

PLANIFICACION DE UN CURRICULUM PARA ENFERMERIA PROFESIONAL.

PUBLICACION

Nº 1

RASGOS SOBRESALIENTES DEL URUGUAY SIGNIFICATIVOS PARA LA EDUCACION DE ENFERMERIA PROFESIONAL

MYRIAM CESAR MARQUEZ
NAIR LABORDE DE TAROCO
MARIA ROSA PARENTINI
SOLEDAD SANCHEZ PURALES
EVA SUNA DE BARONE



MONTVIDEO
URUGUAY
1966

1106

PLANIFICACION DE UN CURRICULUM PARA ENFERMERIA PROFESIONAL

	RASGOS SOBRESALIENTES DEL URUGUAY SIGNIFICATIVOS PARA LA EDUCACION DE ENFERMERIA PROFESIONAL
--	---

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES
DE ENFERMERIA
AV. B. ORTIZ 1000
MONTEVIDEO - URUGUAY



MONTEVIDEO
URUGUAY
1966

P R E F A C I O

La Escuela Universitaria de Enfermería, que iniciara su funcionamiento en mayo de 1950 como dependencia de la Facultad de Medicina, Universidad de la República, tiene un plan de estudios básico de cuatro años de duración. Los requisitos de ingreso son: haber completado el segundo ciclo de Enseñanza Secundaria o ser maestro normalista, poseer buena salud y haber aprobado las pruebas de admisión. Otorga a sus egresados el título de Enfermero Universitario, quien está capacitado para brindar cuidado directo a personas sanas o enfermas y para administrar unidades de enfermería con supervisión de enfermeros profesionales que posean una mayor preparación.

La Escuela Universitaria de Enfermería ha comenzado a publicar una serie de trabajos, tendientes a demostrar como se está aplicando en el campo de Educación de Enfermería Profesional en nuestro país, la metodología Tyleriana sobre elaboración de planes de estudios.

Vivimos en una época de cambios, en un mundo que nos presenta día a día nuevos hallazgos científicos, nuevas tendencias ideológicas, nuevos acontecimientos en todas las áreas del conocimiento.

Infinidad de publicaciones señalan la rapidez del cambio en este siglo XX; otras analizan las consecuencias de estos cambios en la vida moderna y en el bienestar del hombre. En forma más específica, otras tratan los conflictos que enfrenta la Educación en sus distintos niveles, acentuando el énfasis en la necesidad de la revisión continua que deberían tener los planes de Educación para mantener la Escuela al día.

El avance científico y tecnológico, si bien ha resultado, entre otras cosas, en conveniencias mecánicas, en confort físico y en el trascendente hecho de prolongar la expectativa de vida, también ha derivado en graves problemas sociales de los que emergen los problemas de la Educación.

En forma panorámica citaremos algunos de los cambios significativos de este siglo y su relación con la labor educativa.

El rápido avance en todas las áreas del conocimiento, nos ha llevado a un alto grado de especialización, a la multiplicación de cursos o a la demanda de un mayor número de horas en las distintas asignaturas para poder cubrir todo ese amplio y profundo campo de lo "nuevo".

Docentes y estudiantes están sometidos a la presión del tiempo con la ansiedad de poder contemplar la información que se pretende abarcar en los programas básicos y de graduados. En otro aspecto la magnitud del cambio cultural se evidencia en las ideologías divergentes, en el surgimiento de nuevos valores creencias y costumbres que se trasuntan en el ámbito familiar tanto en lo estético, como en lo económico, en lo político y en lo religioso.

Este cambio brusco en el sistema de valores, repercute y ejerce una acción conflictual en la sociedad actual y la Educación como Institución Social no escapa a la desorientación del momento.

Frente a este panorama social, la Escuela no puede conservar su molde de ayer y mantenerse ajena a su importante misión de contribuir al desarrollo del medio ejerciendo una influencia integradora.

La naturaleza del actual cambio, requiere la reconstrucción de los propósitos, contenido, experiencias educativas y métodos de enseñanza.

El currículum es el instrumento que tiene la Escuela para contribuir al bienestar social, finalidad ésta, que es lograda cuando el mismo se moldea a la luz de las necesidades de desarrollo que el medio requiere. El alcance de esta meta es difícil; no siempre se responde al cambio en forma adecuada, contemplando las nuevas circunstancias a través de una acción educativa que ayude al individuo a enfrentar las modificaciones culturales.

El grupo docente tiene en sus manos la función de contribuir a la integración del individuo al medio, de tal forma que éste sea un miembro útil a la sociedad. En esta época de cambios profundos no se puede improvisar bajo los efectos de la desorientación, es necesario asumir la responsabilidad de abordar la realidad y sus problemas actuales en forma constructiva. Si no existe una planificación cuidadosa, la acción educativa se convierte en un conjunto de actividades que pueden o no tener efectos sociales positivos e incluso llegar a ser vacuo.

Para promover el desarrollo social, es imperante conocer y analizar la magnitud y repercusión de los cambios en el mundo actual, así como su proyección futura; tomar decisiones sobre lo que es significativo para contemplarlo y/o analizarlo en el plan de estudios y de lo que ya no es importante para eliminarlo. Se requiere una acción de conjunto que encauce al individuo y que no lo desoriente más, tal como sucede en acciones docentes conflictuales.

Estas inquietudes han estado presentes en la Escuela Universitaria de Enfermería. Desde su comienzo se han introducido cambios en el plan de estudios con el loable propósito de mejorar la formación del futuro profesional. Siempre estuvo presente la preocupación de adecuar la preparación del estudiante para el medio en que va a actuar. Ya en el año 1957 se iniciaron reuniones periódicas del personal docente para discutir pro-

blemas relacionados con la enseñanza y determinar la implicación que los mismos podían tener en el campo de enfermería profesional. Los grupos formados por docentes se ampliaron luego con la participación del estudiantado, y se contó además con la valiosa colaboración del educador señor Ubaldo Rodríguez Varela quien ayudó a clarificar y a unificar conceptos y principios básicos que guían el proceso del aprendizaje.

Hasta 1960 estos grupos de trabajo se reunieron periódicamente cada año aportando material de valor que fue tenido en cuenta en varias asignaturas del plan de estudios y que además contribuyó a acrecentar la capacitación docente del personal de la Escuela. A fines del año 1961, se sintió la necesidad de planificar las actividades de revisión del Currículum al comprender que la magnitud del trabajo no podía responder a la improvisación y menos aun sin tener en cuenta la realidad nacional. Respondiendo así, a la decisión de realizar un estudio sistemático del currículum, se seleccionó la Metodología propuesta por Ralph Tyler, utilizando también como recurso de gran ayuda los trabajos que sobre Planificación de Currículum fueron realizados y/o guiados por Ole Sand.

Como PRIMER PASO en la planificación del **Currículum Básico**, se trozó el propósito central del estudio que es el de "Definir los objetivos de la Escuela Universitaria de Enfermería, los métodos de enseñanza; el contenido de las asignaturas, sus experiencias educativas y el sistema de evaluación de acuerdo a las necesidades del medio. En este caso, entendemos por necesidades del medio: los que derivan del educando y las que surgen de las necesidades de enfermería del país --- o sea, de atención de enfermería a la población y de desarrollo de la profesión".

El grupo de docentes que participó en el plan de trabajo formuló además los objetivos que pretendía lograr durante el desarrollo de esta actividad. Estos son:

- Favorecer el desarrollo individual, para alcanzar una mayor integración del grupo.
- Acrecentar el conocimiento y la experiencia en estudio de Currículum, en docencia y en enfermería.
- Comprender que mantener el enfoque global en el trabajo del Currículum favorece el desarrollo total de la enseñanza.
- Desarrollar un plan de trabajo anual determinando etapas, tiempo, métodos de trabajo y evaluación a realización.

Como SEGUNDO PASO, se determinan las etapas a cumplir, de acuerdo a la metodología adoptada:

1ª ETAPA:

"Determinar los objetivos educativos que se desean alcanzar"

Para poder enunciar los objetivos educativos de la Escuela de modo de preparar un profesional que contribuya a satisfacer las necesidades del medio, se planificó lo siguiente:

- 1a—Estudiar las características del educando para conocer las necesidades de desarrollo que los estudiantes tienen como personas, ciudadanos y futuros profesionales.
- 1b—Estudiar los rasgos sobresalientes del Uruguay especialmente en aquellos aspectos que inciden en el nivel de salud de la comunidad, de manera tal que pueda obtenerse una visión de los principales problemas de salud y los factores que en ellos inciden. Este diagnóstico de la situación actual servirá de guía para tomar decisiones sobre el tipo de profesional que la comunidad necesite.
- 1c—Formular una política educacional de la Institución como base para unificar criterios sobre: Educación y sus fines, sobre lo que debería ser una buena enfermera profesional y la acción del docente. La Política Educacional orientará en la selección de los objetivos educativos y en la jerarquización de las actividades de la Institución.
- 1d—Llegar a un acuerdo sobre una teoría y principios del aprendizaje que nos ayude a seleccionar los objetivos que son factibles de ser alcanzados y a determinar las condiciones requeridas para facilitar su alcance.

2da. ETAPA:

"Seleccionar las experiencias educativas y el contenido de las distintas asignaturas que ayuden a alcanzar los objetivos educativos"

En esta etapa se podrán jerarquizar las asignaturas del Curriculum, su enfoque, su contenido, sus experiencias educativas, de acuerdo al conocimiento, comprensión o habilidades específicas que se deseen lograr a través de las mismas. Selección ésta que estará hecha a la luz de los objetivos educativos.

3ra. ETAPA:

"Organizar las experiencias educativas de modo que se progrese en la amplitud y en la profundidad del aprendizaje"

En esta etapa se centralizará la atención en la secuencia y continui-

dad lógica que deben tener las experiencias de manera tal que se favorezca la correlación y continuidad de las asignaturas, para lograr una mayor integración del aprendizaje en el estudiante.

4ta. ETAPA:

"Determinar los métodos de evaluación a utilizar para conocer el alcance de los objetivos educacionales"

5ta. ETAPA:

"Analizar las implicaciones de orden administrativo que requiere el plan de estudios para su puesta en práctica"

Entendemos que este tipo de estudio es complejo y que la labor de revisión de un Currículum es un proceso continuo. La continuidad se da cuando se tienen en cuenta los resultados de las evaluaciones de las experiencias educativas, de la calidad de trabajo de los egresados, de la organización misma de la Institución, del desempeño en la labor docente, etc., así como también cuando se consideran los cambios en la problemática social; aquellos que provienen de la planificación de los servicios de salud y otros.

La reestructuración de un Currículum puede ser el producto del trabajo de un grupo pequeño, especialmente designado para cumplir esta tarea.

No es éste el caso de la experiencia iniciada en la Escuela Universitaria de Enfermería. El método que se está llevando a la práctica es el de trabajo en grupo, brindando amplia participación a todos los que intervienen en la acción de educar.

Se ha adoptado este método entendiendo que:

- 1) El trabajo en Currículum es un proceso continuo no sólo de elaboración de la materia en sí, sino también de desarrollo del personal.
- 2) La efectividad en la marcha del estudio depende de:
 - El conocimiento y preparación que los docentes vayan adquiriendo sobre los aspectos básicos de "Planificación y Desarrollo de un Currículum" por lo que este estudio se convierte a la vez en una forma de Educación en Servicio.
 - El aporte que especialistas de otros campos puedan brindar en cada una de las etapas.
 - El aporte que estudiantes y egresados puedan hacer, a través de la participación directa en los grupos de estudio.

- 3) La efectividad en la puesta en práctica del nuevo plan de estudios dependerá de la participación que el docente tenga en la búsqueda de información, análisis de datos y del diálogo, a fin de llegar a acuerdos en aspectos fundamentales relativos a su función.
- 4) El estudio de Curriculum es un todo armónico; es el eje alrededor del cual giran todas las actividades de la Institución.
- 5) El examen crítico de cada asignatura podrá lograrse cuando se tenga una visión del todo y se comprenda el papel que tiene tal o cual asignatura para contribuir al alcance de los objetivos de la Institución y de su relación con las otras.

Esperamos que esta serie de publicaciones despierte interés en aquellos que estén actuando en el campo docente, preocupados por la responsabilidad de contribuir a satisfacer las necesidades del medio y les impulse a nuevas experiencias de este tipo.

El detalle pormenorizado de cada una de las publicaciones se justifica por nuestra inquietud en presentar un trabajo que posea valor didáctico: mostrar como una metodología general se está aplicando en la Educación de Enfermería Profesional.

**RASGOS SOBRESALIENTES DEL URUGUAY SIGNIFICATIVOS
PARA LA EDUCACION DE ENFERMERIA PROFESIONAL**

**Myriam César
Nair Laborde de Taroco
María Rosa Parentini
Soledad Sánchez Puñales
Eva Suna de Barone**

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA

MONTEVIDEO.— 1966

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	21
CAPITULO I	
INDICADORES DEL ESTADO ECONOMICO	25
A) — DATOS GENERALES SOBRE LA POBLACION	27
B) — POBLACION ACTIVA - PROBLEMA DE DESOCUPACION	28
C) — DISTRIBUCION SECTORIAL DE LA POBLACION	29
1. Sector Primario	31
2. Sector Secundario	33
3. Sector Terciario	36
D) — CONCLUSIONES	37
CAPITULO II	
INDICADORES SOCIALES	39
A) — ESTRATIFICACION Y MOVILIDAD SOCIAL	41
1. CLASES SOCIALES	41
2. MOVILIDAD SOCIAL	42
B) — POBREZA EXTREMA	44
C) — LIBERTADES HUMANAS Y GOBIERNO — PATRONES CULTURALES	45
1. Actitud de recelo hacia la autoridad	45
2. Impuntualidad	45
3. Amistad	46
4. El Mate	46
5. Viveza Criolla	47
6. Indiferencia hacia el hecho político	47
7. Humorismo	48
8. Ideas religiosas	48
9. Valores morales	49
10. Formas de recreación	49
11. Valores estéticos	50
D) — EDUCACION	50
1. Enseñanza Primaria	54
2. Enseñanza Media	56
3. Enseñanza Superior	63
E) — ILEGITIMIDAD	66
F) — PROSTITUCION	68
G) — ABORTO	68
H) — DIVORCIO	68
I) — CRIMEN Y DELICUENCIA	68
J) — CONCLUSIONES	69

CAPITULO III

INDICADORES RELACIONADOS CON LAS CONDICIONES DEL MEDIO	71
A) --- PORCENTAJE DE POBLACION CON AGUA POTABLE Y ALCANTARILLADO	73
B) - - PORCENTAJE DE POBLACION CON VIVIENDA SALUBRE	75
C) — BASURAS — INSECTOS Y ROEDORES	77
1. Porcentaje de Población que se beneficia con el servicio de recolección de basuras	77
2. Insectos y roedores	77
D) — CONCLUSIONES	77

CAPITULO IV

INDICADORES RELACIONADOS CON LA SALUD DE LAS PERSONAS	79
A) — CON TENDENCIA POSITIVA	81
1. Expectativa de vida al nacer	81
2. Natalidad	81
3. Consumo de calorías por persona y por día	81
4. Consumo de proteínas por persona y por día	82
B) - - CON TENDENCIA NEGATIVA	83
1. Mortalidad general	83
2. Mortalidad proporcional	88
3. Mortalidad materna	90
4. Mortalidad infantil	91
5. Morbilidad general	96
C) — CONCLUSIONES	105

CAPITULO V

INDICADORES RELACIONADOS CON SERVICIOS DE SALUD	109
A) — ORGANIZACION SANITARIA	111
1. Ministerio de Salud Pública	111
2. Consejo del Niño	111
3. Caja de Asignaciones Familiares	112
4. Universidad de la República	112
5. Organismos privados	112
6. Consejos Departamentales	112
7. Mutualistas	113

	Pág.
B) — COSTO DE ATENCION	113
C) — PERSONAL SANITARIO	114
1. Personal Médico	114
2. Personal de Enfermería	115
3. Asistentes Sociales	116
4. Dietistas	117
5. Educadores Sanitarios	117
6. Ingenieros e Inspectores Sanitarios	117
7. Odontólogos	117
8. Parteras	117
D) — NUMERO DE CAMAS DE HOSPITAL POR HABITANTES	118
E) — CONCLUSIONES	120

CAPITULO VI

RESUMEN DE CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PARA LA ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA	121
A) — CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES CONSIDERADAS SIGNIFICATIVAS PARA LA FORMULACION DE LOS OBJETIVOS DEL PLAN DE ESTUDIOS BASICO	123
B) — CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES SIGNIFICATIVAS PARA OTROS PLANES DE LA INSTITUCION	130
BIBLIOGRAFIA	133

INDICE DE TABLAS, CUADROS, ESQUEMAS Y GRAFICOS

TABLAS

Nº 1. Población, superficie, densidad y tasas de crecimiento anual medio del Mundo	27
Nº 2. Población total por zonas de empadronamiento — 1963	28
Nº 3. Distribución de la población activa del Uruguay en el año 1956	30
Nº 4. Distribución de la población activa del Uruguay en el año 1958	30
Nº 5. Población económicamente activa del Uruguay en el año 1963	31
Nº 6. Población activa de 10 años y más por rama de actividad en el sector primario — 1963	31
Nº 7. Población activa de 10 años y más por rama de actividad en el sector secundario — 1963	35
Nº 8. Población activa de 10 años y más por rama de actividad en el sector terciario — 1963	36
Nº 9. Distribución de los porcentajes de población activa de los EE.UU. en sectores — 1850 - 1950	36
Nº 10. Distribución de porcentajes de población activa de los diferentes sectores en países con diferentes niveles de desarrollo económico — 1950	37
Nº 11. Distribución de la población del Uruguay por clases sociales en el año 1963	42
Nº 12. Distribución de la población en Montevideo por clases sociales en el año 1959	42

	Pág.	
Nº 13.	Inscripción de alumnos por año, grado y porcentaje con respecto a la inscripción de 1º de enseñanza primaria — 1963	54
Nº 14.	Distribución del alumnado en el primer ciclo de enseñanza secundaria para en año 1961	57
Nº 15.	Distribución de porcentajes departamentales de ilegitimidad sobre el total de nacimientos en 1942	67
Nº 16.	Servicios de agua potable y alcantarillado en población de Montevideo de 1935 a 1962	73
Nº 17.	Número de Viviendas construidas por categoría — 1952 - 1961	76
Nº 18.	Número de Viviendas construidas según su financiamiento — 1952 - 1961	76
Nº 19.	Distribución de la población por grupos de edades y sexos — 1963	81
Nº 20.	Tasas de mortalidad general por 1.000 habitantes — Uruguay — 1952 - 1961	83
Nº 21.	Tasas de mortalidad por 1.000 habitantes distribuidas por grupos de edades. — Uruguay 1961	84
Nº 22.	Mortalidad general por Departamento de Residencia del fallecido por 1.000 habitantes — Uruguay 1961	85
Nº 23.	Principales causas de muerte por 100.000 habitantes — Uruguay 1961	86
Nº 24.	Tasas de mortalidad por 100.000 habitantes por distintas afecciones de acuerdo a su incidencia — Uruguay — Año 1952 - 1961	87
Nº 25.	Mortalidad proporcional — Muertos de más de 50 años — Total de muertes — Uruguay — 1956 - 1961	89
Nº 26.	Mortalidad proporcional — Muertos menores de 5 años — Total de muertes — Uruguay 1956 - 1961	89
Nº 27.	Mortalidad materna — Tasa de mortalidad materna — Uruguay 1952 - 1961	90
Nº 28.	Mortalidad materna — Causas y grupos de edades por 100.000 habitantes — Uruguay 1959	90
Nº 29.	Tasas de natalidad y mortalidad infantil en diferentes países — Año 1959	93
Nº 30.	Defunciones fetales e infantiles de 1 a 4 años y de 5 a 14 años por departamentos — Uruguay 1959	95
Nº 31.	Intentos de suicidios y suicidios para la Ciudad de Montevideo — 1962 1963	100
Nº 32.	Porcentaje de Ingresos por alcoholismo al Hospital Vilardebó para los años 1950 - 1960	101
Nº 33.	Enfermedades Trasmisibles: casos denunciados en 1961 por cada 100.000 habitantes	102
Nº 34.	Distribución de Médicos por Departamentos para el año 1963	115
Nº 35.	Distribución de Camas por servicio para el año 1963 en todo el país — Pública y Privado	118
Nº 36.	Relación Número de Camas y Población por grandes áreas en el Uruguay — 1963	119
Nº 37.	Distribución de camas hospitalarias en el Uruguay según organismos asistenciales — 1963	119

CUADROS

Nº 1.	Población de 10 años y más por tipo de actividad — 1963	28
Nº 2.	Estudio comparativo de población escolar en Escuelas Públicas y privadas — 1962	54

	Pág.
Nº 3. Relación entre el Número de Liceos Públicos y Privados — 1963	58
Nº 4. Distribución del alumnado del Segundo Ciclo de Enseñanza Secundaria — 1961	60
Nº 5. Distribución de la población de Enseñanza Secundaria en los diferentes Preparatorios en Montevideo e Interior - - 1961	60
Nº 6. Ingreso de estudiantes en 1960 en las diferentes Facultades y Escuelas de la Universidad de la República	65
Nº 7. Ingreso de estudiantes registrados en 1961 en los diferentes Facultades y Escuelas de la Universidad de la República	66
Nº 8. Servicios de agua potable y alcantarillado en el Uruguay de los años 1935 - 1962 en poblaciones del interior con más de 300 habitantes	74
Nº 9. Construcción de Viviendas de 1908 - 1963	75
Nº 10. Resultados de los estudios sobre nutrientes realizados por la Encuesta de Nutrición M.S.P. — I.C.N.N.D. — 1962	82
Nº 11. Total de Accidentes en el Uruguay - - Según tipo de accidente para el año 1962	98
Nº 12. Ingresos en los Hospitales Psiquiátricos del M.S.P. en el decenio 1950 - 1960	99
Nº 13. Número de pacientes atendidos en la policlínica psiquiátrica del Hospital de Clínicas — Años 1957 - 1963	99
Nº 14. Gasto en Salud por habitante y región expresado en pesos para el año 1962	114

ESQUEMAS

Nº 1. Factores que inciden en el desarrollo industrial	34
Nº 2. Relación de los cuatro ramos de la Enseñanza - - 1961	53
Nº 3. Distribución geográfica de los 81 liceos públicos del País — 1959	59
Nº 4. Distribución de los Departamentos en Regiones Militares	104

GRAFICOS

Nº 1. Relación entre el alumnado cultural y el técnico de la Enseñanza Media, en su evolución desde 1944 a 1956	62
Nº 2. Mortalidad Infantil - - Uruguay 1908 - 1961	92
Nº 3. Principales causas de Mortalidad Infantil — Uruguay — 1952 - 1961 . .	96

INTRODUCCION

INTRODUCCION

Este trabajo muestra un panorama general de los rasgos más sobresalientes de nuestro país. La finalidad del mismo, es la de contribuir con información actualizada que ayude a determinar los objetivos del plan de estudios de la Escuela Universitaria de Enfermería. Es una de las partes que integran la planificación que la Escuela se ha trazado para la elaboración de su nuevo Plan de Estudios. Fue iniciado en octubre del año 1961 por un grupo de docentes y con un delegado estudiantil constituido por las siguientes personas: Myriam César, Teresa Chocho, Nair Laborde de Taroco, Ma. Rosa Parentini, Soledad Sánchez, Eva Suna de Barone.

El método utilizado fue el de trabajo en grupo con reuniones periódicas durante el año escolar y jornadas intensivas de hasta una semana de duración.

En primer término, se encaró la planificación del trabajo en lo referente a aspectos que deberían ser estudiados, el alcance a darles y las etapas a seguir.

En lo relativo a los aspectos a ser estudiados, el grupo consideró que debería abocarse al siguiente problema: "Determinar los rasgos fundamentales de nuestra sociedad que deberían tenerse en cuenta al redefinir los objetivos de la Escuela". Para facilitar su realización lo desglosó en las siguientes interrogantes:

- I—Cuál es la edad de nuestra población?
- II—Cuáles son las características sociales y económicas predominantes en nuestro país?
 - II 1—Cuál es la organización social?
 - II 2.—Cuál es la producción de servicios y bienes de consumo?
 - II 3—Qué creencias, valores estéticos, ideas políticas y religiosas predominan, y qué formas de recreación son utilizadas por nuestra sociedad?
 - II 4—Qué tipo de educación predomina?
- III—Cuál es la situación sanitaria del país?
- IV—Cuáles son las necesidades de enfermería?

