

MEDICAMENTA



REVISTA DE ESTUDIOS
Y TRABAJOS PROFESIONALES DE CIENCIAS MEDICAS



DIRECTOR

Prof. Dr. Pedro Laín Entralgo.

Rector de la Universidad de Madrid. De la Real Academia de Medicina. Instituto de España.

Redacción y Administración: Ríos Rosas, 37, Madrid. - Central. telef. 33 47 00 (8 líneas). Franqueo concertado.

Editada por el Instituto Farmacológico Latino, S. A. - Sección de Información Científica y Propaganda. - Número suelto, 1,50 pta.

Se publica cada veinte días en dos ediciones simultáneas, una de contenido esencial de investigación y clínica médicas y otra que atiende fundamentalmente los problemas químicos y farmacéuticos que plantea el arte de curar.

TRABAJOS ORIGINALES DOCTRINA E INVESTIGACIÓN-PRÁCTICA CLÍNICA

EL AÑO SANITARIO

por el

Profesor Dr. JOSÉ ALBERTO PALANCA Y MARTÍNEZ-FORTÓN

Director General de Sanidad.

Catedrático de Higiene en la Facultad de Medicina de Madrid.

En el año que acaba de transcurrir ha continuado el desarrollo del plan que se ha trazado la Dirección General de Sanidad. Hemos abierto nuevos servicios al público, hemos padecido algunos brotes epidémicos ni extensos ni intensos, y han entrado en la práctica corriente nuevos medicamentos. Relataré brevemente cada uno de estos extremos, y al final me permitiré unas cuantas reflexiones sobre el momento sanitario actual.

Nuevos servicios.—Se trata de Sanatorios Antituberculosos, Casas para Médicos, Institutos Provinciales y Centros de Sanidad rural. La construcción de Casas para Médicos ha rebasado en el año la cifra de trescientas cincuenta. Por mi parte, no he asistido más que a dos inauguraciones simbólicas: la de Alcolea (Córdoba) y la de Villamayor (Salamanca). Son tantas ya, que no quiero ni enumerarlas. Me limitaré a decir que el plano de todas ellas es muy semejante; por una parte, vivienda para el médico y su familia, suponiendo que sea casado y tenga cuatro hijos, y, por otra, las habitaciones indispensables para el ejercicio de su profesión en el medio rural: una sala de espera, un despacho y una sala de curas, a veces casi con categoría de quirófano elemental, y todas ellas con entrada independiente de la vivienda.

Emprendida ya la construcción de casas del médico en «serie», no han dejado de presentarse dificultades y críticas. Dificultades, porque no hay dos casos iguales; quién quiere que le hagan la casa en seguida, quién trata de retrasar la construcción para no vivir en determinado lugar, quién la en-

cuentra pequeña e incómoda o fea...; en este asunto surge vigorosamente el carácter individualista de nuestra profesión. No es posible hacer comprender que el problema tiene que plantearse en general, y que los casos particulares no pueden contar en la resolución, entre otras razones, porque al variar el inquilino, el médico, varían también los términos del problema.

Oficialmente hemos inaugurado dos grandes sanatorios antituberculosos. Los dos con la presencia de Su Excelencia el Jefe del Estado. El de Santander, en agosto, y el de Tarrasa, en junio. Los dos con las características de los sanatorios fabricados en «serie», o sea sin más diferencia esencial que una pequeña concesión a los tipos de arquitectura local en la fachada, pero con una distribución semejante por dentro: ni carentes de todo cuanto se necesita para asistir y tratar a los tuberculosos, ni con lujos incompatibles con la austeridad de nuestros servicios y con la economía del país.

Institutos Provinciales de Sanidad.—Sólo hemos abierto uno durante el año, el de Córdoba, por cierto que es el primero que posee un fotoseriador montado sobre un chasis automóvil, que permitirá catalogar rápidamente a toda la población cordobesa. Y aun es digno de notar que ha sido costeado por suscripción por los mismos cordobeses, dando así un ejemplo que es bien digno de imitar.

Centros Secundarios.—El de Tolosa, que, sobre ser magnífico, se vió realizado el acto por la presencia del Jefe del Estado. En realidad, hemos inaugurado ya tantos centros y tenemos tantos en construcción

que en la mayoría de los casos nos limitamos a abrirlos al público sin solemnidad de ninguna clase. Así ha ocurrido en Almería con el Instituto, en Salamanca con el Sanatorio, en Alcañiz con el Centro, etc., etc.

