Nacional conforme a la Doctrina Justicialista.
- El desigual crecimiento del país, consecuencia de un desarrollo económico realizado en función de intereses extranacionales obliga a la formulación de una Política de Reconstrucción que incorpore a la población marginada al ser nacional.
- Compete al poder nacional el establecimiento de líneas de acción que determinen que aquellas zonas de mayor desarrollo relativo, ataquen mediante una programación adecuada, por un lado, los problemas propios de su industrialización (contaminación de agua, aire y suelo) posibilitando el mejor aprovechamiento de sus recursos naturales y económicos y por el otro, contribuir con sus recursos al crecimiento de las regiones víctimas de una política discriminatoria.
- Se impone un accionar que permita

el control y la preservación de la calidad de los recursos naturales sin perder de vista las metas establecidas para la liberación nacional.

- No cabe duda que las acciones de Saneamiento deben orientarse dentro del marco de una organización **NACIONAL e INDEPENDIENTE** que nos convierta en una sociedad más homogénea, capacitada para dignificar la totalidad de nuestras poblaciones.
- Les corresponde a los niveles de decisión adoptar medidas que apoyen y posibiliten las acciones en bien de la comunidad toda y que sin lugar a dudas redundarán en beneficio de una Nación Justa, Libre y Soberana.

Lineamientos generales para la aplicación de una política nacional de saneamiento

1. En materia de saneamiento, la participación de las comunidades se considerará fundamental; por su acción se procurará la detección de las deficiencias sanitarias y a través de los organismos específicos, se brindará apoyo y se controlará permanentemente el proceso para la obtención de una solución coordinada, de los distintos problemas que afectan al medio ambiente.
2. El saneamiento estará integrado en los planes de gobierno estableciendo pautas, las que de ninguna manera serán elementos limitativos u obstructivos de sus metas.
3. Dado que el saneamiento es una necesidad vital y un seguro para la salud del hombre, el financiamiento de los programas emanará del erario público y las obras necesarias para los servicios serán consideradas un costo social.

4. La calidad de obras y servicios de saneamiento será uniforme en el país a fin de preservar por igual la salud de todos los habitantes.

5. El concepto prioritario de salud no podrá subordinarse a consideraciones de costo/beneficio.

6. Los servicios de saneamiento serán realizados y administrados por el Estado y la comunidad y en ningún caso serán motivo de lucro por particulares.

7. Las acciones de saneamiento serán coordinadas por el sector salud que planificará estableciendo prioridades para evitar la dispersión de esfuerzos. El estudio y diagnóstico de los problemas de saneamiento será resorte exclusivo de los organismos del Estado.

8. Conforme a una distribución zonal, se implantarán en el país servicios integrales de saneamiento estructurados acorde a las necesidades determinadas, mediante estudios realizados por organismos nacionales con la participación de las comunidades involucradas.

9. Serán de aplicación obligatoria en todo el país las acciones de saneamiento en el microclima de trabajo para protección del expuesto y su familia.

10. Las investigaciones estarán orientadas a problemas específicos de nuestro ámbito y necesidades, y las soluciones que se adopten serán cubiertas con tecnología nacional.

11. Se promoverá la implantación de industrias nacionales que permitan autoabastecimiento de instrumentos y equipos a ser utilizados en investigaciones, obras e instalaciones para el control del medio ambiente a desarrollar en el país.

12. Las acciones y programas promovidos por organismos internacionales serán en todo concordantes con la política nacional y para su aprobación y desarrollo se deberá demostrar, por los organismos autorizados a tal efecto, que no posee el país especialización en estos temas.

13. La capacitación en especialidades que el país necesite y no posea será realizada en aquellas naciones alineadas en una política concordante.

14. La República Argentina promoverá a nivel internacional la formulación de normas para el control de la contaminación del medio.

MEDIDAS INMEDIATAS

- Proveer servicios básicos de saneamiento (agua potable, disposición de basuras, etc.), a la población no cubierta.
- Preservar el medio ambiente y los recursos naturales.
- Control de vectores y reservorios productores de enfermedades transmisibles.
- Control de las condiciones sanitarias del medio laboral y prevención de los accidentes de trabajo.