Se decidió que el alcance a dar a este estudio se limitaría a la búsqueda y análisis de la información disponible en nuestro medio, utilizando recursos bibliográficos, humanos e institucionales. Dada la magnitud e importancia que exigiría el estudio de las necesidades de Enfermería (interrogante IV) se resolvió realizar el mismo al finalizar este trabajo, por lo que no se incluye en esta publicación.

Se trazaron las siguientes etapas:

- Buscar la información disponible en cada uno de los aspectos a estudiar.
- Analizar el material recopilado.
- Derivar conclusiones generales.
- Elaborar recomendaciones provisionales que tengan importancia para el enfoque del nuevo Plan de Estudios.
- Presentar un informe escrito del trabajo realizado y elevarlo al Claustro de la Escuela Universitaria de Enfermería (E.U.E.) para su aprobación.

A los efectos de favorecer la comprensión del contenido de este informe se decidió organizarlo en capítulos, que abarcaran los aspectos fundamentales de la situación socio-económica y de salud de nuestro país.

Es de destacar que el trabajo de este grupo se vio favorecido por la colaboración de personas e Instituciones que se mencionan a continuación:

Contadora Celia Barbato de Silva, señor Julio Castro, ingeniero Adolfo Cutinella, profesora Laura De Arce, profesor Roque Faraone, doctor José López Fernández, doctor Francisco Mardones, doctor Aurelio Oronoz, señor Julio César Perrone, doctor Ricardo Yelpe, contador Israel Wansewer y el personal de Mecanografía de la Escuela.

Ministerio de Salud Pública, Dirección General de Estadística y Censos del Ministerio de Hacienda, CIDE, Consejo Departamental de Montevideo, Consejo Nacional de Enseñanza Primaria y Normal, Consejo Nacional de Enseñanza Secundaria, Instituto Uruguayo de la Opinión Pública.

El grupo agradece además al señor Julio Castro, doctor Pedro Freire, señorita Dora Ibarburu y doctor Julio Rippe por su aporte dado a través de la lectura de este trabajo y sus sugerencias.

Se considera que este informe puede presentar ciertas omisiones y limitaciones debido a que en el país la información disponible no es suficiente. Esto representó una de las mayores dificultades encontradas en el proceso de elaboración del trabajo. Entre las limitaciones señalamos que existen escasos estudios científicos relacionados con estos aspectos y que gran parte de los datos obtenidos responden a estimaciones aproximadas. A pesar de ello el grupo piensa que los datos recopilados pueden

contribuir al logro del propósito trazado, ya que en su conjunto, dan una visión general de nuestros principales problemas.

Dado que Enfermería como profesión cumple una función social, se debe estar alerta a los cambios sociales que puedan modificar los objetivos del plan de estudios.

Esta labor se justifica más ampliamente al concebir que no estamos concluyendo un trabajo, sino que aportamos datos para el momento actual y que se continuará incorporando toda aquella información que contribuya a dar al plan de estudios el dinamismo que impone una sociedad cambiante.

CAPITULO I

INDICADORES DEL ESTADO ECONOMICO

CAPITULO I

INDICADORES DEL ESTADO ECONOMICO

A — Datos generales sobre la población

El último censo de población y vivienda nos ha permitido conocer los resultados provisionales en relación con el total de población para el país y su ubicación dentro del panorama internacional.

TABLA Nº 1

Población, superficie, densidad y tasas de crecimiento anual medio del mundo, los continentes, grandes regiones geográficas y Uruguay — 1962 (x)

ZONA	Población estimada a mitad del año (Millones)	Superficie (miles Km.2) a/	Densidad (Hab. /Km.2)	Tasa de crecimiento anual medio 1960/62 %
Mundo	3.135	135.773	23	2.1
Africa	269	30.234	9	2.4
América	430	42.042	10	2.2
Norte	206	21.499	10	1.6
Centro	71	2.750	26	2.9
Sur	153	17.793	9	2.7
Asia (sin URSS)	1.764	27.594	64	2.3
Europa (sin URSS)	434	4.952	88	0.9
Oceanía	17	8.549	2	2.2
URSS	221	22.402	10	1.7
Uruguay (1963)	2.6	187	14	1.4

a/ Superficie de tierras y aguas interiores, no comprende zonas polares ni islas deshabitadas.
(x) Fuente información: Muestra de Anticipación de Resultados del IV Censo General de Población y II de Vivienda.

Los datos de población total para el Uruguay que aparece en la Tabla Nº 1 es una aproximación, puesto que el Censo da la siguiente cifra: 2.592.600. Se evidencia que el Uruguay tiene un crecimiento lento, si se compara con los países Centro y Sudamericanos.

Uruguay sería dentro del marco americano el país con un mayor índice de urbanización, ya que un 18 % habita las zonas consideradas rurales, tal como lo muestra la Tabla Nº 2.

TABLA Nº 2

Población total por zonas de empadronamiento. (Miles de habitantes), Censo 1963

ZONA	Habitantes	%	Tasa de crecimiento anual medio o/oo
Departamento de Montevideo	1.203,7	46	25
Interior	1.388,9	54	11,7
Urbano	928,3	36	.
Rural	460,6	18	.
TOTAL	2.592,6	100	16,7

Si consideramos que las principales fuentes económicas del país son agropecuarias y que la industrialización está estancada, la relativa despoblación rural representa un aspecto negativo para el desarrollo económicos del país.

B — Población activa — Problema de desocupación

El total de población de 10 años y más es de 2.094.300 distribuidos por tipo de actividad como lo muestra el cuadro siguiente.

CUADRO Nº 1

Población de 10 años y más por tipo de actividad (Censo 1963)

Tipo de actividad	Número	Tipo de actividad	Número
Ocupados	855.100	Quehaceres domésticos	518.800
Desocupados	101.800	Estudiantes	256.700
Buscan trabajo por 1ª vez .	20.000	Jubilados - pensionistas ..	241.200
Sin información	8.600	Rentistas	14.800
		Otros	40.100
		Sin información	7.200
Total de población económicamente activa	1.015.500	Total de población económicamente inactiva ..	1.078.800
Población total de 10 años y más	2.094.300		

Si se analiza el cuadro Nº 1 concluimos que en relación a la población total de 10 años y más, un poco menos de la mitad, es decir el 48.5 % son económicamente activos. Si tomamos la población total del país esta proporción se reduce al 39.2 % o sea que de 4 personas activas existen 6 inactivas. En esto incide considerablemente las caracterís-

ticas de envejecimiento de nuestra población lo cual es tratado en el capítulo IV.

La población ocupada del país constituye aproximadamente la tercera parte de la población total, ya que el número de ocupados asciende a 885.100 personas. La tasa de desocupación se ha calculado en el año 1963 en un 12 % incluyendo a los que buscan trabajo por primera vez.

El mayor índice de desocupación se evidencia en el grupo etario de 25 a 34 años, es decir, en la etapa vital de mayor rendimiento humano; asimismo conviene destacar que la desocupación es casi igual para la capital como para el interior del país (50.000 y 51.800 respectivamente). Conjuntamente con Puerto Rico, Uruguay tiene la tasa más baja de desocupación de América.

C — Distribución sectorial de la población

Para la elaboración de este capítulo se toman como fuentes de información más recientes la "Muestra de Anticipación de Resultados Censales del IV Censo General de Población y II de Vivienda de 1963" y el Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social 1965-1974 elaborado por la C.I.D.E.

Consideramos que un índice de gran valor a ser tenido en cuenta al analizar la situación económica de un país es el producto bruto interno per capita (PBI per capita). Para nuestro país, en 1964, este fue de \$ 1810 según la C.I.D.E., y ha venido descendiendo en los últimos años. Si analizáramos la distribución del PBI en nuestra población veríamos que ella es desigual: un 40 % de la población recibe el 80 % de la renta nacional y el 60 % recibe el 20 % restante.

La distribución de la población según el tipo de actividad es otra característica fundamental a considerar.

Básicamente, según el tipo de actividad, se divide a las poblaciones en tres grandes sectores: primario, secundario y terciario.

El sector primario está dedicado a la agricultura, ganadería, silvicultura, caza y pesca. Generalmente se trata de trabajadores en contacto con la naturaleza, cuyos necesidades preeminentes son las de alimentación y habitación, y el fruto de su trabajo está de acuerdo con la ley de rendimiento decreciente del esfuerzo.

El sector secundario "constituido por trabajadores manuales en un medio condicionado" está dedicado especialmente a: industrias manufactureras (productos alimenticios, bebidas, productos textiles, calzados, muebles y accesorios, imprentas, editoriales, productos metálicos, químicos, etc.), construcción, producción de energía eléctrica, gas, etc.

El sector terciario agrupa a la población activa no incluida en los sectores anteriormente citados. Esta población está ocupada en: comercio

mayorista y minorista, transporte y comunicaciones, banca, empresas financieras y de seguros, administración pública, profesiones liberales, servicios particulares, teatros, radios, instituciones educativas, culturales y deportivas, etc. El rendimiento de estos trabajadores está en relación directa con el esfuerzo de los individuos.

Se presentan datos relativos a la distribución sectorial de la población en diferentes años.

TABLA Nº 3

Distribución de la población activa del Uruguay en el año 1956 (x)

SECTOR	Número de personas	% del total de activos
Primario	288.000	28.2
Secundario	250.000	24.4
Terciario	483.000	47.3
TOTAL	1.021.000	99.9

(x) Tabla elaborada en base a los datos estimados por el doctor Carlos Quijano. (Revista de Economía Nº 42-43).

TABLA Nº 4

Distribución de la población activa del Uruguay en el año 1958 (x)

SECTOR	Número de personas	% del total de activos
Primario	270.000	25.6
Secundario	300.000	28.5
Terciario	483.000	45.9
TOTAL	1.053.000	100.0

(x) Tabla elaborada con datos estimados por el contador Oxman.

TABLA Nº 5

Población económicamente activa del Uruguay en el año 1963 (x)

SECTOR	Número de personas	% del total de activos
Primario	197.352	19.6
Secundario	279.918	27.8
Terciario	529.630	52.6
TOTAL	1.006.900	100.0

(x) Tabla elaborada con datos de la muestra de anticipación de resultados censales/1963. Incluye: Ocupados, desocupados y a los que buscan trabajo por primera vez, así como a los sin información y mal especificados o todos los que se han considerado igualmente distribuidos en los tres sectores.

1. Sector Primario

En la Tabla Nº 6 puede apreciarse la población activa de 10 años y más por rama de actividad en el sector primario, con datos tomados de la Muestra de Anticipación de Resultados del IV Censo General de Población y II de Viviendas de 1963.

TABLA Nº 6

Población activa de 10 años y más por rama de actividad en el sector primario (x)

Rama de actividad	Total por miles de habitantes	%
Agricultura, ganadería, silvicultura, caza y pesca	181.8	18.3
Explotación de minas y canteras	2.4	0.2
TOTALES	184.2	18.5

(x) Esta Tabla incluye a los ocupados y desocupados y excluye a los que buscan trabajo por primera vez y a los sin información de rama de actividad.

Dentro de nuestra producción pecuaria se destaca la producción de vacunos, ovinos, porcinos, lana, leche, cueros y cerda. Se ha observado un aumento en este sector a expensas de la producción porcina, de leche y sus derivados.

En la producción agrícola se destacan: trigo, remolacha, girasol, maíz, arroz, cebada forrajera, avena, alpiste, centeno, maní, caña de azúcar, papas, porotos, naranjos, duraznos, manzanas, lino, alfalfa, tabaco, etc.

En los últimos años se ha notado un aumento en algunos de los rubros antedichos debido a:

- Ciertos progresos en la mecanización y técnicas.
- Concentración y desplazamientos de algunas producciones a tierras más aptas.
- Disponibilidad de mejores semillas.
- Mayor zona ocupada en dicha producción.

El sector primario se mantiene bastante estancado como consecuencia de:

- Forma de tenencia de la tierra, la cual implica coexistencia de latifundio y minifundio (donde aparecen grandes extensiones con baja productividad y "empresa enano" con desaprovechamiento de los recursos básicos del país).
- Escasa mecanización y progreso técnico. Para favorecer la producción ganadera interesa sobre todo el progreso técnico.
- Transformación de la gran empresa ganadera en gran empresa agrícola, que trae aparejada una acentuación de la despoblación.
- Falta de planificación de la producción acorde con el mercado interno (o de absorción). Esta planificación exigiría una autoridad de control para su cumplimiento, lo cual debido a nuestra organización gubernamental es imposible.
- Falta de educación alimentaria que promueva la necesidad de determinados productos derivados del agro (ejemplo: productos de granja), que origina escasa producción en estos rubros.

Estos diversos problemas determinan una baja producción agropecuaria que no llega a cubrir la creciente elevación del consumo de la misma en algunos rubros y superproducción en otros (ejemplo: carnes, cereales, oleaginosas, leche y derivados que no encuentran ubicación en los mercados exteriores).

Indudablemente, no puede determinarse en qué medida la producción agropecuaria resulta insuficiente debido a que se desconoce cuál es el volumen físico total de dicha producción y la demanda real existente, de suerte que se pudiera llegar a establecer la disponibilidad "per capita" de estos productos.

2. Sector Secundario

En este sector generalmente se produce un ritmo de progreso técnico rápido. En nuestro país, la industrialización ha estado influida por diversos factores, algunos favorables y otros desfavorables.

a) Factores que favorecieron:

a1) A partir de la guerra de 1914, debido a la restricción de la importación, medida tomada frente a la alteración de las relaciones económicas internacionales, se produce un aumento de la producción manufacturera nacional. Sin embargo, al regularizarse la situación económica internacional, este auge industrial queda paralizado.

a2) La crisis de 1929 alteró las relaciones de intercambio económico con otros países y determinó la aplicación de medidas tendientes a restringir la importación y promover la industrialización a través de: elevación de impuestos, contralor de cambios, acuerdos bilaterales de comercio y otras formas de protección a nuestra industria.

a3) La Segunda Guerra Mundial influye en el desarrollo industrial debido a que:

- Provoca la disminución de la disponibilidad de bienes de consumo importados.
- Amplía las posibilidades de comercio exterior con nuevos mercados para nuestros productos.
- Aumenta el ingreso monetario interno.

A partir de 1950 se agrava la situación, alterándose nuestra capacidad de pagos con el exterior. Las cifras actuales del balance comercial evidencian déficits millonarios. Las importaciones alcanzan su punto más bajo en 1952, descenso éste relativamente continuado hasta 1959. En 1962 se produce un incremento de las importaciones de bienes de consumo (ejemplo: televisores, automóviles).

La situación económica nacional depende, en gran parte, de las divisas disponibles y éstas, a su vez, de la diversificación industrial, del precio de nuestros productos básicos de exportación y de la disponibilidad de mercados exteriores. La ausencia de diversificación (la industria nacional se limita a la industrialización de materias primas directamente relacionados con la producción agropecuaria), y de la industria pesada, conduce a una oferta rígida, que desfavorece el desarrollo industrial.

En el orden interno, como factores favorables se destacan:

a4) La acción del Estado, que toma a su cargo la producción de energía eléctrica y combustibles líquidos, de cemento y de algunos alimentos, y además, a través de su política fiscal crediticia.

En el desarrollo de nuestra industrialización pueden citarse los siguientes factores que influyeron negativamente:

b1) El estancamiento de la producción agropecuaria, que es básico para el desarrollo industrial y cuya influencia puede esquematizarse así:

ESQUEMA Nº 1



b2) Estructura del mercado y de las empresas e insuficiencia de la demanda. La característica de esta estructura está dada por la falta de planeamiento de acuerdo a una escala de prioridades, determinando como consecuencia:

- Establecimiento de industrias "enanos", lo que conduce a:
 - Elevación de costos internos.
 - Estancamiento de la producción.
- Existencia de pocas grandes empresas, lo que conduce a:
 - Bajos ingresos, "per cápita", disminuyendo así el número de compradores.
 - Equipo ocioso durante algunos períodos, determinando elevación de costos y dificultad de absorción de la producción.
 - Sobre inversión en algunas ramas de la industria, en desacuerdo con las necesidades.
- Concentración de productividad y actividad industrial en la Capital.

La actividad y productividad industrial, ya sea pública o privada, alcanzan aproximadamente a las 3/4 partes del total en Montevideo; ésto se debe a múltiples causas, entre otras:

- La existencia de establecimientos pequeños en el Interior, que atienden a un mercado reducido, lo cual no permite la utilización de métodos modernos de producción.
- La utilización de capitales en Montevideo se hace más efectiva mediante las facilidades crediticias otorgadas por la organización bancaria.
- Su condición de puerto permite a Montevideo el aprovisionamiento más fácil de materias primas.
- Montevideo tiene mayores facilidades para la distribución de productos hacia toda la República.

b3) Escasa preparación de la mano de obra y capacidad empresarial, que trae aparejado:

- Falta de personal especializado que trabaje entre el profesional y el obrero.
- Carencia de mercado que utilice al trabajador especializado.
- Desconexión entre la enseñanza media industrial y las necesidades de la industria.

En la Tabla Nº 7 puede apreciarse la población activa de 10 años y más por rama de actividad en el sector secundario y según datos tomados de la Muestra de Anticipación de Resultados del IV Censo General de Población y II de Vivienda de 1963.

TABLA Nº 7

Población activa de 10 años y más por rama de actividad en el sector secundario (x)

Rama de actividad	Total por miles de habitantes	%
1. Industrias manufactureras	211.2	21.2
2. Construcción	48.9	4.9
TOTALES	260.1	26.1

(x) Incluye: los ocupados y desocupados.

Excluye: a los que buscan trabajo por primera vez y a los sin información de rama de actividad.

3. Sector Terciario

Nuestro país agrupa en el sector terciario al 52.6 % de la población activa, pero excluyendo a los que buscan trabajo por primera vez y a los sin información de rama de actividad tenemos un 49.9 % tal como lo muestra la Tabla N° 8.

TABLA N° 8

Población activa de 10 años y más por rama de actividad en el sector terciario (x)

Rama de actividad	Total por miles de habitantes	%
1. Electricidad, gas, agua y servicios sanitarios	17.7	1.8
2. Comercio	131.9	13.2
3. Transporte, almacenaje y comunicaciones	61.5	6.2
4. Servicios	278.7	28.0
5. Actividades y fabricaciones no bien especificadas	6.6	0.7
TOTALES	496.4	49.9

(x) Datos obtenidos de la Muestra de Anticipación de Resultados del IV Censo General de Población y II de Vivienda (1963).

Incluye: Ocupados y desocupados.

Excluye: A los sin información de rama de actividad y a los que buscan trabajo por primera vez.

Según Colin Clark: "un alto nivel de ingreso real por cabeza está siempre asociado a una alta proporción de población trabajadora ocupada en el sector terciario". Cuando los países han tenido un desarrollo económico ordenado muestran un trasiego de la población del sector primario al secundario y de éste al terciario; el sector terciario puede evidenciar así el grado de evolución económica de un estado. Un ejemplo permitirá ilustrar sobre este proceso.

TABLA N° 9

Distribución de los porcentajes de población activa de las EE UU en sectores (x)

AÑO	% de activos en sectores		
	Primario	Secundario	Terciario
1850	65	18	17
1900	37	29	34
1950	16	36	57

(x) Revista de Economía N° 42-43.

TABLA Nº 10

Distribución de porcentajes de población activa de los diferentes sectores en países con diferentes niveles de desarrollo económico (x)

SECTOR	% de población activa en el país			
	Dinamarca 1950 (1)	Nueva Zelanda 1951 (2)	Alemania 1950 (3)	Suiza 1950 (3)
Primario	25.5	19.6	26.4	16.9
Secundario ..	33.4	33.7	40.4	46.6
Terciario	40.9	46.7	33.1	36.3

(x) Revista de Economía Nº 42-43.

(1) País de economía que frecuentemente se toma de modelo.

(2) País cuya economía ofrece similitudes básicas con la nuestra.

(3) Países cuyo desarrollo económico está en el nivel superior.

En nuestro país, que evidentemente no ha cumplido su desarrollo económico en forma ordenada, la superioridad de población del sector terciario puede deberse a:

- Crecimiento de la Administración Pública.
- Búsqueda de ocupación en prestación de servicios por las personas desplazados del sector primario como consecuencia de la transformación capitalista y racionalizada de la estancia, que ha desplazado a la familia de los trabajadores.
- Insuficiencia del ahorro para formar bienes de capital.

Dada la falta de estimación de las necesidades de servicios y de datos precisos relativos a la producción de los mismos, no se puede apreciar si la disponibilidad actual es suficiente o no y si habrá superproducción en algunas ramas con insuficiencia en otras (como podría ser, por ejemplo en Salud Pública).

D — Conclusiones

1. La población activa del Uruguay asciende aproximadamente a un 39.2 % de la población total.
2. La tasa de desocupación asciende a un 12 % incluyendo a los que buscan trabajo por primera vez; y su mayor incidencia se da en el grupo de 25 a 34 años.
3. La ganadería y agricultura en el sector primario son las actividades preponderantes, ya que otras como las derivadas de la pesca están escasamente desarrolladas.

4. Hay bastante estancamiento del sector primario, que se trasunta en la forma de tenencia de la tierra (coexistencia de latifundio y minifundio) en la escasa mecanización y progreso técnico, y transformación de la gran empresa ganadera en gran empresa agrícola.
5. La producción es baja y no llega a cubrir la creciente elevación del consumo en algunos rubros, habiendo superproducción en otros.
6. Se nota un descenso de la población activa en el sector primario y un incremento de la misma en el sector terciario.
7. El desarrollo industrial ha estado sometido a fluctuaciones de las importaciones y en gran parte depende de la industria liviana derivada de la producción agropecuaria.
8. El Estado ha contribuido en parte al desarrollo industrial, tomando a su cargo la producción en algunos rubros y a través de su política fiscal y crediticia.
9. La falta de planificación de la industrialización (en base a la jerarquización de las necesidades existentes) ha determinado sobre todo, escasa producción, elevación de costos, y que las 3/4 partes de la actividad industrial se desarrollen en Montevideo.
10. El estancamiento de la producción agropecuaria impide el desarrollo industrial.
11. Se carece de personal técnico especializado y de mercado que lo utilice.
12. El crecimiento del sector terciario, que agrupa a un 52.6 % de la población activa del país, no traduce un alto grado de evolución económica.

CAPITULO II

INDICADORES SOCIALES

CAPITULO II

INDICADORES SOCIALES

A — Estratificación y movilidad social

La investigación social en nuestro medio está en su etapa inicial de desarrollo, de manera que las "conclusiones provisionales" pueden ser altamente susceptibles de error o cuestionables según la orientación del sociólogo que se tome como referencia. Por este motivo se han seleccionado datos de carácter muy general y sobre los que hay bastante uniformidad de criterio.

1. Clases Sociales

Se considera que existen en nuestro país, tanto en el medio rural como en el urbano, tres clases sociales, teniendo en cuenta el poder, prestigio y propiedad de sus integrantes a los cuales de derecho, todos los individuos tienen libre acceso. Tenemos así:

a. Clase Alta o Clases Superiores

Está integrado por grandes ganaderos, industriales y comerciantes, altos funcionarios e intelectuales. En su conjunto monopolizan las grandes empresas; son latifundistas por excelencia (1.150 personas poseen la tercera parte de la superficie explotada del país, según el censo agropecuario del año 1955); disponen de las mejores posibilidades educacionales, dentro y fuera del país; gozan de un alto grado de urbanización, están altamente organizados y tienen una gran conciencia de clase.

Su organización y poder se traducen en parte en las instituciones que los agrupan (tales como la Cámara de Industrias, la Cámara Nacional de Comercio, la Federación Rural) y a través de las cuales ejercen su acción sobre el gobierno.

b. Clases Medias

Están integradas por pequeños comerciantes, industriales, jefes, maestros, personas de formación técnica, secretarios, artesanos, pequeños agricultores, funcionarios públicos en general, sub-oficiales, etc.

Estos grupos siendo altamente heterogéneos, tienen como característica fundamental y común su gran aspiración a subir de clases, y cuando esto no es posible, su desesperado esfuerzo por permanecer en la misma. En su conjunto predominan sobre las demás clases, como puede apreciarse en las Tablas N^o 11 y 12.

c. Clases Populares, Bajas o Proletarias

Incluyen obreros en general, personal de servicio, peones rurales, personal de tropas, etc., quienes forman un grupo bastante homogéneo y de gran cohesión sobre todo en el medio urbano.

La organización obrera en nuestro país, se inició hacia el año 1875 y se ha mantenido hasta nuestros días.

La mayor combatividad del sector obrero se ha puesto de manifiesto en los grandes movimientos huelguísticos, aunque a veces éstos son más espectaculares que efectivos.

TABLA Nº 11

Distribución de la población del Uruguay por clases sociales en el año 1953 (x)

CLASES	% de la población
Superiores o altas	5
Medias	71
Populares o proletariadas	24
TOTAL	100

(x) Según datos obtenidos en "Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales", 1953.