Las epidemias del año.—No han faltado focos disseminados acá y allá; pero, salvo el de poliomiélitis en el Sur, no han tenido gran importancia. Así, por ejemplo, de *fiebre tifoidea* hemos tenido los siguientes, todos ellos de origen hídrico: en La Carrera (Avila), muy pequeño y limitado; en Villafranca de Oria (Guipúzcoa), treinta y cinco casos; en Langreo (Asturias), el mayor de todos, sesenta y cinco casos; en Bornos (Cádiz), treinta y tres casos. En Tebra (Guadalajara) hubo veintisiete casos producidos por una salmonella procedente de una res ovina enferma. A fin de año, Salamanca nos ofreció una epidemia de origen netamente hídrico. Una interrupción en el servicio de cloración de las aguas fué la causante de más de cien casos de fiebre tifoidea, leves por fortuna, y, por cierto, que Salamanca tenía casi terminada una magnífica estación de depuración de aguas, que este incidente tendrá la virtud de poner, aun antes de lo que se pensaba, en servicio.

La cloromicetina sigue usándose con profusión y con el mismo favorable efecto que en el año anterior. Sigo creyendo que poco a poco el cuadro clínico típico de la fiebre tifoidea, el que nos enseñaban en las aulas, está en trance de desaparecer.

Desde el mes de febrero hasta fines de abril tuvimos *gripe* en casi todo el país, aunque de forma benigna. En el momento de mayor extensión de la epidemia se denunciaban unos cuarenta mil casos semanales, con apenas cuarenta defunciones. Desde abril, los casos semanales descendieron a veintitrés mil, y poco a poco fueron descendiendo hasta desaparecer.

No han faltado tentativas por parte del *tifus exantemático* para constituirse en focos epidémicos, pero sin lograrlo en ningún caso. En Alcañiz (Teruel) se diagnosticó un enfermo procedente de Andorra y trabajador de la Empresa Calvo Sotelo, dedicado a la extracción de lignitos. Se tomaron las medidas de rigor, y la cosa no pasó de ahí. En Albuñol (Granada) hubo cinco casos en una familia de gitanos. Sometidos todos los de esta gran familia a despjoamiento, no sólo en Albuñol, sino en Sorbilán y Rápita, tampoco volvieron a repetirse los casos. En Huelva surgieron cuatro, uno de ellos seguido de defunción. Previas las medidas de rigor, se exterminó el foco. Compárese esta situación con la de primeros de siglo, y surgirá la diferencia de una manera notabilísima.

En Santiago se produjo una gran alarma entre determinados médicos por la presencia de una epidemia de *escarlatina*. Se pretendía que se trataba de algo atípico y sumamente grave, seguido indefectiblemente por una nefritis muy seria. Se denunciaron cuarenta y ocho casos, pero sólo hubo que lamentar una sola defunción, con lo cual quedó desmentida la supuesta gravedad. La prevención, a cargo de las autoridades provinciales y locales, estuvo muy bien dirigida.

Desde finales de enero hasta pasado febrero, se observaron en Madrid veintisiete enfermos de *triquinosis*, alguno de los cuales llegó hasta Fuencarral. En provincias se señalaron doce casos gravísimos en Peñacaballero (Salamanca) y catorce en Viguera (Logroño). En la misma provincia de Logroño, a final de año, hubo también algunos brotes en doce o tres pueblos, principalmente en Pedrosa.

Como novedades epidemiológicas, hemos tenido

leptospirosis y *anguilostomiasis*, ambas en Valencia. Por lo que respecta a la primera, en las zonas arroceras, y cuyo comienzo hay que fijarlo en 1949. Las zonas hasta ahora denunciadas son las de Ador, Domeño, Loriguilla, Benaguacil, Villalonga y Bercheta, así como la zona del delta del Ebro y el término de Burriana, en Castellón.

Ciertamente que antes se habían estudiado casos de la enfermedad en Barcelona, en Prat de Llobregat y Hospitalet. De acuerdo, y con la colaboración del Sindicato del Arroz, se ha estudiado la enfermedad, se ha tratado a los enfermos y se ha conseguido hasta ahora que la enfermedad no haya tomado grandes vuelos.

En el mes de junio, por el jefe de Sanidad de Toledo, se nos avisó de la presencia de un foco de leptospirosis, en el término municipal de Mazarambroz, que afectó a veinticinco personas, sin registrarse ninguna defunción, atribuyéndose a la contaminación del agua de un pozo de una finca rural por ratas enfermas.