(viene de contratapa)

La línea nacional:

Toda acción destinada a poner en marcha el programa debe ser concebida en forma tal que tienda a **cortar los lazos de dependencia política, económica, técnica y cultural** con el imperialismo y obtener la derrota de sus personeros locales, sostén de un sistema antipopular por esencia, argentino por accidente y entreguista por vocación. Los esfuerzos para lograr la liberación nacional deben condicionar todos los demás esfuerzos.

La función del trabajo en una sociedad justicialista:

El trabajo, en el programa del socialismo nacional, no estará ligado al salario, como carga ineludible para obtener los medios indispensables de sobrevivencia. Deberá ser concebido, por el contrario, como responsabilidad social, como esfuerzo solidario de cada individuo con el esfuerzo de todos, por el afianzamiento de los logros sociales. Esfuerzo que se retribuirá con el total de los beneficios que reciba de la comunidad. El trabajador entregará su esfuerzo cotidiano con el máximo de rendimiento cuando tenga la certeza que el producto de su trabajo será para el país, para la sociedad a la cual pertenece el pueblo del cual él forma parte. Recién en ese momento podrá convocárselo como **"productor"**. Para ello deberá tener fe en el gobierno revolucionario peronista.

La participación del trabajador como **productor** será el cierre del ciclo que iniciara hace 25 años el gobierno peronista cuando comenzó incorporándolo como consumidor al proceso productivo. Antes de requerírsele su aporte productivo es imprescindible entonces hacerlo dueño de su destino: debe participar en el gobierno del país y en el gobierno de la empresa en que trabaja.

Liberación Nacional, Latinoamericana y del Tercer Mundo:

El peronismo, heredero de los movimientos populares argentinos y solidario con los movimientos de liberación latinoamericanos, entiende que la lucha por establecer en el país el Socialismo Nacional no puede concebirse como un movimiento aislado del contexto internacional y particularmente latinoamericano: se inserta en la guerra en que están empeñados todos los pueblos del Tercer Mundo para lograr su propia liberación nacional. El programa deberá, por consiguiente, contemplar los aspectos de solidaridad continental y responder a la frase definitoria del General Perón: "El año 2000 nos encontrará a todos unidos o dominados".

**CONSEJO TECNOLÓGICO DEL MOVIMIENTO NACIONAL
JUSTICIALISTA — Catamarca 1114 - Buenos Aires**

MARCO DOCTRINARIO

El programa que se presenta en estos documentos se ha elaborado tomando como punto de partida las necesidades básicas de tipo social, a las cuales se aspira satisfacer en el proceso de construcción del socialismo nacional. Se llega así a una concepción del desarrollo del país fundamentalmente distinta de la que se adopta en los planes antinacionales. Los objetivos del desarrollo —es decir, los objetivos de la sociedad socialista a la cual se aspira— deben ser definidos, dentro del espíritu de la doctrina justicialista, como la satisfacción de todas las necesidades materiales e inmateriales de toda la población. Dichas necesidades están especificadas en términos de alimentación, vestido, vivienda, salud, educación, etc. La enumeración de estos requisitos no basta, sin embargo, para establecer el marco político dentro del cual debe concebirse el programa. Existen además otros requisitos que funcionan como condiciones ineludibles que todo camino que se proponga satisfacer las necesidades apuntadas debe cumplir para ser considerado como aceptable. Las cinco condiciones siguientes pertenecen a esta categoría:

El pueblo como soberano:

El programa no puede ser concebido como un conjunto de medidas que una élite esclarecida y con suficiente poder impone al resto de la población, aun con el loable propósito de "otorgarle" la felicidad. El programa será revolucionario y podrá cumplirse cuando todo el pueblo se sienta identificado con sus objetivos, participe en las decisiones que conducen a su realización y sea el constructor de sus conquistas

La felicidad del pueblo:

La satisfacción de las necesidades básicas de toda la población debe cumplirse en un plazo relativamente corto, con una acción inmediata en cuanto a lo más imperioso. La definición de "lo más imperioso" forma parte también del marco político y emerge de las necesidades más acuciantes del pueblo. Esta condición rechaza, de hecho, para nuestro país, la concepción según la cual en todo proceso revolucionario, cuando se llega al poder las primeras generaciones deben sacrificar el logro de sus aspiraciones para hacer posible el afianzamiento del programa revolucionario. La doctrina justicialista rechaza ese sacrificio de los pueblos y establece como uno de sus postulados el **reemplazo del sacrificio por el esfuerzo.**

(sigue en retiración)