TABLA Nº 12

Distribución de la población en Montevideo por clases sociales en el año 1959 (x)

CLASES	% de la población
Superiores	2,32
Medias	54,33
Populares	43,35
TOTAL	100,00

(x) Datos provenientes de la encuesta sobre Estratificación y Movilidad Sociales realizada en Montevideo en 1959.

2 --- Movilidad Social

En los últimos años se ha evidenciado la tendencia a la declinación de las clases medias, produciéndose un aumento gradual de las clases populares debido, quizá en gran parte, a la carencia de una organización que les de consistencia y las estabilice.

Conviene destacar que la movilidad social, según nuestros sociólogos ha sido relativamente intensa; inicialmente ascendente; luego se ha ido haciendo más lenta, o "pesada"; y en el momento actual quizá con carácter transitorio, se ha hecho descendente.

De todos modos las clases medias actuales, provienen sobre todo de otras clases medias, como consecuencia del esfuerzo de los padres por retener para sus hijos o familiares, las posiciones de sus categorías. La movilidad ascensional está limitada por el origen socio-profesional de los individuos, observándose que la mayor movilidad ocurre de un estrato a otro pero dentro de una misma clase. Teniendo en cuenta que las clases medias en el momento actual de hecho no tienen posibilidades de ascenso, y sí tendencia a descender, puede considerarse que el grupo de los técnicos está bien ubicado dentro de las clases medias ya que se mantiene bastante estable. Uno de los grupos más fuertes y organizados de las clases medias es el compuesto por los funcionarios públicos. Es muy posible que la acción de este grupo sea la que les transfiera mayor poder, dado que en nuestro país los empleos públicos cumplen una función política, al punto que la burocracia pública constituye una nueva clase media urbana, que cuenta con un importante grupo de leyes de excepción a su favor.

Cabe destacar, tal como lo demuestra la Encuesta del Bienestar Estudiantil, del año 1961, que los estudiantes de nuestra Escuela, pertenecen a las clases medias inferiores, dado que integran los grupos 2 y 3 de la escala socio-ocupacional utilizada en dicha encuesta y que aparece a continuación:

7. Grandes ganaderos, industriales, comerciantes, funcionarios, intelectuales.
6. Medios ganaderos, industriales, comerciantes, funcionarios, intelectuales.
5. Pequeños comerciantes o industriales, jefes, maestros.
4. Personas de formación técnica, secretarios, artesanos, pequeños agricultores.
3. Empleados de escritorio, funcionarios públicos en general, suboficiales.
2. Obreros calificados, apuntadores, trabajadores independientes.
1. Obreros en general, personal de servicio, tropa.
0. Religiosos, rentistas, amas de casa, estudiantes, desocupados y otros.

Como consecuencia de la constante demanda del sector obrero hacia los Poderes Públicos, la Legislación Social y Laboral, adquiere mayor desarrollo cada día. Sin embargo, la diversidad de agremiaciones existentes con tendencias filosófico-políticas opuestas les quita unidad y fuerza a estos movimientos.

El proletariado rural, en el momento actual muestra una franca tendencia a organizarse, puesta de manifiesto en la existencia de grupos de fuerte cohesión.

La organización de este grupo se ve afectada por los siguientes hechos:

- Escasa densidad de la población.
- Escaso contacto entre los habitantes (ocasionado en parte por el anterior factor y por la falta de urbanización del medio).
- El tipo de relación de trabajo existente.
- Desconocimiento de mejores condiciones de vida que le impiden sentir descontento con su situación de injusticia social.
- La acción de los partidos políticos, que promueven una legislación que se anticipa a las necesidades sentidas por el grupo.

La movilidad del grupo es fundamentalmente horizontal.

De este modo, vemos que la clase baja reúne a las personas cuyas posibilidades sociales están determinadas por un nivel mínimo de prestigio, de poder y de propiedad. Actualmente, como cosa transitoria u ocasional, los problemas se agudizan día a día con el aumento de las clases populares. Pueden considerarse excepcionales las posibilidades de débil movilidad ascensional que tienen algunos integrantes de esta clase, como por ejemplo, los obreros urbanos y rurales.

B — Pobreza extrema

Es conocido, el hecho de la carencia de recursos en general, de la clase baja, en la cual nuestros problemas sanitarios y económico-sociales se manifiestan en mayor proporción e intensidad. A fin de citar algunos de los mayores problemas, destacamos los de:

Saneariamiento, sobre todo en lo relativo a la vivienda: (Rancheríos, conventillos y "cantegriles"); prosmicuidad e ilegitimidad, sectores éstos de importancia capital del círculo clásico de "misericordia-falta de educación-enfermedad".

Como consecuencia de la transformación económico capitalista, y racionalizada de la antigua estancia, un gran número de familias se vieron desplazadas de las mismas, dando origen a los rancheríos, pequeña superficie explotada para dar de vivir a muchos. Aquí, donde sólo hay lugar para la miseria, enfermedad y falta de educación (expresados en parte en la gran cantidad de hijos y uniones ilegítimas, el hacinamiento y la prosmicuidad), se conjugan los problemas sociales nuestros que requieren solución más urgente. El medio urbano, conjuga en cambio, todos estos problemas en los llamados "cantegriles" o en los conventillos.

Los datos disponibles hasta el momento que pudieran permitirnos

cuantificar algunos aspectos relativos a pobreza extrema de nuestro país, se mencionan en los Capítulos I y II.

C — Libertades humanas y gobierno — Patrones culturales

La Constitución establece para el Gobierno de la Nación la forma Democrática Republicana, y asegura a los ciudadanos los derechos y prerrogativas de la libertad civil y política, propiedad e igualdad.

Sin embargo, es el sentir del grupo que de hecho el sentido de democracia se ha distorsionado en nuestro medio, en el que se está viviendo una generalizada crisis moral, política y ciudadana.

Las creencias, valores estéticos, ideas políticas y religiosas y además las formas de recreación que utiliza nuestra sociedad, así como el uso que hace de sus libertades, de conocerse en su real significación y extensión, permitirían determinar el carácter nacional.

En lo que a esto respecta, se observan diferencias del medio rural y el social urbano. Con frecuencia, los caracteres de la sociedad rural han sido considerados nacionales y se atribuye al uruguayo, lo que generalmente se ha atribuido al gaucho. Sin embargo al gaucho se le atribuyen rasgos contradictorios e innumerables, tales como: desconfianza, franqueza, fatalismo, valentía, pereza, tristeza, coraje, amor por la libertad y el juego, generosidad, crueldad, desprecio por su vida y la ajena.

Naturalmente que no podemos decir que todos estos atributos correspondan al uruguayo común de cualquier sociedad (rural o urbana; de las clases altas, medias o proletarias).

Entre los rasgos fundamentales del carácter nacional podrían considerarse:

1. Actitud de Recelo Hacia la Autoridad.

Se expresa en el hombre del medio rural bajo la forma de desprecio por la autoridad oficial y en el hombre de la ciudad como una propensión hacia el rechazo por las obras colectivas emprendidas o realizadas por la autoridad, aunque esto también quizá puede apreciarse en el hombre de campo, pero en menor grado.

Quizá sea esto lo que ha llevado a cierta ambivalencia en el carácter nacional con respecto al Estado: por un lado se critica y desconfía de todo lo que éste haga y por otro, se espera que todas las soluciones a los problemas provengan de él.

2. Impuntualidad

Típicamente nuestra, que puede ser el resultado de la indisciplina en el trabajo o por la incapacidad del uruguayo para hacer la distribución del tiempo, sobre todo si él debe autodisciplinarse.

3. Amistad

El uruguayo común es llano, abierto con cierta tendencia a la confianza de tipo personal y tiene el concepto de que la amistad es algo importante que implica una serie de deberes para con el amigo, de quien siempre se espera demasiado. Quizá sea ésto, lo que ha dado origen a la "gauchada" nuestra, que se exige como un maestro de amistad.

4. El Mate

El mate es una infusión que se prepara con hojas de yerba trituradas. Generalmente es "cebado" en calabazas "curadas". Se toma amargo o con azúcar. Al mate dulce suele agregarse cáscara de naranja, café, flor de clavo, yuyos y a veces se ceba con leche. El mate se toma a través de un tubo largo, la bombilla, a través del cual se absorbe. El extremo de la bombilla por el cual se "chupa" es achatado, y su base tiene una parte ensanchada y cerrada pero con pequeños orificios a través de los cuales pasa el líquido pero no puede pasar la yerba. Muchos tienen el hábito de escupir "la primera chupada" porque les desagradó su amargura o por superstición. Hay innumerables creencias acerca de cómo debe "prepararse y tomarse un buen mate", así como de sus significados de acuerdo a como sea cebado. Se toma a toda hora y con diferentes fines ya sea para refrescarse, como tónico, como aperitivo, para calentarse, como digestivo, etc. Se estima que el mate es a menudo un símbolo de sociabilidad cuando varios se reúnen a tomarlo, lo que generalmente hacen en un mate común.

Este hábito de "los materos" tiene también implicaciones sanitarias de importancia. Como se prepara con agua que ha sido hervida o contribuido a evitar ciertas infecciones gastro intestinales en medios en que no se dispone de agua potable. Esta infusión tiene además valor nutritivo. Según el estudio realizado por el Comité Interdepartamental sobre Nutrición para la Defensa Nacional (encuesta de nutrición, marzo - abril 1962), en una infusión de 10 gr. de yerba mate en 100 c.c. de agua a 180° F. y hervida durante 1 minuto se comprobó la existencia de: 0.230 mlgr. de riboflavina, 0.186 mlgr. de tiamina, 0.485 mlgr. de niacina y 3.064 mlgr. de ácido ascórbico. Desde el punto de vista sanitario existen objeciones para el uso del mate en su forma colectiva, o cuando este hábito ha sustituido al uso de la leche u otros alimentos de importancia.

Es importante destacar que este hábito se ha arraigado en todas las clases sociales, tanto en el campo como en la ciudad y que él implica cierta inversión de divisas ya que la yerba debe importarse —a menudo de Argentina, Paraguay y Brasil— porque la que existe en limitadas zonas de nuestro país —en Colonia y algunos parajes de Cerro Largo—

proviene de arbustos y resulta de gusto muy ácido-amargo y puede producir diarreas.

5. Viveza Criolla

Es a menudo la forma de evasión de compromisos y promesas no realizadas, o una expresión de oportunismo, que incluso se utiliza en situación de desgracia. La viveza criolla es aceptada socialmente.

6. Indiferencia Hacia el Hecho Político

Es característico del hombre común y de personalidades públicas. La adhesión a divisas de los partidos tradicionales es un rasgo común en el hombre uruguayo, quizá acentuando en el medio rural. Este fenómeno de marcada polarización hacia los partidos tradicionales se evidenció en la posada elección, en la cual alrededor del 91 % de los sufragios correspondió a las fracciones políticas tradicionales.

En nuestro país ser blanco o colorado, es a menudo una expresión de tradición, resultado de la educación familiar. La tendencia habitual del Partido Colorado ha sido la defensa de los industriales y la del Partido Nacional, la defensa de los estancieros.

Una de las funciones que cumplen los partidos tradicionales y que escapan al mundo político propiamente dicho, es la "intermediación de los ciudadanos con las instituciones estatales", función ésta considerada inmoral.

Los ciudadanos uruguayos, el día de la elección, impulsados por una tendencia, más que ideológica, emocional, —utilizando un método— electoral de real validez, votan en un elevado porcentaje. En 1962 se alcanzó alrededor del 77 % de sufragios en el total de habilitados para hacerlo, porcentaje que ya en 1920 se había alcanzado.

De acuerdo a datos obtenidos, la cantidad de mujeres inscriptas en la Corte Electoral, es inferior a la de hombres y con el agravante de que nuestra población femenina es mayor que la masculina, podríamos decir que la mujer uruguaya ha asumido menor responsabilidad cívica que el hombre.

Sin embargo la ciudadanía uruguaya no se siente comprometida con el gobierno que vota; a veces su solidaridad con el partido no va más allá del día de la elección. El hecho político está, para el uruguayo común, en un plano diferente al de sus diarias preocupaciones; por eso quizá el día de la votación vota con el sentimiento de que ese día "se resuelve el destino de la Nación", sin creer que está asimismo resolviendo su propio destino.

Los diferentes partidos políticos hacen una propaganda demagógica a menudo saturada de agravios entre los distintos grupos políticos, y cu-

ya argumentación básica consiste, actualmente en la carestía de la vida y la desvalorización de la moneda y como siempre se ha utilizado, la promesa del empleo público. El empleo público ha llegado a ser una especie de ideal criollo o nacional. Los partidos políticos dirigen su propaganda hacia todos los sectores de la población y entonces pierden toda consistencia ideológica. Pasado el acto eleccionario, los resultados del mismo se festejan con inusitada espontaneidad "en una especie de enorme ceremonia más deportiva que política". "Los partidos que ganan y los que pierden, tienen que hacer acuerdos inmediatos".

Los políticos en nuestro país, generalmente provienen de la clase alta y media; actúan como "caudillos" locales o nacionales y frecuentemente han heredado un apellido de tradición política, con lo cual se favorece su carrera a través de los comités y vida del partido al cual pertenecen. Los legisladores son generalmente abogados, médicos, contadores, periodistas, hacendados. El máximo poder político y control del país está en manos de unas 500 personas aproximadamente, las que a excepción de los diplomáticos y autoridades departamentales, viven en Montevideo. La ubicación de estas personas en la clase alta se fundamenta en el poder político que tienen y por su usufructo de los bienes públicos, ya que a veces, su renta es baja o su cargo es honorario; naturalmente que los sueldos de los más altos funcionarios son de los más altos que se pagan en el país (y según el I.U.D.L.O.P. en 1956 los más altos del mundo).

7. Humorismo

Tiene ciertas características autóctonas y aparece generalmente como función reguladora del individuo, con el cual señala sus sentimientos de inconformismo o rebeldía. A veces llega a representar estados de ánimo colectivo, una actitud general hacia determinado hecho, ya sea político o en relación con prejuicios morales. El humorismo universal no es aceptado, salvo que tenga cierto carácter nacional sobre-agregado.

El uruguayo posee un carácter melancólico que se evidencia, entre otros casos, por su expresión folklórica y formas de recreación.

8. Ideas Religiosas

Han tenido una importancia muy relativa en nuestro país. El gaucho fue creyente por temor a lo sobrehumano y frente a los peligros; a veces la religión tenía para él el valor de una costumbre o simplemente una condición impuesta por el bautismo. Sus ideas religiosas frecuentemente estaban unidas a lo mágico. Por este motivo aparecía como sugestionable, bien dispuesto al curanderismo, mediante el uso de yerbas o de árboles o simplemente por palabras (venceduros) que en general, se asociaban

a símbolos religiosos (oraciones, señal de la cruz, etc.). Este carácter sugestionable se observa hoy día en nuestras sociedades rurales, incluso en medios urbanos. Este apego a las supersticiones se manifiesta también en el uso de reliquias y creencias que, verdaderas o falsas, llevan a ciertas conductas o actitudes de la gente. En la actualidad, son pocas las familias que hacen el ejercicio activo de la religión. Aunque el sentimiento religioso no es un rasgo predominante en nuestro país, se observa un predominio de la religión católica. Existe, sin duda, absoluta libertad de hecho y derecho, de profesar cualquier religión o creencia en nuestro país.

9. Valores Morales

Hay un descenso de los valores morales que se manifiesta frecuentemente en hipocresía y cobardía; en la existencia de "coimas" y "muñequeros" que han invadido hasta la Administración Pública. En lo que se refiere a Ética Profesional, a veces se llega al extremo de utilizar la trampa sin abandonar el amparo de la ley.

La "Nouvelle Vague" es adicta al dinero, al culto de las apariencias, a la vida superficial y al "snobismo".

10. Formas de Recreación

Conviene destacar la carencia de datos provenientes de estudios sobre las mismas. La información obtenida corresponde en gran parte a la encuesta realizada por el U. I. D. L. O. P. en muestra tomada sobre Montevideo en el año 1955.

De ella se puede deducir que los montevidianos:

- Casi el 40 % escucha la radio una hora por día. Los mejores radioescuchas son los jóvenes y los ancianos. Cuanto menor es la educación recibida más se escucha radio.
- Había una tendencia hacia las diversiones universalizadas o democratizadas, tales como cines, teatros, fútbol y carreras, siendo éste el orden de predilección del público.
- Nuestro pueblo leía sobre todo diarios, revistas, y en menor proporción libros. El 26 % de la población montevideana parecía dedicar entre una hora y una hora y media a esta lectura. Los más educados y los más jóvenes leían más.
- El tiempo dedicado a las amistades y a conversaciones y relaciones familiares era escaso; el primero, alrededor de una hora, y el segundo de una a tres horas.

Según Mario Benedetti, las sesiones cómicas de diarios; semanarios, revistas y programas radiales, es lo que más atrae de ellos; parece haber

una tendencia natural del uruguayo a la picardía, a encontrar el "doble sentido" de las cosas.

El hombre menos educado, sólo lee diarios y revistas y es el que más escucha radio, a pesar de la indisimulada estructura comercial que éstos tienen.

La producción de libros nacionales está limitada fundamentalmente por escasez de mercado nacional y por el alto costo de los mismos, lo que lleva a que los escritores nacionales sean pocos y tienden a resignarse frente a dichos problemas, que les impiden vivir de su producción literaria. Actualmente ha habido una iniciativa, de los escritores nacionales en hacer llegar sus obras a un mayor número de población a través de la Feria del Libro.

Hipotéticamente, se requieren 3.000 uruguayos para que se produzca la compra de un libro uruguayo (los tirajes corrientes son de 1.000 ejemplares). En los últimos años, la televisión ha producido verdadero impacto en nuestro medio, provocando dificultades económicas a la difusión colectiva y retracción del público que asistiera a los cines y teatros en la ciudad de Montevideo y en ciudades vecinas. Sin embargo, se estima, que el cine sigue siendo el espectáculo preferido (alrededor de 12 a 13 millones de espectadores en Montevideo en 1962). Parece ser que el cinematógrafo recupera el público en todos los países del mundo, quizá por los espectáculos diferenciales que está ofreciendo: superproducciones y cine arte; y en nuestro medio, porque pasó ya la etapa inicial de sensacionalismo de la televisión. Asimismo, parece ser que la televisión ha provocado una disminución local en las actividades recreativas de tipo bailable.

11. Valores Estéticos

No parecen muy socorridos en nuestro país. La escasa concurrencia a museos y el desconocimiento de los artistas nacionales son expresión de ello. Esto podría explicar la clausura del Museo de Bellas Artes por espacio de 10 años y que los grabados de Antonio Frasconi sean desconocidos en el país y sí expuestos en el Museo de Arte Moderno de Nueva York.

El teatro nacional, aunque ha alcanzado prestigio exterior, no cuenta habitualmente con público numeroso. Debemos destacar que en los últimos años ha habido un movimiento cultural de desarrollo de los teatros independientes. Los actores, pintores y escultores uruguayos opinan que aquí no se puede "llegar a nada", porque "no hay eco", escudando quizá su carencia de espíritu de sacrificio.

D — Educación

En el campo de la educación se siente también la carencia de datos

básicos adecuados. Según la C.I.D.E. la proporción de los gastos del sector educación y cultura dentro del producto nacional bruto pasa de 2.3 % en 1955 a 2.9 % en 1961. En el año 1961 dicho porcentaje alcanza al 3.1 % incluyendo las economías de los Entes. Las cifras indican que Uruguay gasta en Educación y Cultura una proporción menor del producto nacional bruto que los países desarrollados los cuales superan el 4 % y una proporción mayor que los demás países de América Latina los que solo gastan 1.5 % y 2 %. Debemos destacar que en el sector Educación y Cultura se incluyen, conjuntamente con los Entes de las cuatro ramas de la enseñanza, al S.O.D.R.E., Liceo Militar, Biblioteca Nacional, Comisión Nacional de Educación Física, Museos, Escuelas de Sanidad y Servicio Social y en parte al Ministerio de Instrucción Pública y Previsión Social. Nuestro país está entre los que con mayor frecuencia no figuran en la documentación internacional comparada. Los estudios demográficos que se han realizado, muestran una divergencia tan grande que conviene ponerla de relieve para que se advierta el grado de inseguridad con que se trabaja. No obstante, algunos estudios parciales realizados nos ofrecen la siguiente información:

- El Estado realiza en nuestro país, el mayor esfuerzo educativo.
- Existe gratuidad absoluta de la enseñanza.
- Existen cuatro ramas de la enseñanza dependiendo de Instituciones diferentes:
 - Enseñanza Primaria.
 - Enseñanza Secundaria.
 - Universidad del Trabajo.
 - Universidad de la República.
- No hay una política educacional unitaria en el país entre sus cuatro ramas.

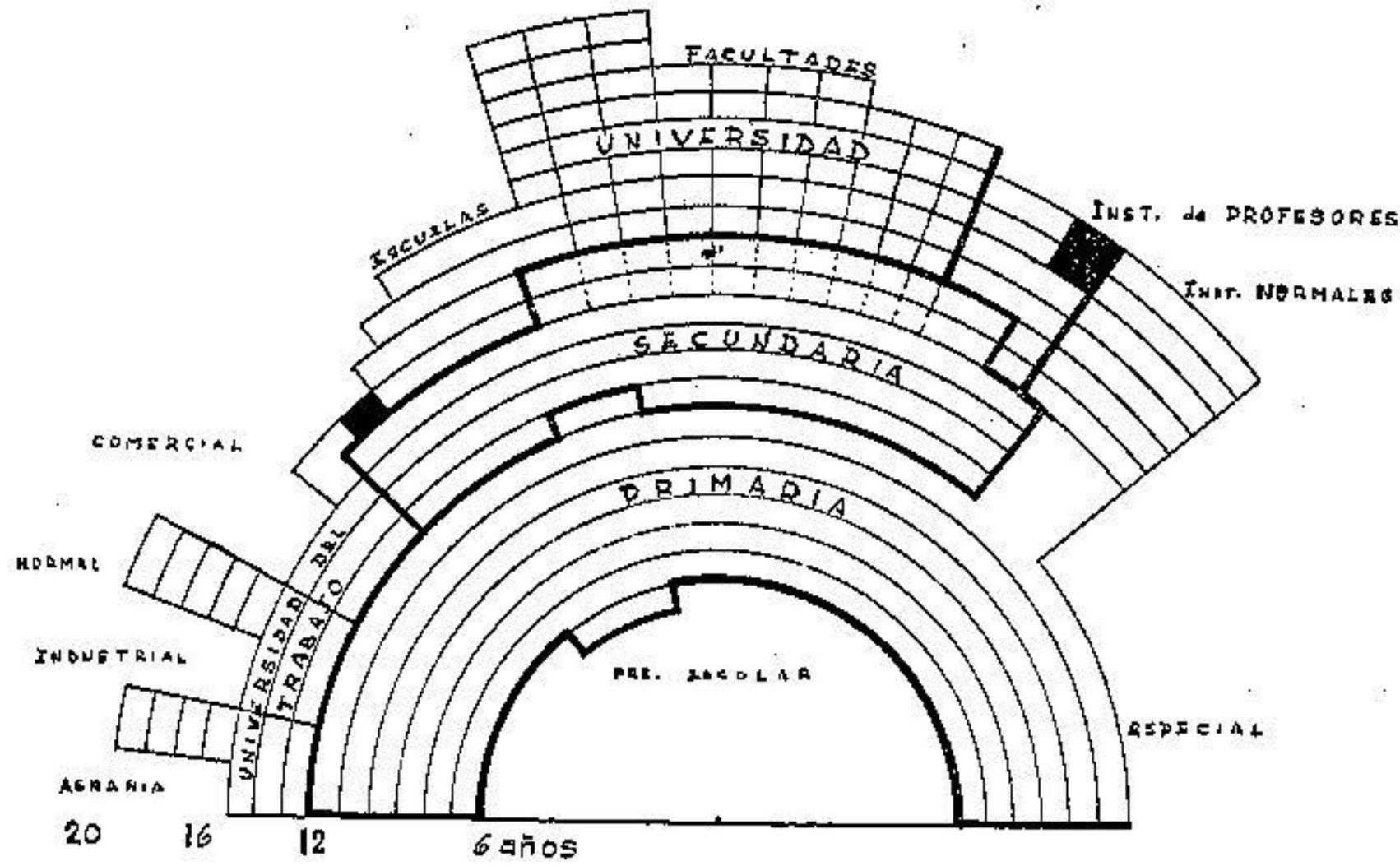
El Esquema Nº 2, que aparece más adelante, muestra la "Relación de las cuatro ramas de la enseñanza en el Uruguay para 1961". En él puede apreciarse:

- El total de años de estudio que comprende cada rama.
- La edad habitual de la población estudiantil en cada una de las ramas.
- La proporción de población estudiantil que continúa en las diferentes ramas posteriores a la enseñanza primaria.
- La falta de conexión entre las diferentes ramas, a excepción de la relativa continuidad entre el segundo ciclo secundario y la enseñanza universitaria.