Pero lo que más importancia epidemiológica ha tenido durante el año ha sido, indudablemente, la presencia de la *poliomiélitis* en el Sur. Comenzó a principios de año en Granada con diecisiete invasiones, de las cuales nueve en la misma capital y ocho esparcidas en siete Ayuntamientos de la provincia. En marzo y abril, las invasiones siguieron en aumento, pero apareciendo entonces en Almería. A partir de mayo, la epidemia, que así puede llamarse ya, adquiere mayores proporciones, y es afectada la casi totalidad de Andalucía. Desde este momento hasta el actual, van denunciados mil ciento veintitrés casos, que han producido setenta y nueve defunciones. Las provincias más afectadas han sido las de Almería, Cádiz, Granada, Málaga, Murcia, Jaén y Sevilla. La mayor parte de las formas clínicas son leves, y recaen sobre los miembros inferiores. El 90 por 100 de los casos han atacado a niños de menos de quince años. Casos bulbares y encefalíticos se han señalado veinte. Formas ascendentes de Landry, cuarenta y seis.

La epidemia no ha sido leve, ni mucho menos, y es preciso precaverse para evitar algo aún más desagradable para el porvenir. En Madrid está en construcción un pabellón en el Hospital del Niño Jesús, que será dedicado exclusivamente al cuidado de esta enfermedad. Queremos que esté dotado de toda clase de elementos para que los enfermos tengan la garantía de un tratamiento apropiado. La industria nacional produce ya, y, por cierto, a un precio muy moderado, pulmones de acero, que hemos repartido por todas las provincias, principalmente las afectadas. Desgraciadamente, nos falta lo principal, saber cómo se transmite la enfermedad, que es la única manera posible de combatirla. Indudablemente, la intensificación del tráfico comercial y de pasajeros con América y con el norte de Europa nos ha traído esta intensificación de la poliomiélitis en España, y como seguramente el intercambio será cada vez mayor, será preciso vivir prevenidos.

Reflexiones sanitarias.—Uno de los problemas que más han dado que hacer durante el año es el llamado de los *interinos*. Consiste, sencillamente, que al quedar vacante una plaza de A. P. D. en un pueblo, puede cubrirse con un interino, el cual se compromete a que, al llegar destinado el que ocupe la vacante en propiedad, no ejercerá la profesión en el mismo pueblo ni en 50 kilómetros a la redonda. Como por pronto que se cubra la vacante, la interinidad se prolonga uno o dos años, hay el temor, muy fundado, de que en este período el interino conquiste las voluntades de los vecinos, y al llegar el propieta-

rio se encuentre con que no puede vivir en el pueblo. Para tratar de salvar este inconveniente, los Colegios Médicos han recurrido al método que creían más fácil, que es obligar a marcharse al interino. Pero los hechos han demostrado que aunque se creyese así, no es el método más sencillo, ni mucho menos. Al principio tuvimos pocos, aunque muy sonados, casos, y como eran escasos, mal que bien los pudimos resolver; pero en el último año, los incidentes se han multiplicado y también los recursos. En este asunto hay dos cosas: la parte legal y la que podíamos llamar la parte profesional, a la que dejamos aparte. El aspecto jurídico es muy interesante, porque, efectivamente, el artículo 5.º del Reglamento de los Colegios Médicos dispone con toda claridad lo que hay que hacer en cada caso; pero es el caso que el Reglamento citado está aprobado simplemente por una Orden ministerial, y que para que no hubiese lugar a dudas, debía haber un precepto de mayor jerarquía legal, una Ley, o, al menos, un Decreto, del que se derivase aquel Reglamento. Pero no le hay, y, una de dos, o se establece esa disposición con el debido rango, o se corre mucho peligro de que se pierdan los recursos; y lo de menos es eso; lo que importa es que con los recursos se pierda también la autoridad, sin la cual no puede vivir ningún organismo profesional.

Mientras se consigue o no este precepto superior, la Dirección General de Sanidad ha establecido en el último concurso, y a guisa de ensayo, una modificación en el orden de preferencia, que bien podría resolver la cuestión, al menos en la mayor parte de los casos. Se trata de conceder preferencia para quedarse en un pueblo al médico de A. P. D. que lleve la interinidad, por lo menos, dos años al anunciarse el concurso. El proyecto sólo será aplicable a aquellos pueblos en los que sólo exista un médico y que su vacante sea la anunciada en el concurso. Se exigen, pues, tres condiciones, sin las cuales no hay preferencia: pertenecer al Cuerpo de A. P. D., llevar más de dos años de interinidad y estar solo en el pueblo. De esta manera, el interino se convertirá en propietario, y no habrá necesidad de aplicar ese famoso artículo 5.º, que tantas desazones nos está dando a todos. Ciertamente significa una conducta con los interinos totalmente opuesta a la seguida hasta ahora; pero si ello sirve para salir del atolladero en que estamos metidos, habrá que darlo por bien empleado.