—La Universidad no abarca toda la enseñanza superior del país, de acuerdo a sus fines; dos evidencias de ello son la ubicación del Instituto de Profesores de Enseñanza Secundaria y la ubicación de los Institutos Normales de Enseñanza Primaria.

En nuestro país, la educación intencionada e institucional se realiza en centros públicos y privados y se cumple en tres etapas: Primaria, Secundaria y Universitaria.

Relación de los cuatro ramos de la Enseñanza en el Uruguay. Año 1962 (*)



(*) ROQUE FARAONE — Educación y Desarrollo a Nivel de la Enseñanza Media — Montevideo. 1962.

1. Enseñanza Primaria

Se estima que la población escolar oscila en un 14 % de la población total. La Escuela Pública en el año 1961 tenía una población de 263.777 alumnos y la Escuela Privada 67.905 alumnos.

CUADRO Nº 2

Estudio comparativo de población escolar en Escuelas Públicas y Privadas (x)

AÑOS	Total de inscripción en escuelas urbanas		TOTAL	Inscripción escuelas rurales		Total general de población
	Público	Privada		Público	Privada	
1959	194.937	61.110	256.047	57.459	385	313.891
1960	198.550	64.102	262.652	57.522	242	320.416
1961	205.025	67.638	272.663	58.752	267	331.682

(x) Datos obtenidos en el Consejo Nacional de Enseñanza Primaria y Normal. Departamento de Investigación y Estadística Educativa. Marzo 1962.

a) Problemas Educativos

a1) Deserción

Los estudios realizados sobre la enseñanza en general han demostrado que la mayor deserción se produce a nivel de enseñanza primaria.

TABLA Nº 13

Inscripción de alumnos por año, grado y porcentaje con respecto a la inscripción de 1º de Enseñanza Primaria (x)

E. PRIMARIA		Urbano		Rural		Totales	
Año	Grado	Nº de alumnos	Percent. %	Nº de alumnos	Percent. %	Nº de alumnos	Percent. %
1953	1er.	50.649	100	20.568	100	71.217	100
1954	2do.	42.404	83.72	12.985	67.74	55.309	77.66
1955	3ro.	39.536	78.06	10.414	50.63	49.950	70.13
1956	4to.	34.338	67.79	8.199	39.86	42.537	59.73
1957	5to.	29.271	57.79	3.664	17.81	32.935	46.24
1958	6to.	24.913	49.18	2.406	11.69	27.319	39.36

(x) Datos obtenidos en el Consejo Nacional de Enseñanza Primaria y Normal. Departamento de Investigación y Estadística Educativa. Mayo 1953.

Como lo muestra la Tabla N° 13 la mayor deserción escolar se produce en el medio rural; y en el medio urbano de casi 100 niños que ingresan, escasamente lo mitad terminan el ciclo escolar. En el medio urbano la principal causa de deserción está dada por el hecho de que el niño trabaja para contribuir al mantenimiento del hogar, esto se acentúa a nivel de 4to. año escolar. En el medio rural también el factor económico es una de las causas más importantes. Las familias numerosas necesitan que el niño trabaje desde muy temprana edad.

La distancia también impide el acceso a las Escuelas, puesto que el niño debe caminar a veces hasta 6 u 8 kilómetros.

No hay medios de transporte suficientes.

Hay carencia de material, tales como libros, cuadernos, calzado, ropa, alimentación.

El latifundio trae desarraigo de la familia campesina, despuebla el campo y debilita la educación.

Hoy inadecuación de la preparación y extracción del personal docente a las necesidades de la población del medio rural.

En el medio rural, de 100 niños, alrededor de 11 completan el ciclo escolar.

a2) Repetición

La repetición es muy alta en la Escuela Primaria. La C.I.D.E. la ha estimado en un 25 %. En los países mas desarrollados se ha logrado disminuir a un 15 %. La repetición es aun más alta en el primer año escolar que en el medio rural alcanza a un 40 % y en el medio urbano a un 36 %. Se eleva más en la Escuela Pública que en la privada.

Las causas principales están muy interrelacionadas y se pueden resumir en:

- Asistencia muy irregular, sobre todo en el medio rural.
- Deficiencias relativas a cantidad de maestros, locales y materiales didácticos.
- Año escolar muy corto, que significa un promedio de concurrencia diaria de dos horas en el año.
- Retroso mental de carácter sub-cultural. Hay una relación entre el nivel social y el desarrollo intelectual; el niño puede tener potencialidades intelectuales normales pero el medio no favorece su desarrollo, sino que favorece el retraso mental que puede llegar a hacerse irreversible.

a3) Analfabetismo

La cifra más aceptada es alrededor de 200.00, que oscila en un

9 % según los datos primarios del Censo de Población de 1963. Unesco establece un 15 %.

La diferencia entre el dato oficial y el de Unesco reside en el distinto concepto que sobre Analfabetismo sostiene cada organismo.

—Para nuestra Constitución es Alfabeto "aquel que sabe firmar su nombre".

—Para Unesco es Alfabeto aquella persona que puede valerse de la escritura para describir pequeños hechos diarios; puede leer y entender un texto breve y tiene dominio elemental de 2, 3 o 4 operaciones de cálculo.

Existe una relación con el problema de deserción. Una persona con dificultades en la escritura, lectura y pequeños cálculos que abandone la escuela y pase a vivir en un sitio donde hay muy pocos medios de difusión y donde no pueda ejercitar estos conocimientos, entra en un proceso de regresión; puede así convertirse en un analfabeto, porque la lectura y la escritura son elementos instrumentales que se mantienen con el uso y desaparecen con el desuso.

En un estudio llevado a cabo por el señor Julio Castro en el año 1957, entre alumnos que abandonaron la escuela antes de finalizar el ciclo escolar, encontró que:

—18 % leen y escriben sin dificultad.

—38 % apenas pasan los requerimientos establecidos por Unesco para ser considerados alfabetos.

—44 % no leen ni escriben no obstante haber cumplido 5 años 1/2 en la escuela.

En nuestro país el analfabetismo se ve acentuado en el medio rural ya sea por la dificultad de reunir el número mínimo de niños para abrir una escuela y/o debido a factores geográficos, atmosféricos, etc., que impiden a los niños llegar a la escuela. Para estos problemas el país no ha encontrado aun la solución.

2. Enseñanza Media

Entendemos por Enseñanza Media el nivel post-primario destinado a la etapa final de la niñez, la adolescencia y a veces el comienzo de la juventud y en el cual los servicios educativos cumplen diversas finalidades, primordialmente los de ampliación de la formación cultural y la capacitación profesional media.

En nuestro país la mayor parte de la Enseñanza Media la brinda el Estado y comprende dos ramas separadas autónomas, la enseñanza cul-

tural llamada también "General" o "Secundaria" a cargo del Consejo Nacional de Enseñanza Secundaria y la enseñanza técnica, denominada a veces "Vocacional" o de "Arte y Oficio" que corresponde a la Universidad del Trabajo.

a) Enseñanza Secundaria

La finalidad de la Enseñanza Secundaria a pesar de haber sido concebida en el doble carácter de contribuir a ampliar la cultura general escolar y preparar para la enseñanza superior, en los hechos, debido fundamentalmente a la composición social del alumnado de la época en que se organizó el servicio y en la forma que aun hoy se mantiene, se orientó principalmente hacia la preparación pre-universitaria.

Esta enseñanza se cumple en dos ciclos: 1er. ciclo llamado liceal que abarca los primeros 4 años y 2do. ciclo llamado preparatorios, los 2 años siguientes.

Los planes, con ligeras modificaciones, tienen casi dos generaciones.

La cultura avanza en forma muchos más rápida y los planes son anacrónicos.

Muchos programas se encuentran en igual situación. La metodología en el orden doctrinario es casi inexistente; en el orden práctico, debido a la irregular formación del cuerpo docente y a la inexistencia de material y publicaciones, es atrasada.

Sin embargo, en este momento el organismo ha iniciado una experiencia focalizando ciertos cambios de estructura y contenido con carácter experimental en el primer ciclo.

En el ciclo liceal, la actividad de la Enseñanza Secundaria se reparte entre el interior y la capital en liceos públicos y privados como lo muestra la Tabla N° 14 y el Cuadro N° 3.

TABLA N° 14

Distribución del alumnado en el primer ciclo de Enseñanza Secundaria para el año 1961 (x)

SUBSTRATO	N° alum. en liceos públicos	Percent. %	N° alum. en liceos privados	Percent. %	Totales	Percent. %
Interior	23.694	50.3	3.038	26.6	26.732	45.7
Capital	23.398	49.7	8.256	73.4	31.654	54.3
TOTALES .	47.092	100	11.294	100	58.386	100

(x) Datos obtenidos en el Consejo Nacional de Enseñanza Secundaria.

CUADRO N° 3

Relación entre el número de liceos públicos y privados (x)

	1940	1945	1950	1955	1959
Públicos	33	41	55	64	81
Privadas	30	35	41	60	77

(x) Educación y desarrollo a nivel de la Enseñanza Media. Roque Faraone. Año 1963.

En el interior existen muchos centros urbanos importantes y pequeñas unidades urbanas y suburbanas atendidas por numerosos liceos. (Para el año 1959, 62 liceos). Según el profesor Roque Faraone, si bien es cierto que es saludable que sea tan numeroso el alumnado del interior, nada permite afirmar que esa proporción sea la deseable para atender los requerimientos de la población.

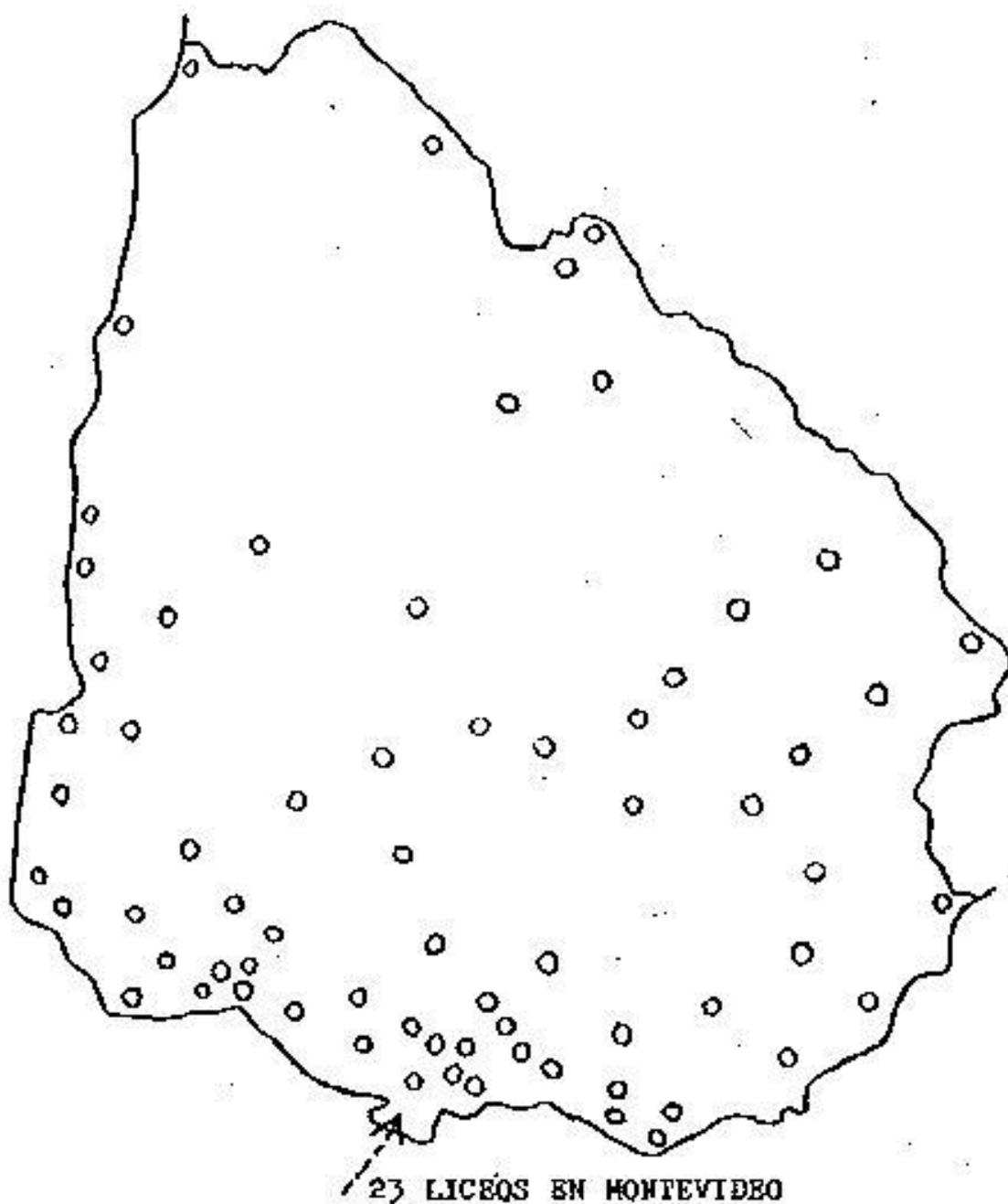
Es de presumir que las dificultades de comunicaciones demandarían aun un mayor esfuerzo del Estado para abrir un mayor número de liceos apropiados, en unos casos, y brindar medios para el desplazamientos de los alumnos en otros.

La distribución geográfica de los liceos públicos de nuestro país es heterogénea, tal como se aprecia en el Esquema N° 3.

En el segundo ciclo de Secundaria para el año 1961 había 14.489 estudiantes en todo el país incluyendo a los de Institutos Privados, como se aprecia en el Cuadro N° 4.

ESQUEMA Nº 3

Distribución geográfica de los 81 liceos públicos del país (x)



(x) Educación y desarrollo a nivel de la Enseñanza Media. Roque Farrone, Año 1959.

CUADRO Nº 4

Distribución del alumnado del 2do. ciclo de Enseñanza Secundaria Año 1961 (x)

SUBSTRATO	Nº de alumnos en Instituciones Públicas	Nº de alumnos en Instituciones Privadas	Total
Interior	3.654	(1)	3.654
Capital	9.684	1.151	10.385
TOTALES	13.338	1.151	14.489

(x) Roque Faraone. Educación y desarrollo a nivel de la Enseñanza Media.

(1) Se carece de datos.

A este nivel se produce la casi total polifurcación cultural.

Hay desproporción grande entre las carreras vinculadas a la producción económica y los restantes, como se puede observar en el Cuadro Nº 5.

CUADRO Nº 5

Distribución de la población de Enseñanza Secundaria de los diferentes preparatorios en Montevideo e Interior — 1961 (x)

PREPARATORIO	Oficiales	Capital Habilitados	Total	Interior
Medicina	1.698	208	1.906	820
Odontología	93	4	97	32
Farmacia	—	33	33	146
Veterinario	198	1	199	4
Química Industrial	29	16	45	3
Derecho	1.761	338	2.099	805
Notariado	875	146	1.021	481
Ciencias Económicas	1.018	98	1.116	307
Ingeniería	566	68	634	43
Arquitectura	944	78	1.022	286
Agrimensura	93	—	93	—
Agronomía	175	54	229	62

(x) Cuadro elaborado con datos recogidos en el Consejo Nacional de Enseñanza Secundaria.

a) Problema de deserción en Secundaria

Enseñanza Primaria y Secundaria tienen identidad de esencia. A ambos interesa que la educación sea popular porque el país así lo requiere. Por eso no pueden ser selectivos.

Hay diferencia esencial con la enseñanza profesional; al país le interesa cierto número de profesionales que sean buenos. Se pierde en generalidad y se gana en selectividad. Conviene destacar que dentro del actual sistema educacional del país, la selectividad a nivel de preparatorios y de la Universidad se hace fundamentalmente en base a la deserción.

La deserción a nivel de 4to. año de Secundaria puede deberse a:

- Terminar un ciclo.
- Comenzar a trabajar.
- Pasar a la U.T.U.
- No tener donde continuar el 2do. ciclo de Secundaria.

a2) Otros problemas

El crecimiento de la población en la Enseñanza Secundaria ha presentado graves problemas no atendidos:

- Diversificación de planes atendiendo al alumnado con déficits físicos o psíquicos.
- Diversificación de liceos atendiendo la distinta población estudiantil adulta y adolescente.
- Creación de servicios asistenciales en materia socio-económica, médica, psico-pedagógica y vocacional.
- Expansión de preparatorios a todas las capitales del interior antes de 1952 sin previsión presupuestal.

b) Universidad del Trabajo.

La U.T.U. tiene asignada finalidades de educación media, técnica o brindarse a adolescentes post-primarios y finalidades de capacitación profesional media, para una población de mayor edad y de mayor preparación.

Está aun sin definir cuál es la más importante desde el punto de vista educativo y de productividad.

Acorde a un mal nacional, la U.T.U. intenta intelectualizar a su alumnado; hace en función de este intento, una enseñanza escolástica con desarraigo de los naturales intereses, por el prejuicio de "cultura desinteresada" que hoy en nuestro país.

Hay en ella una fabulosa deserción, porque cuando alcanzan una escasa preparación se van a trabajar a un taller.

Como característica general del servicio en materia de planes y orientaciones, se ha notado una movilidad mucho mayor en la U.T.U. que en Secundaria.

En 1949 se elaboraron los nuevos planes de estudio, que representan un avance sobre la historia anterior.

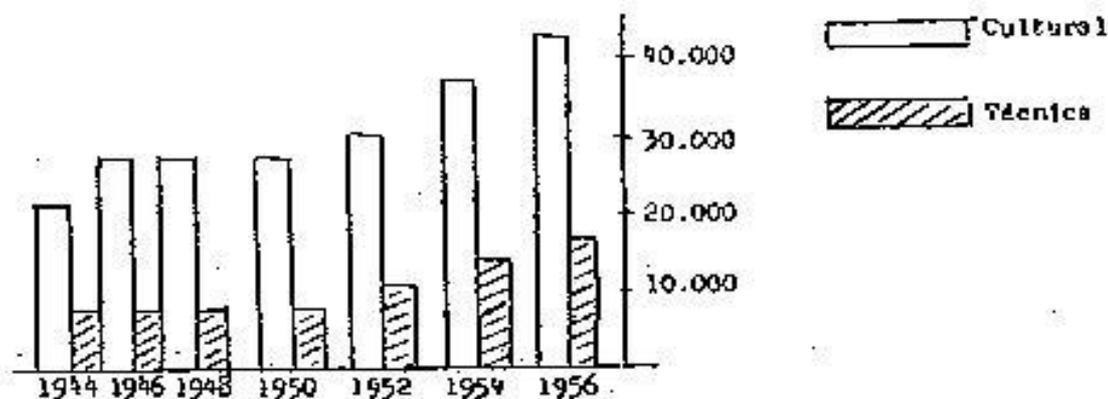
En ese momento se incorporaron las disciplinas de formación cultural. Este cambio fue complementado con la exigencia del 6to. año escolar.

La U.T.U. tal vez por sus múltiples funciones tiene una ductilidad mucho mayor que Secundaria, aunque tiene aun problemas de gran envergadura:

- El problema de la finalidad o prioridad de finalidades.
- El problema de sus orientaciones técnicas.
- Tanto en la capital como en el interior la demanda de técnicos especializados es superior al número que la U.T.U. gradúa.
- Carencia de capital suficiente para la enseñanza; instalaciones insuficientes, material de enseñanza limitado.
- En el personal docente prevalece la preparación técnica y se estima insuficiente la preparación pedagógica. Por otro lado, la heterogeneidad del alumnado, en su composición por edades, hace más compleja la labor y eleva la importancia relativa de la metodología.
- Por último, la necesidad de orientar vocacionalmente entre técnicas múltiples sin contar con medios adecuados.
- A pesar de que este aspecto de la orientación constituye un problema especial, generalizado y de importancia propia, es de justicia señalar que la U.T.U. está realizando algunos esfuerzos en ese sentido.
- Existe una gran diferencia numérica entre el alumnado cultural y técnico de la Enseñanza Media como se pone de manifiesto en la Gráfica N° 1.

GRAFICO N° 1

Relación entre el alumnado cultural y el técnico de la Enseñanza Media, en su evolución desde 1944 a 1966 (x)



(x) Profesor Roque Farone.

Del gráfico puede deducirse:

- Estoncomiento de la enseñanza técnica debido a que el número de alumnado permanece casi estable.
- Menosprecio de la actividad técnica y quizá contribuya a esto que después de egresar de la rama cultural, se pueden obtener ingreso a la Universidad y/o actividades económicamente atractivas (Banco, Comercio).

3. Enseñanza Superior

La Universidad de la República, según la Ley Orgánica, "tiene a su cargo la enseñanza pública superior en todos los planos de la cultura, la enseñanza artística, la habilitación para el ejercicio de las profesiones científicas y el ejercicio de las demás funciones que la ley le encomiende.

Le incumbe asimismo, a través de todos sus órganos en sus respectivas competencias, acrecentar, difundir y defender la cultura; impulsar y proteger la investigación científica y las actividades artísticas y contribuir al estudio de los problemas de interés general y propender a su comprensión pública; defender los valores morales y los principios de justicia, libertad, bienestar social, los derechos de la persona humana y la forma democrático-republicana de gobierno. La libertad de cátedra es un derecho inherente a los miembros del personal docente de la Universidad.

Se reconoce asimismo a los órdenes universitarios, y personalmente a cada uno de sus integrantes, el derecho a la más amplia libertad de opinión y crítica en todos los temas, incluso aquellos que hayan sido objeto de pronunciamientos expresos por las autoridades universitarias".

La Universidad, al igual que los otros organismos de la enseñanza, es un Ente Autónomo en lo administrativo, técnico y financiero. Recibe como alumnos a todos aquellos que demuestren haber cumplido las exigencias de los ciclos secundarios. No existe un número limitado de plazas u otros sistemas de selección en los institutos docentes, a excepción de Enfermería y Escuela de Técnico Rural.

En 1960, el número de alumnos universitarios alcanzó a 15.433.

La expansión de la Enseñanza Media, lleva estudiantes de menores posibilidades económicas a la Universidad, pero que más adelante se ven imposibilitados para continuar su preparación. Se estima que en 1957 ingresaron 2.945 estudiantes y en 1963 egresaron 620 nuevos profesionales. A través de esta cifra se evidencia que la productividad de la Universidad en el término de 6 años alcanza a sólo un 21 %.

Debido a que no existe una limitación de ingreso a la Universidad se hace muy difícil para la misma prever el aumento de estudiantes, y por lo tanto la preparación para recibirlos. El número de egresados es sensiblemente menor a la cifra de ingreso, pero debe tenerse en cuenta que

siendo la Universidad el centro principal de nuestra cultura, concurren a sus aulas quienes no persiguen la obtención de un título profesional, sino conocimientos de ciertas disciplinas que en ellas se enseñan con otros fines.

De cada cuatro estudiantes que ingresan a Facultad, se gradúa 1.

En los Cuadros Nros. 6 y 7 puede apreciarse que:

—Dentro de las Escuelas:

—El mayor ingreso corresponde a Bellas Artes y el menor al Conservatorio.

—Los estudiantes de la Escuela de Enfermería son todos del sexo femenino a pesar de que la inscripción está abierta a los dos sexos. En años posteriores ha habido 3 ingresos de estudiantes del sexo masculino.

—Dentro de las Facultades:

—El mayor número de ingresos están en Derecho y Ciencias Sociales, Humanidades y Ciencias y Medicina, y el menor número en Veterinaria, Agronomía, Química e Ingeniería.

—En todo el estudiantado universitario hay un predominio del sexo femenino acentuado este rasgo en Humanidades y Ciencias, Derecho y en las Escuelas.

CUADRO Nº 6

Ingreso de estudiantes registrados en 1960 en las diferentes Facultades y Escuelas de la Universidad de la República (x)

	Total	Masculino	Femenino
Escuelas			
Auxiliares del Médico	175	29	146
Bellas Artes	244	103	141
Bibliotecaria	50	5	45
Conservatorio	13	3	10
Enfermería	35	—	35
Servicio Social	78	9	69
Facultades			
Agronomía	92	85	7
Arquitectura	280	204	76
Ciencias Económicas y Administración	321	194	127
Derecho y Ciencias Sociales	794	347	447
Humanidades y Ciencias	660	199	461
Ingeniería y Agrimensura	87	84	3
Medicina	518	285	233
Odonatología	115	43	72
Química	88	40	48
Veterinaria	53	42	11
TOTAL	3.603	1.672	1.931

(x) Doctor Mario Cassinani, Publicaciones de la Universidad en el año 1961.

CUADRO N° 7

Ingreso de estudiantes registrados en 1961 en las diferentes Facultades y Escuelas de la Universidad de la República (x)

	Total	Masculino	Femenino
Escuelas			
Bellas Artes	105	52	53
Biblioteca	58	5	53
Conservatorio de Música	23	8	15
Enfermería	42	—	42
Servicio Social	53	11	42
Facultades			
Agronomía	83	77	6
Arquitectura	263	199	64
Ciencias Económicas y de Administración	266	183	83
Derecho y Ciencias Sociales	691	315	376
Humanidades y Ciencias	848	204	644
Ingeniería y Agrimensura	84	78	6
Medicina	533	278	253
Odontología	111	45	66
Química	68	31	37
Veterinaria	48	33	15
TOTAL	3.274	1.519	1.755

(x) Doctor Mario Cassinoni, Publicaciones de la Universidad en el año 1961.

E — Ilegitimidad

La ilegitimidad en nuestro medio es un problema de real magnitud; basta tener en cuenta algunas cifras. En el año 1948, en un total de 42.612 nacimientos registrados, 31.600 corresponden a hijos legítimos y 11.012 (el 25 % del total) a hijos ilegítimos. En años posteriores, el porcentaje de hijos ilegítimos varía entre el 25 y 30 %. Estos porcentajes son variables en las diferentes zonas del país.

TABLA Nº 15

Distribución de porcentajes departamentales de ilegitimidad sobre el total de nacimientos en 1942 (x)

DEPARTAMENTO	% del total de nacimientos
Salto	47
Artigas	41
Paysandúa	36
Río Negro	36
Soriano	35
Tacuarembó	33
Rivera	30
Trenta y Tres	29
Cerro Largo	29
Rocha	28
Montevideo	19
Maldonado	18
Canelones	13
San José	12

(x) Doctor C. Rama, Ensayo de Sociología Uruguaya.

La ilegitimidad no ha sido estudiada en nuestro país; de ahí la carencia absoluta de datos concretos acerca de cuáles son sus variaciones entre los diferentes clases sociales y cuáles son sus porcentajes en el medio rural y el urbano.

Sabemos que en cualquier clase y medio puede ser fruto del abandono de los hijos por parte de uno de sus progenitores (generalmente el padre), y/o por concubinato permanente y por unión esporádica. A pesar de no disponerse de datos exactos, se reconoce que la ilegitimidad es más altamente frecuente en el medio rural que en el urbano, posiblemente como consecuencia de que:

- El peón sólo en casos excepcionales vive en familia jurídicamente constituida, ya sea por desconocimiento de la ley, por la falta de importancia con que ve a ésta o muy frecuentemente, por la rechazada que es su familia en la estancia.
- La estadía del peón en la estancia es transitoria; quizá ésto explica, entre otras cosas, la posible relación existente entre la ilegitimidad y la forma de explotación de la tierra.
- Se desconocen los procedimientos anticonceptivos y que impiden el parto.

- Hay gran distancia entre los habitantes (a veces tienen que recorrer más de 100 kilómetros para conseguir un testigo o al juez).
- Hay pocas vías o medios de comunicación.
- Los recursos económicos son escasos.
- Se acepta la ilegitimidad o las causas que la provocan, con gran naturalidad.

F — Prostitución

Según datos recogidos en el Octavo Congreso Médico Social Panamericano (Marzo 1964), en el Uruguay continúa en vigencia la Ley Orgánica del M.S.P. de 1934, mediante la cual las prostitutas son sometidas a control sanitario.

Actúan en Montevideo alrededor de 1.000 prostitutas, de las cuales aproximadamente 800 realizan el meretrício callejero y el resto en prostíbulos habilitados oficialmente.

La gran mayoría están sometidas a control sanitario. Las que realizan el meretrício callejero en diferentes zonas de la ciudad son prostitutas callejeras que ejercen su oficio en prostíbulos clandestinos.

En el Interior del país ejercen la prostitución reglamentariamente alrededor de 800 mujeres en prostíbulos habilitados.

G — Aborto

Según estimaciones realizadas en la clínica del profesor Hermógenes Alvarez, de 200.000 embarazos anuales se producen 50.000 partos y 150.000 abortos provocados. La relación sería de 1 parto y 3 abortos aproximadamente.

Esta es de las cifras más elevadas del mundo. En los países donde está autorizado el aborto las cifras no sobrepasan de 1 parto y 1 aborto.

H — Divorcio

La tasa de divorcio ha experimentado un fuerte aumento en las últimas décadas, pasando de 0.02 o/oo habitantes en el año 1908 a 0.60 o/oo en el año 1960.

I — Crimen y delincuencia

Sobre este indicador no se obtuvieron datos concretos.

J — Conclusiones

1. La diferenciación social de nuestro país es grande y traduce las desigualdades de poder, prestigio y propiedad de las personas que integran los diferentes grupos, aunque estas desigualdades son menores que en otros países sudamericanos.
2. Las clases superiores se caracterizan:
 - a) Por su alto grado de urbanización, porque monopolizan las grandes empresas y por su fuerte sentido de clase.
 - b) Entre sus integrantes están los grandes latifundistas, quienes constituyen el 0.04 % de la población total y que están en posesión de la tercera parte de la superficie nacional explotada.
3. Las clases medias predominan en nuestro país desde generaciones anteriores, en tanto que las clases superiores permanecen estables.
4. En las clases medias hay una intensa movilidad intragrupal, y ocasionalmente, una tendencia a descender, lo que provoca un aumento gradual de las clases populares.
5. Las clases medias se caracterizan por la heterogeneidad de los grupos integrantes, su lucha por mantenerse como tales y su carencia de sentido de agremiación y organización.
6. En las clases bajas se dan nuestros más graves problemas (de miseria, enfermedad, educación, saneamiento, prosmicuidad, ilegitimidad), en magnitud muy superior que en las otras clases y, al parecer, con tendencia a aumentar.
7. En virtud de que los estudiantes de la Escuela pertenecen casi en su totalidad a las clases medias inferiores, puede suponerse que carecen de un fuerte sentido gremial, lo que podría derivar en la escasa participación de los egresados en las actividades de su asociación gremial.
8. La estabilidad de los grupos técnicos dentro de las clases medias puede considerarse un factor de permanencia en ella y un incentivo para la movilidad ascendente.
9. El uruguayo sustenta creencias erróneas con respecto a salud y enfermedad derivados en parte por ciertos rasgos, tales como: superstición, sugestión, etc.
10. Uno de los rasgos sobresalientes del uruguayo es el rechazo hacia las obras colectivas emprendidas o realizadas por la autoridad y su dificultad por autodisciplinarse.
11. Actualmente la sociedad uruguayo enfrenta una importante crisis moral, política y ciudadana.

12. La mujer en el Uruguay, ha asumido una menor responsabilidad cívica que el hombre.
13. En general el uruguayo utiliza formas de recreación pasivas en la cual oficia como espectador más que como actor.
14. El uruguayo común desconoce los valores artísticos nacionales.
15. A pesar de que el Estado realiza en nuestro país el mayor esfuerzo educativo al ofrecer la gratuidad absoluta de la enseñanza, aun el analfabetismo alcanza cifras elevadas ya que existen 200.000 analfabetos y un 50 % de los niños en edad escolar no completan este ciclo.
16. La preparación y extracción de personal docente de enseñanza primaria, no se adecúa en general a las necesidades de la población que sirve.
17. No existe una política educacional unitaria en las cuatro ramas de la Enseñanza.
18. A través de toda la Enseñanza Media se aprecia un sensible menosprecio por la actividad técnica y manual, contemplándose en grado mínimo el desarrollo del estudiante en el terreno de las habilidades motoras.
19. En la Enseñanza Media los planes de estudio se han mantenido estáticos por un período de tiempo bastante prolongado.
20. En el segundo ciclo de Enseñanza Secundaria la población estudiantil en la capital es muy superior a la del interior.
21. El porcentaje de abortos en el Uruguay es muy elevado, estimándose su relación con los partos de 1 a 3.

CAPITULO III

INDICADORES RELACIONADOS CON LAS CONDICIONES DEL MEDIO

CAPITULO III

INDICADORES RELACIONADOS CON LAS CONDICIONES DEL MEDIO

Ehler y Steel definen al saneamiento como la prevención de las enfermedades por eliminación o control de los factores ambientales que forman los eslabones de la cadena de transmisión:

- Agua y excretas.
- Vivienda.
- Basuras, insectos y roedores.

A — Porcentaje de población con agua potable y alcantarillado

En nuestro país existe una dependencia del Estado, Administración de Obras Sanitarias del Estado, cuyo cometido es atender la prestación del servicio de agua potable en toda la República y de alcantarillado en el mismo ámbito excepto en Montevideo.

El presupuesto del organismo sólo atiende al mantenimiento y mejoras imprescindibles de los servicios existentes; todas las ampliaciones deben ser financiadas mediante la sanción de leyes especiales.

Según informe de la CIDE, entre 1935 y 1961 la disponibilidad de servicios de agua potable, conjuntamente con alcantarillado, ha evolucionado favorablemente, aunque en los últimos 7 años ha habido un claro estancamiento.

En Montevideo ha aumentado gradualmente el porcentaje de población abastecida de agua potable. La cantidad de agua por habitante servido se ha elevado hasta alcanzar a un 85 % de la población de la capital en 1962, con 78 m³ por habitante año (cerca de 240 litros por habitante abastecido en el día). El alcantarillado ha llegado hasta el 70 % de la población.

TABLA Nº 16

Servicios de agua potable y alcantarillado en población de Montevideo de 1935 a 1962 (x)

AÑOS	Habitantes abastecidos con agua potable	Agua elevada por habitante servido (m ³ -hab. año)	Habitantes abastecidos con alcantarillado
1935	395.000	45	292.000
1955	771.000	70	602.000
1962	890.000	78	730.000

(x) Datos obtenidos de la CIDE.

El aumento en el abastecimiento de agua potable en las localidades del Interior, con poblaciones mayores de 300 habitantes, ha sido más rápido que en la Capital, pero a causa del bajo nivel inicial sólo se ha conseguido abastecer a un 53 % de sus pobladores con un promedio de 62 m³ por habitante abastecido al año (cerca de 170 litros por habitante abastecido por día). Según el ingeniero Cutinella en el momento actual, un tercio de la población urbana del Interior, carece de agua potable. También ha aumentado rápidamente la población servida con alcantarillado, aunque sólo se ha logrado abastecer un 22 % de ella.

CUADRO Nº 8

Servicios de agua potable y alcantarillado en el Uruguay de los años 1935 - 1962 en poblaciones del Interior con más de 300 habitantes (x)

AÑOS	Población con servicio de agua potable	Población con servicio de alcantarillado
1935	95.000	37.000
1955	423.000	177.000
1962	570.000	234.000

(x) Datos obtenidos de la CIDE.

En la Tabla Nº 16 y en el Cuadro Nº 8 puede observarse insuficiencia de los servicios de agua potable y alcantarillado, fundamentalmente en la población del Interior del país; siendo aun más acentuado el problema en el sistema de alcantarillado, y tanto más cuanto menor sea la población. La situación para la población de Montevideo en estos aspectos es la mejor de América Latina.

En el Interior, la situación quizá se ha agravado como consecuencia del elevado costo de las instalaciones. Por ejemplo, mientras que para Montevideo se utilizan como promedio m. 8,6 por cada conexión en la red de agua potable para el Interior el promedio es de 22,9 m.

En lo que a eliminación de excretas se refiere, en Montevideo, la construcción y conservación de colectores y de plantas de depuración de aguas servidas está bajo la jurisdicción del Concejo Departamental. Las aguas servidas se vierten a través de caños colectores en el Río de la Plata sin previo tratamiento, a excepción de los meses de verano en que se realiza cloración terminal de las mismas. Se utiliza el río como fuente de depuración natural, debido a su ancho y corriente.

En el Interior del país la evacuación y tratamiento de las aguas servidas es precaria y variable en las distintas zonas según su situación geográfica y económico. Se utilizan también ríos y arroyos y sistemas estáticos como el Tanque de Imhoff. Donde no existe alcantarillado se

utiliza el pozo negro o letrina, la "cámara séptica" o el "campo libre"; éste particularmente frecuente en la campaña.

Según el ingeniero Cutinella en la población rural dispersa se tiene el siguiente panorama: carecen de todo equipamiento el 30 % de todas las viviendas; con letrina sanitaria el 33.5 % tomando los mínimos de exigencia higiénica y con letrina no sanitaria el 16 %, o con inodoro o taza turca con descarga de agua, 20.7 %.

B — Porcentaje de población con vivienda salubre

Según el "IV Censo de Población y II de Viviendas" (1963), hoy:

- 419.550 viviendas salubres en el Interior.
- 351.482 viviendas salubres en Montevideo.
- 771.032 en total.

Se nota un descenso a partir de 1959 en la construcción de viviendas, que se evidencia a través de los siguientes datos:

CUADRO Nº 9

Construcción de viviendas de 1908 a 1963 (x)

AÑOS	Número de viviendas
1908	7.600
1950 - 1954	18.000
1955 - 1959	23.000
1960 - 1963	18.000

(x) Cuadro elaborado con datos del "VIII Congreso Médico Social Panamericano". Sindicato Médico del Uruguay. Marzo 1964.

Del total de viviendas, el 40 % ha sido considerado aceptable.

En medios urbanos, las viviendas irrecuperables (construidas con materiales de deshecho) ascienden a unas 30.000 y en los medios rurales aproximadamente 30.000 ranchos y cerca de 1.000 más de naturaleza semejante.

En los medios urbanos, el 88 % de las viviendas tiene luz eléctrica.

La CIDE ha calculado que nuestro país tiene un déficit de 100.000 viviendas. Cerca del 60 % de ese déficit pertenece a zonas rurales y núcleos sub-rurales, donde habitan las familias de los trabajadores del campo.

Las condiciones de vida y los bajos niveles de ingreso y de desarrollo social de esa población tienen relación con la forma de explotación de la tierra, con la cual la solución del problema habitacional deberá rela-

cionarse con el sector agropecuario en su conjunto. Este problema se repite en las zonas urbanas y suburbanas, donde habitan familias de bajo nivel de ingresos, que ocupan viviendas improvisadas con materiales de deshecho o que por su calidad y/o estado de conservación no cumplen las condiciones mínimas de habitabilidad.

En relación con esto responde la creación del Instituto Nacional de Viviendas Económicas (INVE), con una política orientada a resolver el problema, aunque sin la intensidad necesaria, al igual que los Consejos Departamentales. Esto lo muestra claramente la Tabla siguiente:

TABLA Nº 17

Número de viviendas construidas por categoría de 1952 - 1961 (x)

TIPO DE VIVIENDA	Promedio anual	Porcentaje sobre total %
1. Vivienda para estratos de bajo ingreso	4.928	41
Viviendas económicas (INVE)	(284)	
Viviendas económicas (Consejos Departamentales)	(293)	(7)
Viviendas de emergencia (Comisión para damnificados)	(220)	
Viviendas populares modestas y sin permiso ..	(4.132)	(34)
2. Viviendas medianas confortables y suntuosas ..	6.982	59
TOTAL DE EDIFICACION	11.910	100

(x) Datos obtenidos de la CIDE. (Se constata error relativo a una vivienda en el punto 1).

El sector pública directa o indirectamente financia el 35 % de las viviendas construidas en el país a través de sus propios recursos o préstamos para la edificación de la vivienda propia, en la ciudad o zonas balnearias. En esta forma son favorecidas las clases medias y alta.

TABLA N 18

Número de viviendas construidas según su financiamiento (x)

ENTE QUE FINANCIA	Promedio anual 1952 - 61	Porcentaje sobre total %
Sector público (excluyendo a INVE) directa o Indirectamente	796	7
Sector privado con créditos del sector público	3.386	28
Sector privado directamente	7.728	65
TOTAL	11.910	100

(x) Datos obtenidos de la CIDE.

C — Basuras, Insectos y Roedores

1. Porcentaje de Población que se beneficia con el Servicio de Recolección de Basuras

La recolección y tratamiento de basuras concierne a las autoridades públicas; en nuestro país se hace a través de los Concejos Departamentales, a cargo de sus Departamentos de Higiene.

La recolección en Montevideo se hace en vehículos cerrados especialmente equipados, que pasan diariamente en la zona urbana.

Existe, sin embargo, la recolección clandestina, que constituye un gran riesgo para la salud. En el Interior se recolecta con camiones abiertos y carros.

Existen cinco métodos de tratamiento de basuras: relleno sanitario, descarga sobre tierra, incineración, trituración y transformación en humus. Todos ellos se utilizan en Montevideo; en el Interior el método es muy variable.

Hay una amplia legislación relativa a disposición de basuras y mantenimiento de la higiene pública. Consideramos que hay en nuestro país un serio problema creado por los basurales, incluso en zonas céntricas y residenciales, pero por falta de datos no podemos cuantificarlo. Como ejemplo mencionamos, que en la zona del Centro de Salud del Cerrito de la Victoria en 11 km.2 existen 180 basurales.

Se estima que un 60 % de la población de Montevideo se beneficia de la recolección de basuras y un 27 % de la población del Interior.

2. Insectos y Roedores

A pesar de ser reconocido como un problema sanitario importante no se obtuvo información al respecto.

D — Conclusiones

1. En las ciudades pequeñas y en las poblaciones rurales el abastecimiento de agua potable es limitado, lo cual hace suponer que de no solucionarse este problema, las enfermedades gastro-intestinales de la infancia y la mortalidad infantil por las mismas continuarán siendo un problema de importancia en nuestro país.
2. El problema relativo a alcantarillado es de mayor extensión que el de abastecimiento de agua, puesto que hay un menor número de población que dispone de este servicio.
3. No puede esperarse higiene personal adecuada y correcto sa-

neamiento de la vivienda, allí donde no hay agua disponible y existen problemas de alcantarillado.

4. Tanto en la capital como en el interior del país existe un serio problema con los basurales, aun en las zonas en que se efectúa recolección diaria de basuras y se realiza educación sanitaria.
5. Se reconoce como un problema importante y de muy difícil solución la existencia de insectos y roedores (a pesar de que no existe información concreta en relación a los mismos).

CAPITULO IV
INDICADORES RELACIONADOS CON LA SALUD
DE LAS PERSONAS

CAPITULO IV

INDICADORES RELACIONADOS CON LA SALUD DE LAS PERSONAS

De acuerdo a los datos primarios aportados por el IV Censo General de la Población y II de Viviendo, realizado en el año 1963 la distribución de la población para dicho año, muestra las siguientes características:

TABLA Nº 19

Distribución de la población por grupos de edad y sexo — 1963

GRUPOS DE EDADES	Hombres %	Mujeres %	Totales %
0-14	28.7	27.9	28.3
15-64	64.3	63.7	64.4
65 y más	7.0	8.4	7.3
TOTAL	100	100	100

A — Con tendencia positiva

1. Expectativa de Vida al Nacer

La expectativa media de vida al nacer para el año 1963 es de 67.9 años para los hombres y de 73.1 años para las mujeres.

2. Natalidad

Según los datos obtenidos se conoce que este índice ha sufrido variaciones en el transcurso de los años, siendo en 1952 de 23.94 % y en el año 1963 de 21.2 %. Se considera que es un índice bajo y que corresponde a países desarrollados; se da en aquellas poblaciones con tendencia a envejecer.

Comparada con el resto de los países latinoamericanos resulta ser una de las más bajas.

3. Consumo de Calorías por Persona y por Día

La ingestión es adecuada y dentro de los límites normales. Lo normal es de 2.282 a 3.000 calorías por persona y por día. En nuestro país los estudios realizados sobre ingestión de nutrientes, revelan un exceso de 312 calorías per cápita y por día por encima de las cuotas mínimas aconsejadas. (Ver Cuadro Nº 10).

4. Consumo de Proteínas por Persona y por Día

El peso promedio en el Uruguay es de 67 kilos. La cantidad de proteínas que diariamente necesita el individuo es de 1 gr. por cada kilo de peso y por día; el promedio de consumo proteico hallado para el Uruguay por la encuesta alimentaria fue de 90 grs. de proteínas diarias. De acuerdo a esto se consumen un exceso per cápita de 23 grs. diariamente.

Los estudios realizados revelan que la ingestión de proteínas e hierro es alta; que los niveles en riboflavina, niacina y calcio son aceptables y que los niveles de vitamina A, caroteno, vitamina C, tiamina y yodo son bajos como se puede apreciar en el Cuadro N° 10.

CUADRO N° 10

Resultados de los estudios sobre nutrientes realizados por la encuesta de nutrición M.S.P. y el I.C.N.N.D. — Año 1962

NUTRIENTES	Ingestión media en el Uruguay	Cuotas aconsejadas por el Consejo Nacional de Investigación de EE. UU. (N. R. C.)
Calorías	2.594	2.282
Proteínas	90	68
Calcio	0.97	0.94
Hierro	16.6	11
Vitamina A	3.227	4.487
Vitamina C	51.5	69.4
Tiamina	0.74	1.14
Riboflavina	1.54	1.63
Niacina	13	17

Como conclusiones preliminares de la encuesta de nutrición del M.S.P. y I.C.N.N.D., se desprende que:

- El país puede ofrecer a sus habitantes un adecuado suministro de proteínas, fósforo, hierro, calorías y riboflavina.
- Existe en la producción alimentaria una cantidad adecuada de niacina, calcio y ácido ascórbico.
- Existen diferencias regionales en la ingestión de vitamina A, Caroteno, vitamina C y yodo, siendo las cifras correspondientes a Montevideo mayores que las del Interior del país.
- Existe una baja ingestión de vitamina A y tiamina consecuente a una insuficiente disponibilidad de vegetales y frutos, que a su vez responde a los hábitos de alimentación de la población.

—Existe deficiencia en la ingestión de yodo y esto ha sido interpretado como causa de los numerosos casos de bocio encontrados en la zona norte del país. Esta conclusión ha dado origen a la reciente ley sobre yoduración de la sal. Esta deficiencia se debe a la pobreza del suelo en este elemento.

B — Con tendencia negativa

I. Mortalidad General

En este punto hemos extractado los datos que presentan en el informe del Sindicato Médico del Uruguay para el VIII Congreso Médico Social Panamericano. Marzo 1964.

Al enfocar este aspecto es de destacar que:

- El registro de defunciones abarca el 100 % de los ocurridos.
- El 98 % de los muertos registrados tienen certificado firmado por médico.
- Todas las defunciones sin certificado médico se agrupan en "Causas desconocidas".
- Para el año 1961 el 6.7 % de las defunciones correspondió a "causas desconocidas y mal definidas".

En el decenio 1952-1961 la tasa de mortalidad general se ha mantenido alrededor de 8.30 y 9.55 por 1.000 habitantes, como se aprecia en la Tabla Nº 20.

TABLA Nº 20

Tasas de mortalidad general por 1.000 habitantes — Uruguay 1952 - 61 (x)

AÑO	Mortalidad	Habitantes	Tasa
1952	19.083	2.248.004	8.49
1953	19.408	2.277.613	8.52
1954	19.153	2.307.612	8.30
1955	20.611	2.338.006	8.82
1956	19.895	2.368.800	8.40
1957	21.722	2.400.000	9.05
1958	20.937	2.431.200	8.61
1959	23.523	2.462.806	9.55
1960	22.104	2.494.822	8.86
1961	21.964	2.527.255	8.69

(x) Fuente de información: Sindicato Médico del Uruguay. VIII Congreso Médico Social Panamericano. Marzo 1964.

TABLA Nº 21

Tasas de mortalidad por 1.000 habitantes distribuidas por grupos de edades
Uruguay — 1961 (x)

GRUPOS DE EDADES	Población	Nº de muertes	Tasa por mil
0 - 4	237.900	2.972	12.49
5 - 14	454.420	219	0.48
15 - 24	406.500	458	1.13
25 - 34	435.500	621	1.43
35 - 44	399.200	1.038	2.60
45 - 54	324.400	2.082	6.42
55 - 64	247.200	3.617	14.63
65 y más	190.300	10.791	56.71

(x) Fuente de información: Sindicato Médico del Uruguay. VIII Congreso Médico Social Panamericano. Marzo 1964.

En esta tabla se pueden observar los siguientes resultados:

—Las tasas máximas se encuentran en los extremos de la vida.

La edad escolar es la que ofrece la tasa mínima. La tasa que corresponde al grupo de 0-4 años, está aumentada por la mortalidad en el primer año de vida que es de 2.680 en números absolutos; para el grupo de 1 a 4 años quedan 292 en números absolutos.