Dos palabras solamente dedicadas al *Reglamento de Sanidad Municipal*, al famoso Reglamento que nadie conoce y por el que todos suspiran. Yo puedo decirles que ya está, ¡al fin!, confeccionado. Para que sirva de ejemplo, digamos que si tanto ha tardado se ha debido a que fué encargado a personas no peritas. Eso de la burocracia será algo que todos afectan despreciar y de la que se habla mal por unos y por otros, pero sigue siendo indispensable. Un Reglamento, como el de Sanidad Municipal, tiene que ser un texto de ponderación y de armonía entre los derechos de unos y las exigencias de otros. Entre las posibilidades de las entidades y las necesidades de los profesionales. Si no es así, no puede cumplirse, y esto fué lo que pasó con este famoso Reglamento. En el café es muy fácil inclinarse por uno o por otros. En teoría es sencillísimo subir sueldos y dar ventajas. Lo difícil es mantenerse en ese término medio donde los mandatos se pueden cumplir con esa difícil facilidad con que trabajan las máquinas bien ajustadas.

Durante todo el año ha seguido el pleito contra los *medicamentos caros*. Así y todo, durante el año la Junta de Precios, que funciona en la Dirección

General de Sanidad, no ha subido de precio ni una sola especialidad farmacéutica. Mejor dicho, con autorización superior ha dejado reflejarse en las especialidades el aumento de precio a que ha sido adquirido el opio en el extranjero. Todavía con más exactitud: con autorización del Ministerio de Comercio, se adquirió una partida de opio al mismo precio que el año anterior, pero no fué el mismo el cambio que se fijó a la divisa con que fué adquirida. Esta diferencia de valor se reflejó en la partida de opio, y con autorización superior, en las especialidades que llevaban los alcaloides correspondientes. En cambio, en las especialidades nuevas sometidas a registros, el escandallito aplicado supone de un 20 a un 25 por 100 de menos que el año precedente. Y finalmente, la Dirección General de Sanidad, por su cuenta y riesgo, bajó los antibióticos en un 20 por 100, porque tratándose de productos comprados fuera y envasados en España, era necesario reflejar en nuestras ventas la baja sobrevenida en el extranjero, desde luego superior a ese 20 por 100. Otro gallo nos cantará cuando comience de verdad la fabricación de la penicilina en España.

Creo que hay que hacer todo lo posible por que los medicamentos bajen, pero sin olvidar que estamos ante un fenómeno mundial. El precio de la asistencia sanitaria tiene arruinados a todos los hospitales del mundo. Es tal el cúmulo de medios de diagnóstico que hoy día se emplean y su precio es tan elevado, que hace temblar a todos los presupuestos hospitalarios. Son de tal eficacia, pero tan caros, los recursos terapéuticos de que se dispone en la actualidad, que no hay más remedio que emplear, y hasta emplear con prodigalidad, que la asistencia, el precio de la asistencia está subiendo por las nubes. Pero esto es un fenómeno general, producto de los tiempos y de los avances científicos y no se puede achacar su culpa, al menos en totalidad, a la comodidad y complacencia de los médicos.

Las consecuencias de este fenómeno se sienten con toda claridad en el Patronato Nacional Antituberculoso. Convencidos de ello, buscamos con afán el procedimiento de salir de este atasco económico, que no se resuelve con el procedimiento tan simple de reforzar los ingresos y disminuir los gastos, sino que hay que apoyarse también en factores psicológicos. Pero tampoco olvidamos otro factor importantísimo: en la reducción del consumo medicamentoso. El enfermo tiende a pedir demasiado y a abusar. Sólo si ve que sus peticiones pueden traducirse en algún desembolso, es cuando se limitará a pedir lo preciso. El que los acogidos a nuestro Patronato paguen una pequeña parte de la medicación, nos importa mucho más como medio de limitar sus peticiones que por el ingreso que de ellos se derive. Y algo parecido hicimos de la gratuidad de las plazas sanatoriales. Tenemos demasiada consideración con los peticionarios, y, a la sombra de verdaderas necesidades, admitimos en los sanatorios a personas que pueden perfectamente pagar su hospitalización.