TABLA Nº 22

Mortalidad general por departamento de residencia del fallecido por 1.000 habitantes
Uruguay 1961 (x)

DEPARTAMENTO	Nº de muertes	Población	Tasa
Artigas	379	52.093	7.28
Canelones	1.652	255.326	6.47
Cerro Largo	581	71.222	8.16
Colonia	787	104.795	7.51
Durazno	471	56.070	8.40
Flores	169	23.476	7.21
Florida	494	64.186	7.70
Lavalleja	508	65.560	7.75
Maldonado	442	61.548	7.18
Montevideo	9.992	1.173.114	8.52
Paysandú	648	86.988	7.45
Río Negro	329	46.741	7.04
Rivera	720	75.826	9.50
Rocha	448	55.006	8.14
Salto	741	92.595	8.00
San José	677	77.284	8.76
Soriano	673	74.749	9.00
Tacuarembó	570	76.255	7.47
Treinta y Tres	321	43.216	7.43
Residentes en el extranjero	42	—	—
Residencia no indicada ...	845	—	—

(x) Fuente de información: Sindicato Médico del Uruguay. VIII Congreso Médico Social Panamericano. Marzo 1964.

En esta tabla puede observarse:

- Que las tasas más altas corresponden a Rivera y Soriano con 9.50 y 9.00 respectivamente.
- Que las tasas más altas corresponden a Rivera y Soriano con cifras intermedias que oscilan entre 7.04 y 7.51 que pertenecen a diez departamentos que son: Río Negro, Maldonado, Artigas, Colonia, Flores, Florida, Lavalleja, Paysandú Tacuarembó y Treinta y Tres.
- Que con cifras próximas al indicador de mortalidad general, oscilando entre 8.00 y 8.76 se colocan los restantes departamentos entre los que está incluido el de Montevideo con una tasa de 8.52.

Las cifras de mortalidad general del país y por departamento pue-

den considerarse relativamente bajas y no parecen existir grandes diferencias con las distintas zonas de la República, debiéndose remarcar la tasa de 9.50 para Rivera que indica una muerte más por cada 1.000 habitantes que la generalidad del país y destacar la cifra de Canelones de 6.47 con dos muertes menos por 1.000 habitantes que la generalidad del territorio nacional.

a) Causas de Mortalidad General

Las tres principales causas están dadas por enfermedades del aparato circulatorio, cáncer y otros tumores malignos y lesiones vasculares que afectan el S.N.C. Siguen en orden de frecuencia las muertes por causas desconocidas y mal definidas.

TABLA Nº 23

Principales causas de muerte por 100.000 habitantes — Uruguay 1961 (x)

Orden	CAUSAS DE MUERTE	Nº de muertes por 100.000 habitantes
1	Enfermedades del aparato circulatorio	198
2	Cáncer y otros tumores malignos	170.3
3	Vasculares intracraneales	100.5
4	Causas mal definidas	58
5	Accidentes	37.9
6	Bronquitis y neumonía	34.4
7	Tuberculosis	17.7
8	Diabetes	15.7
9	Gastroenteritis y colitis (salvo diarreas del R. N.)	15.4
10	Nefritis	9.0

(x) Fuente de Información: Sindicato Médico del Uruguay. VIII Congreso Social Panamericano. Marzo 1964.

TABLA Nº 24

Tasas de mortalidad por 100.000 habitantes por distintas afecciones de acuerdo a su incidencia — Uruguay — Año 1952-1961 (x)

AÑO	CAUSAS DE MUERTE									
	Enf. del aparato circulatorio	Cáncer y otros tumores malignos	Lesiones vasculares del S.N.C.	Desconocidas y mal definidas	Accidentes	Bronquitis y neumonía	Tuberculosis	Diabetes	Gastroenteritis y colitis	Nefritis
1952	170.7	159.6	84.9	65.4	33.2	32.1	42.4	13.3	24.7	15.7
1953	172.8	156.6	92.0	64.7	36.4	38.5	31.0	13.7	23.3	14.9
1954	169.2	163.2	89.2	62.7	38.6	30.5	24.6	14.3	21.7	12.4
1955	188.1	167.2	96.1	64.7	38.0	33.5	27.1	15.3	22.3	11.6
1956	182.1	169.2	98.5	58.2	36.0	26.7	22.3	13.2	20.1	12.7
1957	192.8	173.8	105.2	62.5	35.0	36.6	24.9	14.5	24.2	11.8
1958	190.0	173.3	97.9	66.1	33.4	31.3	21.3	14.6	15.8	11.5
1959	218.4	178.4	110.4	—	38.2	37.3	20.5	14.7	20.8	10.9
1960	198.6	179.7	103.2	62.1	36.7	35.6	18.1	14.5	17.9	9.8
1961	198.3	170.3	100.5	58.2	37.9	34.4	17.7	15.7	15.4	9.0

(x) Tabla elaborada con datos de: Sindicato Médico del Uruguay. VIII Congreso Médico-Social Panamericano. Marzo 1964

En este decenio las principales causas de mortalidad han marcado una tendencia al aumento, no así las causas desconocidas y mal definidas que muestran una estabilización con discreta tendencia al descenso. Las tres principales causas que mencionamos de la mortalidad general, muestran tasas por 100.000 habitantes que oscilan entre 171 y 199 para las enfermedades del aparato circulatorio; entre 157 y 180 para cáncer y otros tumores malignos; entre 85 y 110 para las lesiones vasculares que afectan el S.N.C. Las causas desconocidas y mal definidas ofrecen tasas que oscilan en este decenio entre 65 y 58, las restantes principales 10 causas de mortalidad general tienen cifras que oscilan entre 42 y 9.

Se puede observar un notorio descenso de la mortalidad por tuberculosis, que descendió de una tasa de 42,4 por 100.000 habitantes en 1952 a una de 17,7 en 1961; lo mismo puede decirse de la gastroenteritis y colitis, que de 24,7 por 100.000 habitantes de 1952 pasó a 15,4 en 1961 y de las nefritis que de 16,00 en 1952 pasó a 9,00 en 1961.

Las causas por accidentes marcan una tendencia al aumento ya que de 33,2 por 100.000 habitantes en 1952 pasa a 37,9 en 1961; igual para la diabetes ya que de 13,00 en 1952 pasa a 16,00 en 1961. Bronquitis y neumonía presentan altibajos que van de 39,0 a 26,7 en años alternos, pudiéndose decir que en todo el decenio no han habido notorios ascensos ni descensos de esta tasa.

2. Mortalidad Proporcional

Esta tasa es usada internacionalmente y se considera un excelente indicador del nivel sanitario del país. Es un porcentaje que se obtiene relacionando el número de muertes de 50 y/o más años sobre el total de las defunciones. Se considera mejor esta tasa cuando ella se aproxima a la unidad, es decir, ella es excelente cuando el 100 % de las muertes ocurren por encima de los 50 y/o más años. Esta tasa estudiada en nuestro país desde 1956 a 1961 nos muestra cifras que oscilan entre 68,68 en 1952 con un aumento paulatino y constante que llega a 71,28 en 1961. La tendencia de este indicador muestra concordancia con las características demográficas de la población y con los principales datos de mortalidad general. (Ver Tabla Nº 25).

TABLA Nº 25

Mortalidad proporcional — Muertos de más de 50 años — Total de muertes
Uruguay, 1956-1961 (x)

AÑO	Número total de muertos	Número de muertos mayores de 50 años	Tasa por 100
1956	19.895	13.664	68.68
1957	21.722	14.899	68.58
1958	20.937	14.377	68.66
1959	23.523	16.373	69.60
1960	22.104	15.373	69.54
1961	21.954	15.648	71.28

(x) Fuente de información: Sindicato Médico del Uruguay. VIII Congreso Social Panamericano. Marzo 1964.

Si se toma una variante de la tasa de mortalidad proporcional que también se considera útil para las comparaciones internacionales, como es la tasa que surge del estudio porcentual del número de niños muertos menores de 5 años, sobre el total de muertos, los datos que se obtienen son los siguientes: en el año 1956 la tasa era de 14.15 y en el año 1961 fue de 13.54. (Ver Tabla Nº 26). Esto demuestra que aunque las cifras son bajas existe un marcado estancamiento ya que durante este periodo de cada 100 personas que mueren 14 son niños menores de 5 años.

TABLA Nº 26

Mortalidad proporcional — Muertos menores de 5 años — Total de muertos
Uruguay 1956-1961 (x)

AÑO	Número total de muertos	Número de muertos menores de 5 años	Tasa por 100
1956	19.895	2.816	14.15
1957	21.722	3.360	15.46
1958	20.937	3.117	14.88
1959	23.523	3.663	15.57
1960	22.104	3.231	14.62
1961	21.954	2.972	13.54

(x) Fuente de información: Sindicato Médico del Uruguay. VIII Congreso Social Panamericano. Marzo 1964.

3. Mortalidad Materna

TABLA Nº 27

Mortalidad materna — Tasa de mortalidad materna — Uruguay 1952-1961
 Datos obtenidos del Ministerio de Salud Pública (x)

ARO	Tasas por 10.000 nacidos	Tasas por 100.000 habitantes
1952	13.4	3.2
1953	15.0	3.7
1954	15.8	3.9
1955	15.9	3.8
1956	14.5	3.3
1957	16.9	3.8
1958	13.1	3.0
1959	11.8	2.8
1960	11.8	2.8
1961	9.6	2.4

(x) Fuente de Información: Sindicato Médico del Uruguay. VIII Congreso Social Panamericano. Marzo 1964.

TABLA Nº 28

Mortalidad materna — Causas y grupos de edades por 100.000 habitantes
 Uruguay 1959 (x)

CAUSAS	GRUPOS DE EDADES							Total
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Infecciones, embarazo, parto y puerperio	2	0	2	0	2	1	0	7
Toxemias	3	1	1	2	2	—	0	11
Hemorragias	0	4	1	3	1	3	0	12
Aborto	1	4	2	4	2	2	1	16
Otras complicaciones	2	4	2	6	7	1	0	22
TOTAL	8	13	8	15	14	9	1	69

(x) Fuente de información: Sindicato Médico del Uruguay. VIII Congreso Social Panamericano. Marzo 1964.

Estas Tablas nos muestran que la mortalidad materna descendió de 3.2 para 1952 a un 2.4 para 1961 para 100.000 habitantes; si tomamos la tasa de mortalidad materna para 10.000 nacidos nos muestran

un igual descenso que va de 13.4 en el año 1952 a la cifra de 9.6 para el año 1961.

En la Tabla Nº 28 puede observarse un error en la columna que corresponde al grupo de 40-44 años, que creemos debe corresponder a una omisión en el total de muertes por toxemias, ya que en ambos totales aparece una diferencia de dos unidades.

4. Mortalidad Infantil

En el período 1908-1961 la evolución de las tasas de mortalidad infantil muestran un importante descenso, que no ha sido uniforme en el tiempo: de 1908 a 1942 existe mayor uniformidad; de 1942 a 1946 se produce una caída abrupta y desde entonces las tasas son irregulares aunque hay cierta tendencia al descenso en los últimos años. Esto puede verse en el Gráfico Nº 2.

CATEDRA DE HIGIENE

MORTALIDAD INFANTIL
URUGUAY - 1908 - 1961

Datos M.S.P.

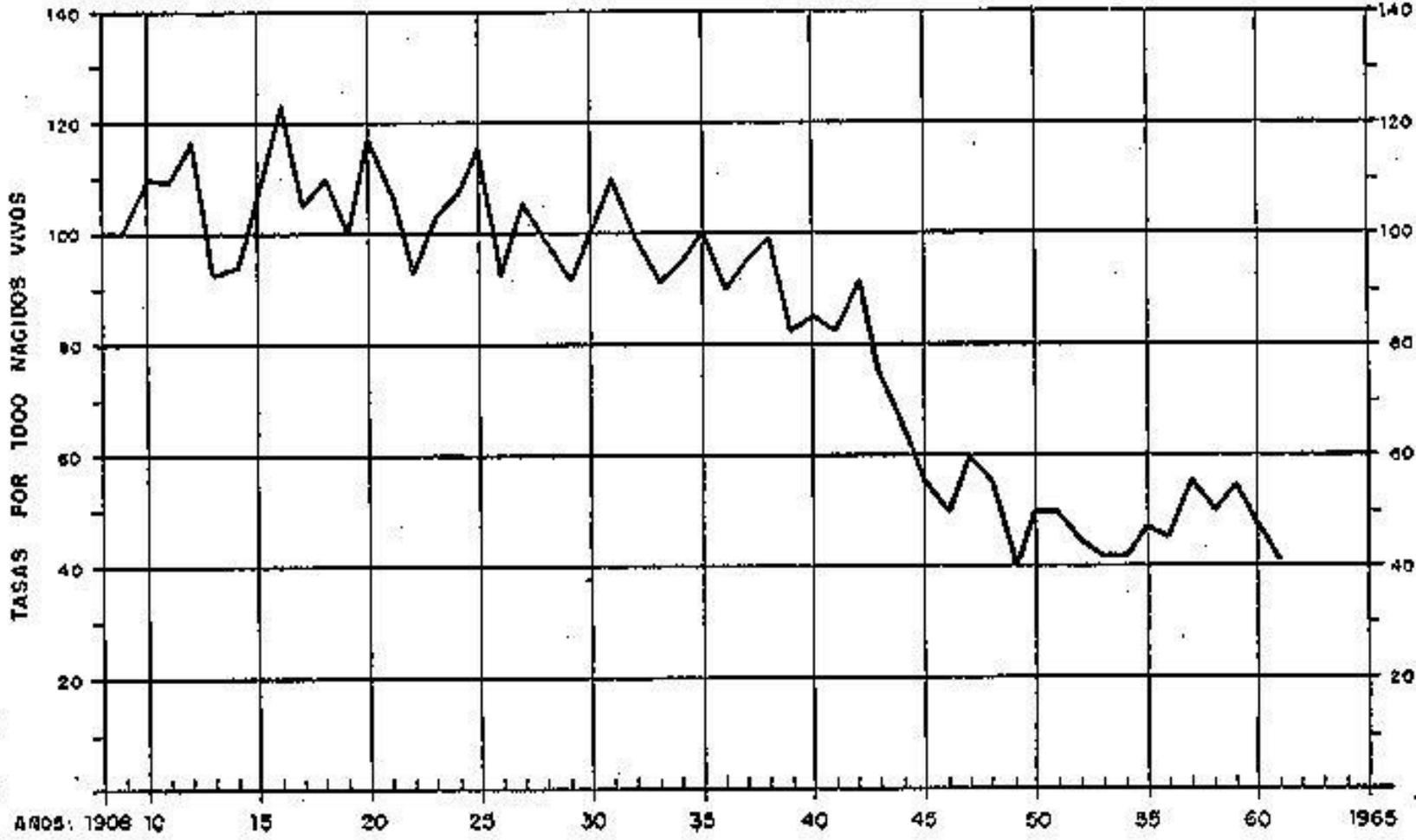


GRAFICO Nº 2
Mortalidad infantil — Uruguay 1908 - 1961 (x)

92

(x) Fuente de información: Sindicato Médico del Uruguay. VIII Congreso Médico Social Panamericano, Marzo 1964.

En relación a otros países, Uruguay figura en el año 1959 con la menor tasa de mortalidad infantil en América del Sur, y en relación a algunos países europeos la tasa de mortalidad infantil en el Uruguay es más alta, como se aprecia en la tabla que sigue.

TABLA Nº 29

Tasas de natalidad y mortalidad infantil en diferentes países — Año 1959 (x)

PAIS	Tasa de natalidad	Tasa de mortalidad infantil
Africa		
Argelia (Población europea)	21.7	—
Argelia (Población musulmana) ...	39.3	—
Angola	21.9	—
Congo (Población indígena)	43.0	—
Ghana	55.2	—
Asia		
Camboya	41.4	—
Ceilón	37.0	—
China Continental	34.0	—
India (Zona rural)	39.1	—
Israel	26.8	—
Japón	17.6	—
América		
Estados Unidos	24.1	26.4
Canadá	27.5	28.4
Costa Rica	47.5	72.9
Guatemala	49.8	89.7
Argentina	23.0	59.1
Chile	35.4	119.6
Europa		
Austria	17.6	39.8
Bélgica	17.4	30.4
Dinamarca	16.3	22.5
Francia	18.4	29.5
Alemania (Occidental)	17.6	34.3
Alemania (Oriental)	17.1	40.8
Italia	18.4	45.4
Portugal	23.5	88.6
España	21.8	48.3
Suecia	14.1	16.6
Reino Unido	16.9	23.1

P A I S	Tasa de natalidad	Tasa de mortalidad infantil
Oceania		
Australia	22.6	21.5
U.R.S.S.	25.3	40.6
Uruguay	20.8	55.6

(x) Fuente de información: Sindicato Médico del Uruguay. VIII Congreso Médico Social Panamericano. Marzo 1964.

La mortalidad infantil es uno de los indicadores más sensibles que reflejan en general, el desarrollo socio-económico y educacional del país. En el Uruguay la tasa de mortalidad infantil corresponde a la de un país de desarrollo intermedio. A través del Gráfico N° 2 se constata que la tasa de mortalidad infantil ha sufrido un descenso paulatino desde 1910 a 1960, último dato que disponemos. En 1960 la tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos era de 46.6 pero se considera que debería reducirse al 26 o/oo.

a) Principales Causas de Mortalidad Infantil

En el primer año de vida podemos encontrar el siguiente orden de causas de mortalidad infantil para el año 1960:

1. Inadaptación al régimen alimenticio.
2. Lesiones debidas al parto, asfixia y atelectasia post-neo-natal.
3. Bronquitis y neumonías.
4. Diarreas, gastroenteritis y colitis.
5. Prematurez con o sin mención de cualquier otra afección.
6. Enfermedades mal definidas propias de la primera infancia.
7. Causas desconocidos y mal definidas.

En la Gráfica N° 3 se puede apreciar los cambios producidos en relación al año 1952, que aunque se mantienen las mismas han variado en la ordenación.

b) Mortalidad Infantil por Departamentos

Como se aprecia en la Tabla N° 30 en la casi totalidad de los departamentos, salvo Maldonado, el número de defunciones en el grupo de escolares es la menor aun teniendo en cuenta que este grupo es el de mayor número de años (5 a 14 años).

La mortalidad fetal es en la mayoría de los departamentos, equiparable a la mortalidad neo-natal o sea aquella que ocurre dentro del primer mes de vida. La mortalidad post-neo-natal aun comprendiendo un grupo de edad de 11 meses, es en número absolutos la más considerable de los muertos de la infancia en todo el país.

TABLA Nº 30

Defunciones fetales a infantiles de 1 a 4 años y de 5 a 14 años por departamento Uruguay 1959 (x)

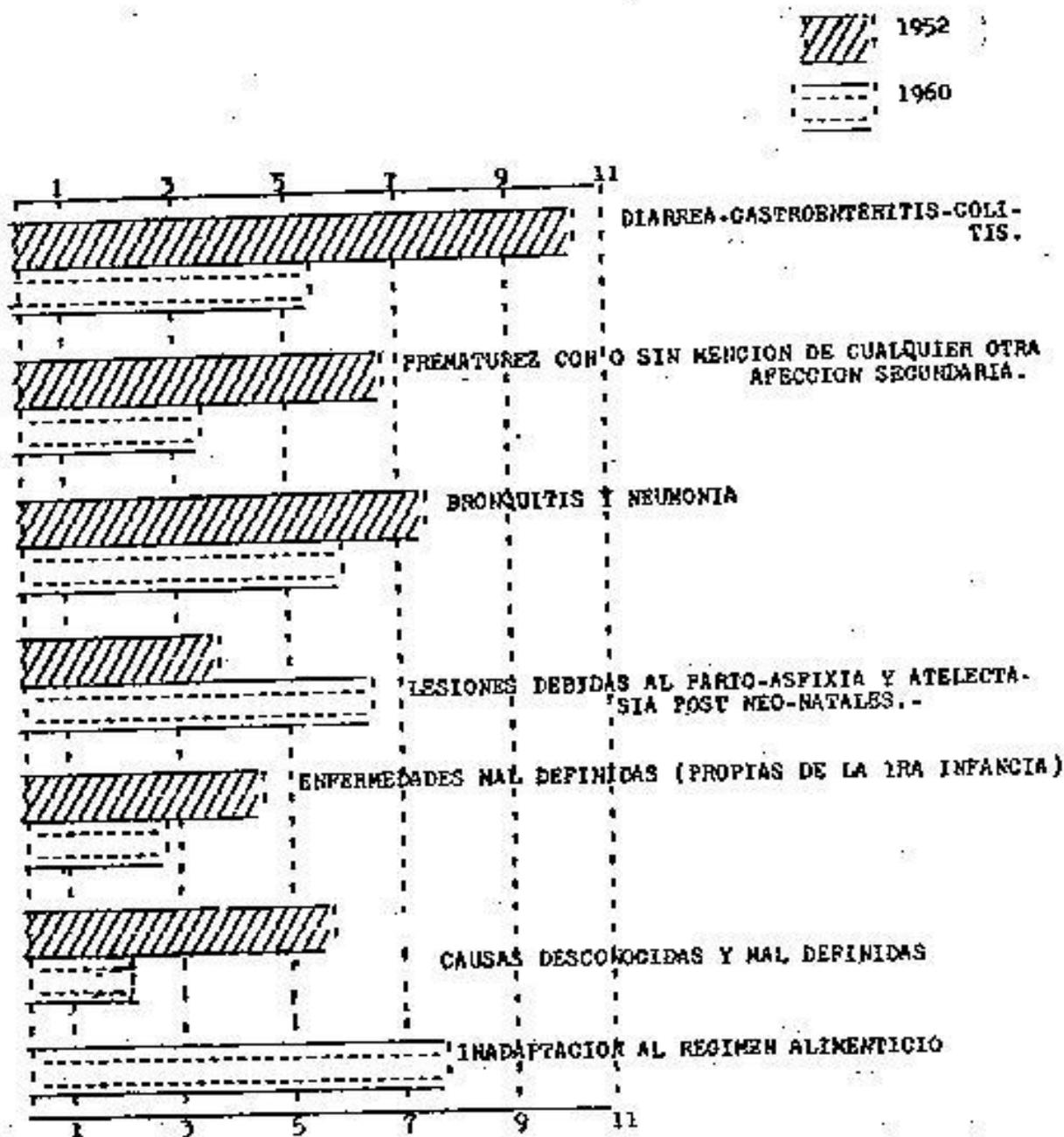
DEPARTAMENTO	D. FETALES		INFANTIL				1-4 Años		5-14 Años	
	Nº	%	NEO	POST						
TOTAL	1165	10	3225			435		254		
Artigas	28	2.4	107	3.3	29	78	16	3.7	7	2.7
Canelones	103	8.8	222	6.9	92	130	28	6.4	24	9.7
Cerro Largo	51	4.4	125	3.9	54	71	11	2.5	11	4.3
Colonia	50	4.3	116	3.6	53	63	13	3.0	8	3.1
Durazno	23	2.0	118	3.7	45	73	11	2.5	8	3.1
Flores	6	0.5	29	0.9	14	15	9	2.1	2	0.8
Florida	36	3.1	62	1.9	25	37	12	2.8	6	2.4
Lavallejo	28	2.4	69	2.1	32	37	10	2.3	4	1.6
Maldonado	14	1.2	67	2.1	21	46	3	0.7	6	2.4
Montevideo	336	28.9	933	28.9	424	509	108	24.8	79	31.1
Paysandú	32	2.7	143	4.4	54	89	24	5.5	7	2.8
Río Negro	26	2.2	76	2.4	25	51	14	3.2	5	2.0
Rivera	71	6.1	174	5.4	63	111	33	7.6	13	5.1
Rocha	34	2.9	60	1.9	22	38	9	2.1	7	2.8
Salto	71	6.1	194	6.0	54	140	43	9.9	11	4.3
San José	34	2.9	108	3.3	42	66	13	3.0	13	5.1
Soriano	48	4.1	140	4.3	55	85	18	4.1	5	2.0
Tacuarembó	37	3.2	161	5.0	52	109	34	7.8	16	6.3
Treinta y Tres	22	1.9	59	1.8	19	40	9	2.1	4	1.6
No indicado	114	9.8	260	8.1	144	116	16	3.7	16	6.3
En el extranjero	1	0.1	2	0.1	—	2	1	0.2	2	0.8

(x) Fuente de información: Sindicato Médico del Uruguay. VIII Congreso Médico Social Panamericano. Marzo 1964.

GRAFICO Nº 3

Principales causas de mortalidad infantil — Uruguay — 1952 - 1961

GRAFICO COMPARATIVO



(x) Fuente de Información: Sindicato Médico del Uruguay, VIII Congreso Médico Social Panamericano, Marzo 1964.

5. Morbilidad General

No cabe duda de que para valorar la situación de salud de nuestra población es de capital importancia el conocimiento de su morbilidad.

Al abocarnos a la búsqueda de información al respecto, enfrentamos la dificultad propia de carencia de datos que fueran confiables y que

trasuntaron la realidad nacional. Hay escasos estudios de morbilidad realizados, los que generalmente han sido hechos tomando muestras con tales vicios de selección que los resultados obtenidos no pueden generalizarse a la población total.

Con plena conciencia de la limitación de esta información disponible, creemos que podría ser orientador el conocimiento de ciertos datos relativos a algunas causas de morbilidad en ciertos sectores de la población.

En el M.S.P. el total de ingresos para el año 1960 fue de 142.138 correspondiendo a Montevideo 63.820 y para el Interior 78.318. Es de destacar que los ingresos ocurridos en los hospitales del M.S.P. para Montevideo se ven aumentados por los ingresos de pacientes del Interior de la República.

En el Hospital de Clínicas el total de internaciones para el año 1962 fue de 8.781. Del total de internados corresponde a:

Montevideo	—66.9 %
Interior de la República	—32.1 %
Residentes del Exterior	— 1 %

Los cinco diagnósticos más frecuentes para el año 1962 fueron:

1º) Cáncer { gástrico
 intestinal
 broncopulmonar
 encefálico
 mamario

2º) Afecciones cardiovasculares.

3º) Afecciones broncopulmonares agudas

4º) Litiasis biliar.

5º) Heridas — Traumatismos — Intoxicaciones

En el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay para el año 1960, con una población a servir de 164.942, tuvo una tasa de admisión de 10.928 para 100.000 habitantes. Es de destacar que las internaciones en el C.A.S.M.U. son fundamentalmente por causas quirúrgicas y obstétricas. Solamente el 5 % son por causas médicas.

a) Enfermedades Cardio-vasculares, Diabetes y Obesidad

Sabemos que en nuestro país, las enfermedades cardio-vasculares figuran entre las primeras causas de ingresos hospitalarios. En la Encuesta de la Nutrición, Marzo-Abril 1962" se comprobó que "el 15 % de los hombres y el 25 % de las mujeres presentaban una historia de hallazgos compatibles con una lesión cardíaca provocada por arterioesclerosis".

Así mismo se constató una gran frecuencia de obesidad —mayor en la mujer que en el hombre, y particularmente muy alta en la mujer de más de 45 años— que aparecía relacionada con arterioesclerosis.

En el estudio arriba mencionado también aparece la estimación de que en el Uruguay hay 72000 diabéticos adultos de los cuales 30000 serían desconocidos. La prevalencia de diabetes estimado para la población es de 3 %.

b) Cáncer

No existe un registro centralizado de todos los casos de cáncer; de ahí que no pueda hacerse un estudio de la incidencia y prevalencia del mismo. A pesar de ello, dada la alta letalidad de la enfermedad, podemos considerar que la morbilidad por cáncer es muy alta en nuestro país dado que ocupa el 2º lugar entre las primeras causas de muerte.

c) Accidentes

Mencionamos los accidentes, considerando que ocupan el 5º lugar en las tasas de mortalidad general con 37.9 muertes por 100.000 habitantes y también por el alto número de personas que son víctimas de incapacidad permanente. Su importancia es aun mayor si consideramos además los daños económicos que de ellos se derivan.

CUADRO Nº 11

Total de accidentes en el Uruguay según tipo de accidente para el año 1962 (x)

ACCIDENTES	Total de víctimas	Con incapacidad permanente	Muertos
En el trabajo	70.000	1.000	100
En el tránsito	10.000	1.000	350
En el hogar y actividades varios .	70.000	5.000	700
TOTAL	150.000	7.000	1.150

(x) Datos estimados por la Asociación Uruguaya de Seguridad.

Es de destacar el alto número de accidentes que ocurren en el hogar, que a la vez deja como saldo un total de 5.000 personas con incapacidad permanente.

Según datos aportados por la Asociación Uruguaya de Seguridad los accidentes en el hogar se clasifican de acuerdo a su frecuencia de la siguiente manera: cocinas, baños, azoteas y caídas.

d) **Enfermedades Mentales**

d1) **Generalidades**

En el país no existen datos de estudios directos de la morbilidad, pero se tienen datos de los ingresos hospitalarios. En los últimos 10 años se ha evidenciado un alto ingreso de pacientes a los Hospitales Psiquiátricos del M.S.P., según datos registrados en el Trabajo "Salud Mental en el Uruguay" de los doctores J. C. Rey y Hugo Tobler del año 1963, presentado en el Segundo Seminario Latinoamericano de la Salud Mental.

CUADRO Nº 12

Corresponde a los ingresos en los Hospitales Psiquiátricos del M.S.P. en el decenio 1950-1960 (x)

AÑO	Hospital Vilardebó	Colonia Etchepare	Total
1950	1.938	366	2.304
1960	3.348	1.639	4.987

(x) Cuadro elaborado con datos obtenidos en el M.S.P. y del trabajo arriba citado.

La población de enfermos psiquiátricos internados en el año 1962 es de 5.825, de los cuales 4.625 están en los dos Hospitales Psiquiátricos del M.S.P. y 1.200 en instituciones privadas; esto da una tasa de 229 internados por causas psiquiátricas por 100.000 habitantes. De los enfermos internados en los dos Hospitales Psiquiátricos del M.S.P. el 49.2 % provienen de Montevideo y el 46 % del interior de la República.

Las cifras obtenidas en la policlínica psiquiátrica del Hospital de Clínicas desde 1957 a 1963 muestran un aumento progresivo de pacientes atendidos, como lo muestra el Cuadro Nº 13.

CUADRO Nº 13

Número de pacientes atendidos en la Policlínica Psiquiátrica del Hospital de Clínicas en los años 1957-1963 (x)

AÑO	Número de pacientes atendidos
1957	385
1958	1.218
1959	1.283
1960	1.707
1961	1.824
1962	2.647
1963	4.013

(x) Fuente de información: Sindicato Médico del Uruguay, VIII Congreso Médico Social Panamericano. Marzo 1964. Boletín Informativo del Hospital de Clínicas, Año 1963.

d2) Suicidios

De las 10 causas de muerte más importantes en el quinquenio 1955-1959, cabe destacar la alta tasa de mortalidad por suicidio, que llegó a un valor de 12.6 por 100.000 habitantes, ocupando el segundo lugar en el concierto de naciones latinoamericanas; el primer lugar le corresponde a Cuba.

TABLA Nº 31

Intentos de suicidios y suicidios para la ciudad de Montevideo en el período junio 1962-junio 1963 (x)

		Tasas por 100.000 habitantes
Suicidios	136	11.3
Intentos	403	33.5
TOTAL	539	44.8

(x) Tabla elaborada con datos obtenidos del Segundo Seminario Latinoamericano de Salud Mental. Año 1963.

Se observa cierta relación entre los intentos de suicidio, el sexo y la edad.

En el sexo femenino el porcentaje es de un 80 % y en el masculino un 20 %.

En lo que respecta a la edad, el mayor número se centra en las personas de 19 a 22 años.

Entre las causas más comunes podemos encontrar trastornos emocionales afectivos: "Pérdida de afecto", "Inestabilidad emocional", "Inmadurez y falta de apoyo social".

d3) Toxicomanías

No fue posible obtener información estadística referente al consumo de drogas en el Uruguay. No obstante, la opinión de especialistas es de que el consumo de drogas tranquilizantes y estimulantes es bastante elevado en la población uruguaya.

Por otro lado, está bastante extendido el uso de alcaloides, siendo entre ellos los más utilizados: morfina, cocaína y codeína.

d4) Alcoholismo

El alcoholismo también ha acusado un importante incremento, como puede verse en la Tabla Nº 32.

TABLA Nº 32

Porcentaje de ingresos por alcoholismo al Hospital Vilordebó para los años 1950 a 1960 (x)

AÑOS	1950	1954	1958	1960
Porcentaje	18	25	32	38

(x) Elaborado con datos obtenidos del Segundo Seminario Latinoamericano de Salud Mental, 1963.

Las denuncias por alcoholismo resultan inexactas porque no hay legislación en el país que obligue a la determinación de la alcoholemia.

d5) Enfermedades mentales en el niño

Hay aproximadamente 5.500 niños anormales graves en el Uruguay; 3.500 débiles mentales verdaderos de cociente intelectual 0.70 para abajo y 1.500 mixtos, es decir, con irregularidades de carácter, y 500 con grandes anomalías de conducta. Se estima que de cada 6 o 7 niños anormales mentales, uno es atendido y educado.

Se acuerdo al Segundo Seminario Latinoamericano de Salud Mental, en este campo "se ha identificado para el Uruguay un grave déficit en la asistencia y prevención de los enfermedades mentales, sintetizándolo en cuatro grandes sectores:

—Superpoblación de enfermos psiquiátricos hospitalizados, con las consiguientes fallas referentes a:

- a) falta de camas.
- b) falta de personal especializado.
- c) falta de locales adecuados.

—Centralización de los hospitales mentales en la Capital.

—Carencia de organismos adecuados para realizar la higiene mental.

—Ausencia de sincronización de los diferentes organismos que trabajan sobre la salud mental".

Contribuiría a modificar esta situación la creación de Servicios de Asistencia Psiquiátrica en los hospitales más importantes de cada una de las regiones en que está dividido el país, y en todos los hospitales generales de Montevideo.

e) Enfermedades Transmisibles

Con respecto a las enfermedades transmisibles, partimos del hecho de que la denuncia no se cumple en nuestro país; de ahí que la información disponible sea inexacta por parcial y defectuosa. Aun así, pensamos que estos datos pueden dar alguna idea en relación a ciertas enfermedades comunes en nuestro medio.

El país ha sido dividido en regiones militares, como se muestra en el Esquema N° 4, y los casos denunciados evidencian diferencias regionales tal como puede apreciarse en la Tabla N° 33.

TABLA N° 33

Enfermedades transmisibles — Casos denunciados en 1961 por cada 100.000 habitantes (x)

ENFERMEDADES	REGIONES				País
	I	II	III	IV	
Quiste hidático	4.4	7.8	19.7	15.8	9.3
Tuberculosis pulmonar	65.8	42.7	74.9	48.6	61.9
Sífilis	5.1	12.2	17.5	8.8	8.9

(x) Fuente de información de la CIDE.

Es en la región III donde hoy una mayor incidencia de estas enfermedades transmisibles.

e1) Tuberculosis

Hasta 1930 la tuberculosis fue la primera causa de muerte en nuestro país; en 1961 ocupa el 7° lugar en la fosa de mortalidad con un 17.7 por 100.000 habitantes. Este descenso se manifiesta también en la morbilidad, pasando de 9 bacilares activos por 10.000 habitantes en el año 1948 a 2.5 por 10.000 habitantes para el año 1963. Según datos aportados por la Comisión Honorario para la Lucha Antituberculosa y obtenidos en 18 departamentos de los 19 del país, tenemos que, en el período de 1954-58 se registraron 6.551 casos y en el quinquenio 1958-63 se registraron 3.430 casos, lo que da un 47.6 % de disminución del segundo quinquenio con respecto al primero.

La tuberculosis pulmonar presenta una mayor frecuencia en las regiones I y III como lo denota la Tabla N° 33.

e2) Sífilis

La sífilis incide en mayor proporción en las regiones II y III y en

forma más leve en las regiones IV y I según lo muestra la Tabla N° 33. Se considera que en el último tiempo ha habido un aumento de enfermos aun cuando no se conoce el número de casos.

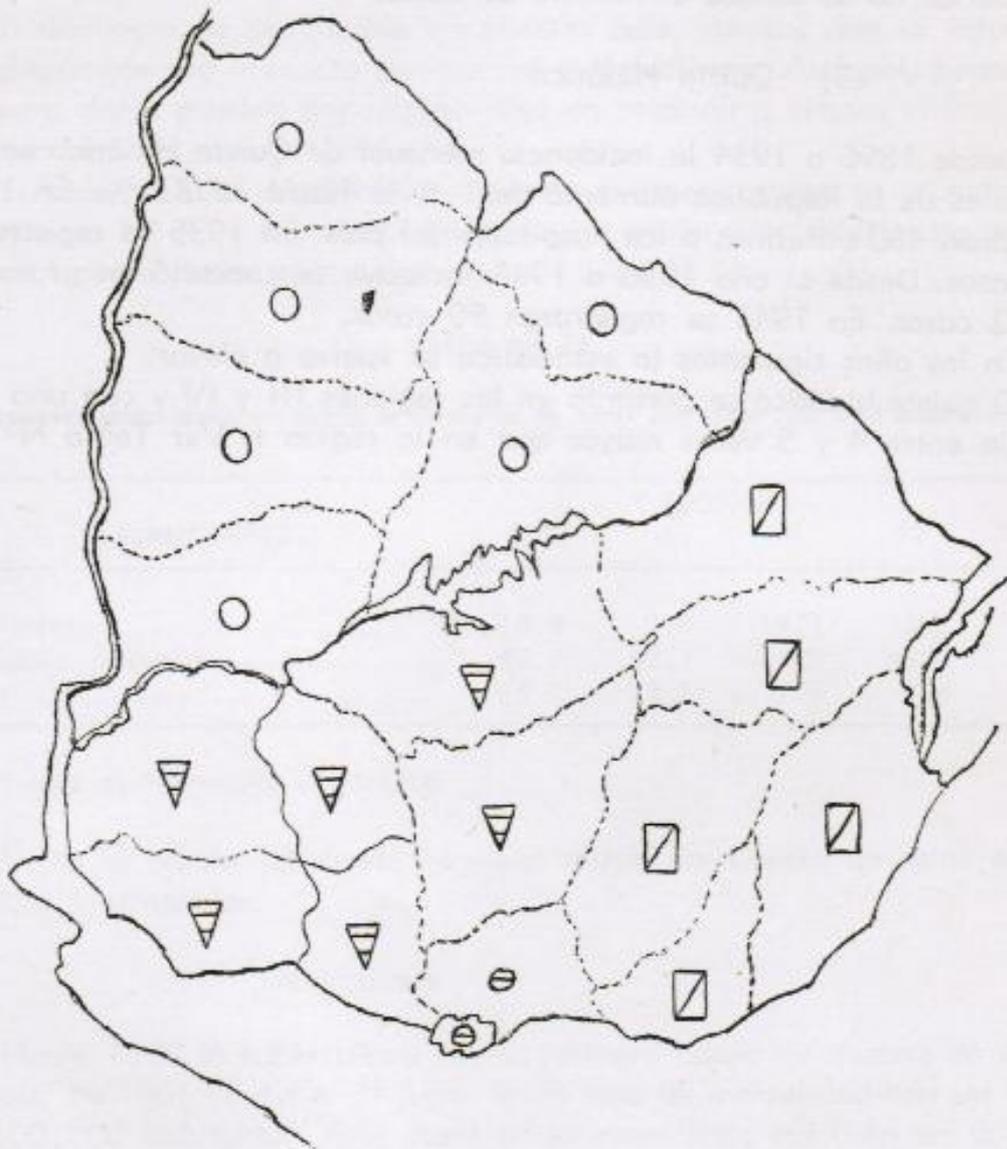
e3) Quiste Hidático

Desde 1896 a 1934 la incidencia mensual de Quiste Hidático en los hospitales de la República aumentó de 1.6 % hasta 36.33 %. En 1934 ingresaron 480 enfermos a los hospitales del país. En 1935 se registraron 292 casos. Desde el año 1936 a 1944 inclusive se constató un promedio de 332 casos. En 1945 se registraron 80 casos.

En los años siguientes la estadística se vuelve a elevar.

El quiste hidático se presenta en las regiones III y IV y con una frecuencia entre 4 y 5 veces mayor que en la región I. Ver Tabla N° 33.

Distribución de los Departamentos por Regiones Militares



- REGION I—Deptos. de Montevideo y Canelones.
- ▽ REGION II—Deptos. de Soriano, Colonia, San José, Flores, Florida, Durazno.
- REGION III—Deptos. de Artigas, Salto, Paysandú, Río Negro, Rivera, Tacuarembó.
- ◻ REGION IV—Deptos. de Cerro Largo, Treinta y Tres, Lavalleja, Maldonado, Rocha.

F) **Caries Dentales**

Las caries dentales constituyen uno de los problemas de salud de nuestro país. A través de la "Encuesta de Nutrición. Marzo-Abril 1962"

se comprobó "una alta frecuencia de caries dentales en todas las zonas y en todos los grupos de población". Por tal motivo se recomendó enfáticamente la fluoración de las aguas potables. Hasta el momento no se ha contemplado esta recomendación.

Según estudios realizados por la Facultad de Odontología el 95 % de la población presenta caries dentales.

g) Ausentismo en el Trabajo

En un estudio realizado por el I.U.D.L.O.P. en ocho oficinas de la Administración Pública, se comprobó que cada funcionario tiene un promedio de 21 días de faltas anuales por enfermedad. De esto se desprendería que el funcionario público tiene una salud sumamente precaria, ya que comparándolo con otras actividades o empleos de este país, ninguno da un promedio tan elevado de enfermos como la actividad pública.

En este promedio se han incluido las faltas justificadas (fallecimiento de familiares, nacimiento de hijos, licencia por maternidad, enfermedad, casamientos) y sin justificar, lo que nos lleva a no aceptarlo como un argumento de valor en la determinación del grado de salud de nuestra población. Pero consideramos que es un dato de valor en la formación del profesional que luego será funcionario público.

Según estudio realizado en el Hospital de Clínicas el ausentismo del personal de enfermería es de 40 días al año, considerando en esta cifra a todas las faltas del funcionario, a excepción de licencia anual y feriados reglamentarios.

C) Conclusiones

1. El país puede ofrecer a su población un adecuado suministro de proteínas, fósforo, hierro y calorías, los cuales se ingieren en cantidades adecuadas. Existe una baja ingestión de Vitamina A y Tiamina como consecuencia de una insuficiente disponibilidad de vegetales y frutas que a su vez responden a los hábitos de alimentación de la población.
2. En el norte del país, región militar III, existe una insuficiencia de yodo que ha sido interpretado como causa de bocio endémico en esa zona. (Esto dio origen a la promulgación de la ley de yoduración de la sal, en vigencia desde el año 1964, que podría ser uno de los factores que den solución al problema).
3. Se evidencian progresos importantes en el campo de la Salud Pública, lo cual se pone de manifiesto por el descenso de las tasas de mortalidad general y específicas y por el aumento de la expectativa de vida, pero aun existen problemas relacionados con ciertas enfermedades que pueden ser prevenidas. (Tubercu-

losis, Quiste Hidático, Sífilis, etc., que afectan a varias regiones de nuestro país).

4. El tipo de población envejecida dada por la baja de natalidad y por el aumento de la expectativa de vida, ha incrementado ciertos problemas de salud tales como las enfermedades vasculares, crónicas y degenerativas que constituyen las principales causas de mortalidad de nuestra población con tendencia a elevarse en los próximos años.
5. Entre los cinco primeras causas de mortalidad general se encuentran los accidentes, destacándose el muy elevado porcentaje de ellos en el hogar y en el trabajo, así como el alto grado de incapacidad permanente y muerte en los accidentes en el hogar.
6. La tasa de mortalidad infantil corresponde a la de un país con desarrollo intermedio por estar por encima del 30 o/oo, observándose en ella un descenso paulatino desde 1910.
7. Las principales causas de mortalidad infantil se relacionan con inadaptación al régimen alimentario y a lesiones debidas al parto, asfixia y atelectasia post-neo-natal.
8. El aumento paulatino y constante de la tasa de mortalidad proporcional muestra concordancias con la característica demográfica de la población y con los principales datos sobre mortalidad general, lo que confirma la tendencia a envejecer de nuestra población.
9. No existen datos que nos permitan conocer de manera precisa la morbilidad de nuestro país. A pesar de ello se estima que las enfermedades cardiovasculares, obesidad, diabetes, cáncer y caries dentales son de gran frecuencia en nuestro medio.
10. En los últimos 10 años se ha evidenciado un aumento considerable de las enfermedades mentales, con una tasa de 229 internados por 100.000 habitantes en el país para el año 1962 y con tendencia al aumento tanto en el número de internados como en las consultas externas.
11. En nuestro país la mortalidad por suicidio ocupa el segundo lugar en América Latina con una tasa de 12.6 por 100.000 habitantes.
12. La mayor incidencia de suicidios se centra en la edad de 19 a 22 años y con un alto porcentaje en el sexo femenino.
13. Se ha identificado en el Uruguay un grave déficit en la asistencia y prevención de las enfermedades mentales, sintetizándolo en cuatro grandes sectores:

1. Superpoblación de enfermos mentales hospitalizados con los consiguientes fallos referentes a:

- a) Falta de camas.
 - b) Falta de personal especializado.
 - c) Falta de locales adecuados.
2. Centralización de los hospitales psiquiátricos en la Capital.
 3. Carencia de organismos adecuados para realizar la higiene mental.
 4. Ausencia de sincronización de los diferentes organismos que trabajan sobre la salud mental.
14. Al hacer un estudio comparativo entre las cuatro regiones militares de nuestro país en lo referente a: la tasa de mortalidad infantil, a la tasa de mortalidad de 1-4 años y a la morbilidad de los enfermedades transmisibles más frecuentes en la República (tuberculosis, sífilis, quiste hidático, etc.) constatamos que la Región III es la más afectada. Si sólo se analiza la tasa de mortalidad infantil vemos que en la Región I es más elevada, pero consideramos que esto no es representativo debido a que a Montevideo afluye un gran porcentaje de población del Interior.
 15. Las enfermedades transmisibles propias de la infancia por su carácter endémico y epidémico en el país, constituyen especialmente en el grupo de población de 1 a 4 años, un serio problema sanitario. (Se carece de datos estadísticos que revelen este hecho que estimamos verdadero).
 16. En la Administración Pública el ausentismo es elevado.

CAPITULO V
INDICADORES RELACIONADOS CON SERVICIOS
DE SALUD

CAPITULO V

INDICADORES RELACIONADOS CON SERVICIOS DE SALUD

Para la elaboración de este capítulo se tuvo en cuenta información relativa a 1963 aportado por el M.S.P.; C.I.D.E.; y el informe del Sindicato Médico del Uruguay al VIII Congreso Médico Social Panamericano, marzo 1964.

A — Organización Sanitaria

Los organismos dedicados al cuidado de la salud pueden dividirse en tres tipos: Públicos, Privados y Semiprivados.

El campo de acción de estos organismos puede ser a nivel nacional o departamental.

1. Ministerio de Salud Pública

El M.S.P. centraliza el control de la salud del país; depende del Poder Ejecutivo; su dirección es política y no necesariamente técnica.

Controla la medicina asistencial por medio de la División Asistencia y la medicina preventiva por la División Higiene. Presta atención al 30 % de la población, aproximadamente.

Los campos no están totalmente limitados, por ejemplo, la División Asistencia tiene el control preventivo y curativo de la Tuberculosis y la División Higiene el control preventivo y curativo de la Sífilis.

El M.S.P. ejerce acción a nivel nacional para todos los habitantes y en todas las edades. A nivel departamental, a través de los Centros Departamentales constituidos desde 1960 por el Centro de Salud y el Centro Asistencial Departamental. Ambos dependen administrativamente de la División Asistencia.

La División Técnica ejerce el control y la reglamentación de la actividad profesional y técnica, pública y privada en todo el país. Cuenta con una Escuela de Sanidad, que prepara personal profesional y auxiliar de enfermería, de servicios generales y otros.

2. Consejo del Niño

Funciona con bastante autonomía. Se conecta con el Poder Ejecutivo por medio del Ministerio de Instrucción Pública y Previsión Social. Tiene bajo su responsabilidad el cuidado del niño desde el nacimiento hasta la mayoría legal de edad, 21 años en la mujer y 24 en el hombre. Debe funcionar a nivel nacional, pero su acción fundamental se ejerce en Montevideo.

3. Caja de Asignaciones Familiares

Son organismos privados con fines públicos, con ingresos a cargo de aportes patronales, con dirección tripartita de patrones, obreros y representantes del Poder Ejecutivo. Su acción está dirigida a la madre y al niño.

Ha realizado convenios con el M.S.P., y con hospitales privados en el Interior del País para la asistencia médica preventiva de la mujer embarazada. Tiene servicios propios para estos fines en Montevideo. Tiene además convenios con el Consejo del Niño y Consejo Departamental de Montevideo para acción especial con el pre-escolar y el escolar.

4. Universidad de la República

Es una institución oficial con carácter de ente autónomo descentralizado con recursos dados por el Presupuesto General de Gastos, por partidas globales, que son distribuidos según sus fines y prioridades.

Es el organismo de cultura superior profesional y técnica del país. Tiene bajo su cuidado la formación de todos los profesionales, incluyendo Escuelas de Servicio Social, de Parteras y Enfermería (estas dos últimas dependen administrativamente de la Facultad de Medicina).