Por mi parte, estoy convencido de que es preciso ponernos en contacto con la clase médica y hacerles comprender que en estas reformas sociales, como ésta de la Lucha Antituberculosa, su colaboración nos es indispensable. Si lográsemos ponerla a nuestro lado, de tal modo que traten a sus enfermos con cuantos medios terapéuticos sean necesarios, pero que restrinjan todo lo posible cuanto signifique condescendencia innecesaria con los enfermos, lograríamos una economía importante para nuestro Patronato. Quizá nos convenga también una campaña de propaganda o de educación popular valiéndonos de los Colegios Médicos, de los maestros en las escuelas,

etcétera, etc. Por lo pronto, y con esta finalidad, entre otras, reunimos a los tisiólogos del P. N. A., explicándoles cuál es la situación, y tengo la esperanza de que los resultados no se harán esperar.

Todo esto se relaciona con el acuerdo del P. N. A. de tratar en sus sanatorios enfermos que pueden pagar a sus médicos cantidades modestas por su intervención. Se trata de una categoría de enfermos que hoy día reciben tratamiento gratuito, y que no teniendo la suficiente posición económica para pagar grandes cantidades, si la tienen para satisfacer facturas modestas que beneficien a sus médicos y al mismo Patronato, que no tiene la obligación de asistírtelos gratuitamente.

A propósito de los *nuevos medicamentos contra la tuberculosis*, quiero recordar que la Dirección General de Sanidad fué quizá la primera que, al conocerse las noticias acerca de estos productos, expresó su convencimiento de que estábamos ante algo muy serio, y, probablemente, superior a todo lo conocido hasta entonces. Podría o no podría curar la tuberculosis totalmente; probablemente no podría, pero seguramente que su influencia sobre los enfermos y sobre la misma Lucha Antituberculosa sería marcadísima. En marzo se celebró una reunión de tisiólogos, en que cada uno expuso su opinión, basada en los primeros resultados obtenidos. Hubo de todo. En general, la opinión de la mayoría se inclinaba a conceder un valor real al medicamento, solo o combinado con otros ya conocidos. No faltaron tampoco detractores, y hasta a alguno sólo le faltó el canto de un duro para reproducir aquella famosa fórmula matemática en que algún médico francés resumió el valor del salvarsán a raíz de su descubrimiento: $606 = 0$.

Pero han pasado ya varios meses, y los hechos se van concretando. Es evidente que mi opinión vale muy poco en el terreno estrictamente científico; pero sí vale en el administrativo (también aquí hay burocracia). Y ésta podría concretarse con muy pocas palabras. Que el movimiento de altas y bajas en los sanatorios se ha detenido, y, como consecuencia, que carecemos de camas vacantes. Ciertamente, que la estadística de curaciones no es brillante; pero también lo es que han disminuído considerablemente las defunciones. Consecuencia, que en esta clase de enfermos la vida se alarga. El número de enfermos que bajan al comedor es muy superior al de antes. Los enfermos nos cuestan más, porque tienen más apetito y comen mejor. Gastamos, pues, más dinero; pero se puede dar por bien empleado, porque los enfermos están más contentos, se sienten optimistas, tienen más fe en el porvenir y creen en su posible curación. Las modernas drogas serán todo lo caras que se quiera, pero han cambiado el aspecto de nuestros centros, leproserías y sanatorios antituberculosos; el ambiente en ellos es más favorable. El que visitase una leprosería en 1940 y la vea nuevamente ahora podrá comprobar claramente esta afirmación, y algo parecido se puede decir de los sanatorios antituberculosos.

Pero aún puede haber para el porvenir consecuencias más favorables. Combinando los modernísimos medios de diagnóstico, los fotoseroides, por ejemplo, con las drogas modernas y los progresos de la Cirugía, tenemos derecho a esperar la posibilidad de magníficos resultados en el porvenir en los casos de infecciones primarias en gente muy joven. Si tenemos la posibilidad de registrar a toda la población infantil y corregir rápidamente las primeras manifestaciones, podríamos pensar que la tuberculosis camina hacia su ocaso. Pero todo esto es carísimo, aunque si llega el caso de hacerlo no echa-

remos la culpa de esto a los constructores de los fotoseroides, ni a los inventores de nuevas técnicas quirúrgicas, ni a los procedimientos auxiliares de estas técnicas. Hay que partir de un hecho cierto: que la asistencia sanitaria ha sufrido una revolución, y que a nosotros sólo nos toca ponerla en práctica, tratando de administrar bien los recursos que se ponen en nuestras manos.

Todavía estos *progresos de la Cirugía* pueden traernos aún más modificaciones en la Lucha Antituberculosa. ¿Tendremos que convertir nuestros Sanatorios en Centros francamente quirúrgicos? ¿La dirección de estos Centros debe seguir en manos de los tisiólogos, recaer en los cirujanos o al menos en médicos sin ejercicio, o en personal administrativo especialmente adiestrado en esta especialidad, como ocurre en los Estados Unidos? Todavía es pronto para pensar en decidirse por ninguna de estas fórmulas; pero lo indudable es que las especialidades cambian y se transforman a medida que aparecen hechos nuevos en el campo de la Ciencia, y esto empieza ya a ocurrir en la Tisiología.

Y vamos al último punto de los que he querido tratar en este artículo. *La situación económica de la Lucha Antituberculosa*. En el primer número de nuestra Revista *Enfermedades del Tórax*, publicado en enero de 1952, llamé la atención sobre lo que cuesta la Lucha Antituberculosa y el sacrificio, siempre ascendente, que ella representa para el Estado español. Los cálculos que en el citado artículo hacía sobre los gastos están totalmente rebasados, porque una nueva Ley aumenta a 26.000 el número de camas sanatorias; pero, en cambio, sigue siendo exacto el ritmo ascendente de las aportaciones del Estado a la Lucha Antituberculosa. Las cifras siguientes se refieren solamente al sostenimiento de Sanatorios y Dispensarios, porque las destinadas a obras van en capítulo aparte. Veamos, pues, las cantidades recibidas:

AÑOS	Aportaciones
	Pesetas
1940.....	15.000.000
1941 y 42.....	30.000.000
1943.....	40.000.000
1944 y 45.....	49.500.000
1946 y 47.....	57.000.000
1948.....	77.000.000
1949.....	83.000.000
1950.....	93.000.000
1951.....	127.000.000
1952.....	143.500.000

¿Hasta dónde llegará esta progresión en los gastos? Porque aún nos quedan que abrir muchos Sanatorios, muchos Dispensarios, y aumentar muchas camas. Por mi parte, declaro que desde hace muchísimo tiempo vengo muy preocupado con los gastos que produce la Lucha Antituberculosa, y cuenta que hasta ahora no hemos tocado todos los aspectos que tiene o que debe tener. En todo momento he creído que, para hacer honor a la confianza que en mí se depositaba como presidente delegado del Patronato, tenía que administrar muy severamente, y a tal efecto hemos procurado utilizar todos los viejos Sanatorios, ampliándolos y remozándolos; así, por ejemplo, hemos procedido en Pedrosa, en Oza, en Torremolinos y en La Malvarrosa. Igual conducta hemos seguido con los Sanatorios que hemos convenido en llamar «de guerra», como el de Santiago, el de Béjar y alguno más. Por otra parte, hemos

buscado la colaboración de otros organismos, con insistencia y con verdadera generosidad. Pero tengo que confesar que no encontramos, en la mayor parte de los casos, un verdadero deseo de ayuda.

Y tanto más necesaria es esta colaboración, cuanto que esa revolución en la asistencia nos impone gastos crecientes de día en día. Recientemente me han entregado la lista de material necesario para cada Servicio quirúrgico en nuestros Sanatorios. Sólo de material, sin personal, tendremos que gastar más de 4.000.000 de pesetas en cada uno si queremos ponerlos al compás de los tiempos actuales. ¿No merece, pues, la pena de que nos pongamos todos de acuerdo en lo que a cada uno corresponde y lo que los demás deben darnos?

Hemos corrido mucho durante la última década, y por caminos fáciles. Con dinero y autoridad hemos

reparado muchos olvidos y muchos abandonos. Pero de nosotros, los sanitarios, lo que se exige es un buen empleo de este dinero y de esa autoridad, y esto ya es algo más difícil.

Esta reflexión me obliga a pensar en la necesidad de que en 1953 pensemos en algo más difícil que en seguir construyendo Sanatorios y Dispensarios. Por una parte, creo que debemos perfeccionar los que ya tenemos, y, por otra, buscar una mayor colaboración en el pueblo, sobre el que recaen los beneficios de la organización sanitaria. Sería un buen tema de trabajo el iniciar una campaña para perfeccionar la *educación sanitaria del pueblo español*. Tendríamos el apoyo del Ministerio de Educación Nacional y el de la Organización Sanitaria Mundial. Los beneficios serían incalculables. Vamos, pues, a intentarlo.