Dentro de la Universidad se encuentra el Hospital de Clínicas con dependencia de la Facultad de Medicina, aunque cuenta con autonomía en los aspectos técnico-administrativos. Es un hospital nacional con funciones asistenciales y preventivas, siendo más desarrollada la primera.

La práctica de la medicina preventiva de la Universidad se limita a: Servicio Médico Preventivo de la Cátedra de Higiene de la Facultad de Medicina; a la producción de sueros y vacunas que realiza el Instituto de Higiene de la Facultad de Medicina; a un Servicio Médico preventivo para estudiantes y funcionarios de la Universidad, que depende de la Rectoría; un Departamento de Extensión Universitaria con dos proyectos, uno urbano y otro rural.

5. Organismos Privados

A nivel nacional existen otros organismos privados como la Asociación Uruguaya de Lucha contra el Cáncer, Asociación Uruguaya de Protección a la Infancia, Liga Uruguaya Antituberculosa, Fundación Procardios, Asociación de Diabéticos del Uruguay, etc.

6. Concejos Departamentales

El Concejo Departamental de Montevideo, a nivel departamental, desarrolla una amplia acción médico-preventiva, realizando exámenes a cierto tipo de trabajadores. En su División Higiene, el Municipio de Mon-

tevideo consta de varios departamentos, de los cuales uno de ellos es el encargado de la preparación de la vacuna antivariólica que es utilizada en el país.

Los Concejos Departamentales desarrollan fundamentalmente una acción médico-preventiva, contralor de alimentos y salubridad pública.

7. Mutualistas

Para gran parte de Montevideo y en menor escala en los departamentos del Interior del país, la medicina asistencial se realiza por medio de instituciones mutualistas. Existen 26 mutualistas en la capital y 40 pequeñas mutualistas en el interior.

Creemos necesario destacar que en las mutualistas se repite el déficit que se observa en los demás instituciones hospitalarias del país, en las que el concepto de atención médica integral no ha sido llevado a la práctica, dado que se encargan casi exclusivamente del aspecto curativo.

Por otra parte, el ingreso a dichas mutualistas es selectivo, ya que hay limitaciones en relación a edad y a las condiciones de salud de las personas.

El número de afiliados al mutualismo, incluyendo el Sindicato Médico, es de aproximadamente 530.000 personas; esta cifra llega a 700.000 aproximadamente, incluyendo familiares cercanos que reciben algún tipo de atención.

Estas instituciones están formadas por usuarios y generalmente dirigidas por Comisiones Directivas, excepto el C.A.S.M.U., que tiene dirección técnico-médica exclusivamente.

Gran cantidad de la población del interior recibe asistencia médica particular. No existe un sistema de organización sanitaria coordinado entre las instituciones encargadas de la Salud Pública por lo que frecuentemente se encuentran dos o más organismos trabajando en el mismo campo, en la misma familia y en el mismo individuo.

Los programas de salud de algunos de estos organismos son planeados a nivel central; por ejemplo, el M.S.P., Consejo del Niño, etc.

B — Costo de atención

Se calcula que el gasto en salud para el año 1963 (CIDE) debe haber alcanzado el 5.3 % del producto bruto interno. Este porcentaje es suficiente de acuerdo a comparaciones internacionales; es semejante al de los países más adelantados y está por encima de lo que se observa en América Latina en lo referente a gastos para el sector salud. De este gasto, la cuarta parte correspondería a fondos del M.S.P. Las empresas de salud (Mutualistas, Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay, etc.) en total gastarían cerca de cuatrocientos millones de pe-

sos. Diversos organismos del Estado contribuirían con ciento cincuenta o doscientos millones (Hospital de Clínicas, Hospital Militar, Hospital Penitenciario, Consejo del Niño, Asignaciones Familiares, Banco de Seguros, Consejos Departamentales, Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y otros) y el complemento sería integrado por el ejercicio liberal de la profesión.

Una estimación preliminar de la distribución del gasto en salud por habitante, según el origen de los fondos, revela diferencias regionales. El gasto privado de las regiones II, III y IV es diez veces menos que la región I, lo que alcanza a ser compensado por la mejor distribución del gasto público.

CUADRO Nº 14

Gasto en salud por habitante y región expresado en pesos para el año 1962 (x)

GASTOS	REGIONES				Para el país por habitante
	I	II	III	IV	
Pública	206	109	98	96	156
Privado	346	42	33	37	215
TOTAL	552	151	131	133	371

(x) Fuente de información la CIDE.

Los recursos materiales y humanos aplicados al servicio del país son relativamente aceptables, aun cuando su distribución por regiones no es homogénea.

C — Personal Sanitario

1. Personal Médico

Hemos tenido en cuenta los datos elaborados por el Sindicato Médico, única fuente de información existente sobre número de médicos en el país.

Existen en el ejercicio activo, en todo el país, 3051 profesionales, lo que da un promedio de 1 médico por cada 838 habitantes. En Montevideo se encuentran 2.400 y en el Interior del país 651, con lo que tenemos 1 médico para 2.124 habitantes en el Interior y 1 para cada 489 habitantes en la capital.

TABLA Nº 34

Distribución de médicos por departamentos para el año 1963 (x)

DEPARTAMENTOS	Nº de médicos	Nº de habitantes por médico
Artigas	21	2.481
Canelones	106	2.409
Colonia	56	1.871
Cerro Largo	25	2.849
Durazno	33	1.699
Flores	14	1.675
Florida	34	1.888
Lavalleja	34	2.928
Maldonado	41	1.501
Montevideo	2.400	489
Paysandú	48	1.812
Río Negro	17	2.749
Rivera	34	2.230
Rocha	25	2.037
Salto	43	2.153
San José	26	2.972
Soriano	38	1.967
Tacuarembó	34	2.243
Treinta y Tres	20	2.161
TOTAL	3.051	838

(x) Fuente de información: Sindicato Médico del Uruguay. VIII Congreso Médico Social Panamericano. Marzo 1964.

La Tabla Nº 34 muestra que en todos los departamentos hay déficit salvo en la Capital, pero en algunos se llega a cifras próximas de un médico para casi 3.000 habitantes.

Si se tiene en cuenta el índice internacional recomendado de 1 médico por cada 1.000 habitantes, que representa una tasa aceptable para los países desarrollados, nos encontramos frente a un problema de distribución y no de cantidad. Se entiende que cada país debe elaborar sus propios índices.

2. Personal de Enfermería

En lo que a personal de enfermería se refiere denominaremos **enfermero**, a los egresados de las escuelas: Universitaria de Enfermería y de Nurses "Dr. Carlos Nery"; y **auxiliar de enfermería**, a los registrados en la Escuela de Sanidad del M.S.P. y en la Sección Auxiliares del Médico de la Facultad de Medicina. Hacemos esta aclaración, dado que en nues-

tro medio no existe una legislación que, defina quien debe ser enfermero profesional. Esta falta de legislación crea confusión en relación a denominación, preparación, cargo y funciones del personal de enfermería. En general, en nuestro país, han sido considerados profesionales, a los egresados de la Escuela de Nurses Dr. Carlos Nery (Nurses) y a los egresados de la Escuela Universitaria de Enfermería (enfermero), pero entendemos que la preparación a nivel profesional debe ser realizado en el ámbito de la Universidad de la República.

Asimismo, entendemos que la designación del profesional de enfermería debe ser "Enfermero", dado que la palabra "Nurse" equivale en nuestro idioma al término "Enfermera"; éste fue el criterio que adoptaron las autoridades universitarias al designar a los egresados de la Escuela Universitaria de Enfermería.

No existe un estudio que nos permita conocer la situación de enfermería del país.

Ha sido necesario realizar una estimación acerca del número de enfermeros profesional activos, ya que se desconoce el número de personas que ocupa más de un cargo. Se estima en 700 el número de enfermeros profesionales activos para todo el país, lo que da un promedio de población de 3.570 por enfermero (para el año 1963).

En Montevideo trabajan aproximadamente 640 enfermeros, de los cuales 363 son funcionarios del Ministerio de Salud Pública; y 158 del Hospital de Clínicas; 30 de Asignaciones Familiares; 49 del C.A.S.M.U.; 4 de Sanidad Militar y 18 en la Escuela Universitaria de Enfermería.

En el Interior de la República trabajan aproximadamente 80 enfermeros profesionales de los cuales 70 son funcionarios del M.S.P. y 10 de la asistencia privada.

En Montevideo hay un enfermero profesional por cada 1.820 habitantes; en cambio en el Interior hay un enfermero por cada 18.666 habitantes. Por lo cual vemos que el 88 % de los enfermeros activos trabajan en Montevideo y el 12 % restante en el Interior de la República. Lo mínimo recomendado internacionalmente es de 3 enfermeros por 10.000 habitantes.

No se dispone de información relativa a número y distribución de personal auxiliar de enfermería para el país. Esperamos que la situación del personal profesional y auxiliar de enfermería pueda ser estudiado por otro grupo.

3. Asistentes Sociales

Los únicos datos obtenidos son los M.S.P. y Hospital de Clínicas, los cuales no son demostrativos ya que representan una parte del número de estos profesionales existentes en el país.

En el Ministerio de Salud Pública hay 110, correspondiendo 87 a la

Capital y 23 al Interior. En el Hospital de Clínicas existen 19, sumando un total de 129. (Año 1963).

4. Dietistas

El número total de dietistas egresados hasta 1963 es de 212, trabajando todos en la Capital, excepto 1 o 2 que trabajan en el Interior.

5. Educadores Sanitarios

Hay cuatro en todo el país, los cuales ejercen su profesión alternadamente en la Capital y en el Interior del país. (Año 1963).

6. Ingenieros e Inspectores Sanitarios

El número de ingenieros sanitarios preparados en el campo de Salud Pública graduados fuera del país es de 10. Ejercen, sin embargo, funciones de ingenieros sanitarios en organismos sanitarios 69 ingenieros civiles. Inspectores sanitarios u Oficiales de Higiene Ambiental, existen 49 en todo el país. (Año 1963).

7. Odontólogos

El total de estos profesionales en ejercicio en 1963 es de 1.073, de los cuales 798 están radicados en Montevideo, y 275 en el Interior.

En Montevideo, la relación es de un profesional por cada 1.469 habitantes y en el Interior es de un profesional por cada 5.199 habitantes. En todo el país la relación es de un odontólogo para 2.300 habitantes. Las necesidades promedio estimadas es de un profesional por cada 1.000 habitantes.

8. Parteras

Según datos oficiales obtenidos en distintas Instituciones tenemos que en Montevideo, en 1963, trabajan 380 parteras distribuidas de esta manera:

M.S.P.	— 35
C.A.S.M.U	— 12
Asignaciones Familiares	— 23
Hospital Militar	— 7
Ejercicio liberal	—300

En el Interior hay 86 cargos presupuestales en el M.S.P. y 84 parteras que ejercen libremente.

D — Número de camas de hospital por habitantes

La disponibilidad de camas en todo el Uruguay es irregular, concentrándose el mayor número en Montevideo.

Existen para todo el país 17.249 camas en el año 1963, distribuyéndose en la siguiente forma.

Montevideo —9.250
Interior —7.999

Esto determina un promedio de:

- 6.7 camas para 1.000 habitantes en toda la República.
- 7.9 camas por 1.000 habitantes en Montevideo.
- 5.8 camas por 1.000 habitantes en el Interior.

TABLA Nº 35

Distribución de camas por servicio para el año 1963 en todo el país, público y privado (x)

SERVICIO	Número de camas	Promedio por mil hab.	Índice recomendado
Psiquiatría	3.932	1.5	5
Pediatría	1.521	0.45	
Geriatría	952	0.4	2
Tuberculosis	2.320	0.9	2.5
Trasmisibles en gen. inc. sífilis y lepra	328	0.12	
Generales	8.196	3.33	5
TOTAL	17.249	6.70	

(x) Datos tomados del Informe del Sindicato Médico del Uruguay al VIII Congreso Médico Panamericano. Marzo 1964.

Esta Tabla muestra que el número de camas es insuficiente y que su distribución es inadecuada.

TABLA Nº 36

Relación número de camas y población por grandes áreas en el Uruguay 1963 (x)

AREAS	Población 1963	Total de camas	Índice por mil hab.
Para el país	2.556.020	17.249	6,7
Para Montevideo	1.171.114	9.250	7,9
Para el Interior	1.382.906	5.210(1)	5,8

(x) Datos obtenidos del informe presentado por el Sindicato Médico del Uruguay. VIII Congreso Médico Social Panamericano. Marzo 1964.

(1) Se excluyeron las camas para atención psiquiátrica (Colonia de Alienados) que se integran a las cifras del país.

TABLA Nº 37

Distribución de camas hospitalarias en el Uruguay según organismos asistenciales 1963 (x)

ORGANISMOS	Montevideo	Interior	Total
Ministerio de Salud Pública	6.380	7.609	13.989
Ministerio de Instrucción Pública. Hospital Penitenciario	64	—	64
Universidad. Hospital de Clínicas	606	—	606
Ministerio de Hacienda. Banco de Seguros	200	—	200
Ministerio de Defensa Nacional. Hospital Militar. Cerrillos	310	40	350
Ministerio de Industrias y Trabajo. Asignaciones Familiares	146	—	146
Organismos no Oficiales	—	350(1)	350
C.A.S.M.U.	242	—	242
Hospital Español	150	—	150
Hospital Italiano	120	—	120
Hospital Británico	112	—	112
I.M.P.A.S.A.	54	—	54
Mutualismo	510	—	510
Otros privados	356(1)	—	356
TOTALES	9.250	7.999	17.249

(x) Fuente de información: Sindicato Médico del Uruguay. VIII Congreso Médico Social Panamericano. Marzo 1964.

(1) Cifras estimadas por carecer de datos oficiales.

E — Conclusiones

1. El porcentaje del P.B.I. aplicado al sector salud es alto pero mal utilizado, por la falta de planificación y coordinación central, lo cual repercute en la mala atención de la comunidad, originando duplicación de servicios en algunos casos y omisión en otros.
2. La mayor parte de la población del Interior de la República recibe asistencia médica privada.
3. El número de médicos con que contamos está por encima del recomendado por la O.M.S. (se recomienda un médico para cada 1.000 habitantes y nosotros tenemos uno para cada 838 habitantes) pero existe un problema de distribución ya que en Montevideo hay un médico para cada 489 habitantes y en el Interior llega a cifras aproximadas a los de un médico para más de 2.000 habitantes en once de los diecinueve departamentos de la República. La disponibilidad de otros profesionales como odontólogos, ingenieros sanitarios, asistentes sociales, etc. es insuficiente.
4. Los índices de camas generales y por servicio especializado están por debajo de los recomendados internacionalmente.
5. No existe un estudio que nos permita conocer la situación de enfermería de nuestro país.
6. La preparación del personal de enfermería profesional y a nivel de auxiliar, se realiza en dos Instituciones:

—En la Universidad, organismo que tiene a su cargo la educación a nivel superior y

—En el M.S.P., organismo que tiene a su cargo la planificación, ejecución y control de los programas de salud.

7. La División Técnica del M.S.P. al preparar personal de enfermería, está asumiendo funciones que corresponden a otros organismos estatales que tienen como finalidad central la Educación.
8. Existe una falta de planificación de Enfermería a nivel nacional lo que ocasiona dificultades en el ejercicio de la profesión, así como confusión y riesgo en el público.
9. El número de enfermeros profesionales está por debajo del mínimo recomendado por la O.M.S. para América Latina; a lo que se agrega una mala distribución de los mismos en el país.
10. En las Instituciones Sanitarias de nuestro medio no se ha sistematizado el trabajo en equipo.

CAPITULO VI
RESUMEN DE
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PARA LA
ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA

CAPITULO VI

RESUMEN DE CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PARA LA ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA

Al elaborar las recomendaciones se ha tomado como referencia la información recogida y no la situación existente en la Escuela Universitaria de Enfermería, ya que dicha información y recomendaciones serán utilizadas para redefinir los objetivos partiendo de la realidad nacional. Por este motivo es probable que aparezcan recomendaciones que se contemplan en el actual plan de estudios. Se consideró de valor ordenar las conclusiones y recomendaciones en dos grupos:

- Las que tienen relación directa con los objetivos del plan de estudios básico y
- Las que podrían ser útiles en otros planes de la Institución.

A — CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES CONSIDERADAS SIGNIFICATIVAS PARA LA FORMULACION DE LOS OBJETIVOS DEL PLAN DE ESTUDIOS BASICO

CONCLUSIONES

1. Desde el punto de vista socioeconómico, los principales problemas que nuestro país enfrenta son:
 - a) Falta de planificación del desarrollo.
 - b) Existencia de latifundio y minifundio.
 - c) Escaso desarrollo industrial que afecta al sector primario y secundario.
 - d) Producción baja, que no llega a cubrir la creciente elevación del consumo en algunos rubros.

RECOMENDACIONES

- 1.a—Ayudar a crear conciencia en los estudiantes sobre los graves problemas que vive el país, y de la responsabilidad que como futuros profesionales deben asumir para contribuir a solucionarlos.
- 1.b—Ayudar a los estudiantes a comprender la interrelación entre los problemas socioeconómicos y el nivel de salud de la población, capacitándolos para participar en el desarrollo de los planes de salud de país.
- 1.c—Determinar los valores morales que deberían ser jerarqui-

CONCLUSIONES

- c) Tasa de desocupación alta y ascendente.
 - f) Alta movilidad social descendente, concurriendo a un gran aumento de las clases bajas.
 - g) Falta de mercado que utilice al personal técnico especializado.
 - h) Alta cifra de analfabetismo y deserción escolar.
 - i) Crisis moral, política y ciudadana.
2. Las clases medias carecen de un fuerte sentido gremial y los estudiantes de esta Escuela pertenecen en su mayoría a las clases medias inferiores. Se observa una escasa participación de los egresados en su asociación gremial.
3. Uno de los rasgos sobresalientes del uruguayo es el rechazo hacia las obras colectivas emprendidas o realizadas por la autoridad y su dificultad para autodisciplinarse.

RECOMENDACIONES

- zados en el plan de estudios en relación con la formación personal y ciudadana de los estudiantes.
- 2.a—Contemplar en los objetivos actitudes y habilidades que contribuyan a formar profesionales capaces de participar y fomentar el desarrollo de su asociación gremial.
 - 2.b—Favorecer el desarrollo de las cualidades de líder en aquellos estudiantes que manifiestan potencialidades como tales.
 - 2.c—Incrementar el conocimiento de las estudiantes en relación a las conquistas profesionales de enfermería de otros países.
 - 3.a—Acentuar el esfuerzo que la Escuela está haciendo para desarrollar en los estudiantes objetivos de cooperación, dado el rechazo del uruguayo hacia las obras colectivas emprendidas o realizadas por la autoridad.
 - 3.b—Enfatizar, a través de todo el curriculum, la importancia de la puntualidad como una forma de respeto hacia el tiempo de los demás y de autodisciplina.

CONCLUSIONES

4. El uruguayo sustenta ideas erróneas respecto a salud y enfermedad, derivadas en parte de algunos de sus rasgos tales como superstición, sugestión, etc.
5. El uruguayo en general, utiliza formas de recreación pasivas en las cuales oficia más de espectador que como actor.
6. El uruguayo común desconoce los valores artísticos nacionales.
7. El analfabetismo alcanza cifras elevadas en nuestro país ya que existen 200.000 analfabetos y un 50 % de los niños en edad escolar no completan esta ciclo.
8. A través de la Enseñanza Media se observa un sensible menosprecio por la actividad técnica y manual, contemplándose en grado mínimo el desarrollo del estudiante en el terreno de las habilidades motoras.

RECOMENDACIONES

- 4.a—Ayudar a los estudiantes a comprender que los patrones culturales y creencias varían de una cultura a otra, y aun dentro de una misma cultura, en los diferentes grupos sociales.
- 4.b—Ayudar a los estudiantes a comprender que los patrones culturales y creencias influyen en el tipo de recursos que la persona utiliza para la atención de sus problemas de salud.
- 4.c—Conocer qué creencias en relación a salud y enfermedad tienen los estudiantes para determinar las necesidades de cambio en este sentido.
5. Debería buscarse el modo de promover en los estudiantes la formación de hábitos recreativos favorables a su desarrollo y de prepararlos para favorecer la misma formación de hábitos en la población.
6. Promover en los estudiantes comprensión de las realizaciones artísticas nacionales, y el desarrollo de valores artísticos.
7. Ayudar a los estudiantes a comprender la gravitación que el nivel educacional tiene en los problemas de salud de la comunidad y prepararlos para participar en programas de educación sanitaria.
8. Teniendo en cuenta la importancia que las habilidades motoras tienen en enfermedad, jerarquizar al desarrollo de las mismas a través del curriculum, y estudiar cómo promover dicho desarrollo.

CONCLUSIONES

9. En las ciudades pequeñas y en las poblaciones rurales el abastecimiento de agua potable es limitado, lo cual hace suponer que de no solucionarse este problema las enfermedades gastrointestinales de la infancia y la mortalidad infantil por las mismas, continuarán siendo un problema de importancia en nuestro país.
10. El problema relativo a alcantarillado es de mayor extensión que el abastecimiento de agua, puesto que hay un menor número de población que dispone de este servicio.
11. Tanto en la Capital como en el Interior existe un serio problema con los basurales, aun en las zonas en que se efectúa recolección diaria de basuras, y se realiza educación sanitaria. Asimismo se considera de seria importancia el problema de insectos y roedores.
12. El país puede ofrecer a su población un adecuado suministro de proteínas, fósforo, hierro y calorías, los cuales se ingieren en cantidades adecuadas, pero existe una baja ingestión de Vitamina A y Tiamina como consecuencia de una insuficiente disponibilidad de vegetales y frutas que a su vez responde a los hábitos de alimentación de la población.
13. En el norte del país, Región Militar III, existe una insuficiencia de yodo que ha sido interpretada como causa del bocio endémico en esa zona. (Esto dio origen a la promulgación de la Ley de Yoduración de la sal, en vigencia desde el año 1964, que podría ser uno de los factores que den solución al problema).

RECOMENDACIONES

9. 10. 11.a—Ayudar a los estudiantes a que adquieran comprensión de los principales problemas de higiene ambiental y su repercusión en la salud de la población.
9. 10. 11.b—Conocer qué hábitos higiénicos tienen los estudiantes para determinar las necesidades de cambio al respecto.
9. 10. 11.c—Teniendo en cuenta la importancia de la educación sanitaria en la solución de los problemas relacionados con la higiene ambiental, preparar a los estudiantes para participar efectivamente en dicha educación.
12. Contemplar en la enseñanza las características de nuestra población en cuanto a hábitos de alimentación y la repercusión que esto tiene sobre la salud pública.
- 13.a—Contemplar en el curriculum básico el enfoque de las enfermedades por carencias nutricionales más importantes por la proporción de población afectada.
- 13.b—Considerar al bocio dentro del estudio de las enfermedades endémicas como una de las de mayor importancia, ya que afecta a una amplia zona del país.

CONCLUSIONES

14. Se evidencian progresos importantes en el campo de la salud pública, lo cual se pone de manifiesto por el descenso de las tasas de mortalidad general y específicas, y por el aumento de la expectativa de vida; pero aun existen problemas relacionados con ciertas enfermedades que pueden ser prevenidas. (Tuberculosis, quisto hidático, sífilis, caries dentales, etc., que afectan a nuestro país).
15. El tipo de población envejecida, dada por la baja tasa de natalidad y por el aumento de la expectativa de vida, ha incrementado ciertos problemas de salud tales como las enfermedades vasculares, crónicas y degenerativas, que constituyen las principales causas de mortalidad de nuestra población, con tendencia a elevarse en los próximos años.
16. Entre las cinco primeras causas de mortalidad general se encuentran los accidentes, destacándose el muy elevado porcentaje de ellos en el hogar y en el trabajo, así como el alto grado de incapacidad permanente y muertes en los accidentes en el hogar.
17. La tasa de mortalidad infantil corresponde a la de un país con desarrollo intermedio por estar por encima del 30 o/oo, observándose en ella un descenso paulatino desde 1910.
18. Las principales causas de mortalidad infantil se relacionan con inadecuación al régimen alimentario y a lesiones debidas al parto, asfixia y atelectasia postneonatal.

RECOMENDACIONES

14. Preparar a los estudiantes para participar en el equipo de salud en su acción epidemiológica tendiente a mejorar los problemas relacionados con estas enfermedades.
- 15.a—Preparar a los estudiantes para la atención del crónico y del anciano, en medios asistenciales y en el hogar.
- 15.b—Capacitar a los estudiantes para la comprensión de los problemas sociales presentes y futuros que han de surgir por aumento de estos problemas.
- 15.c—Crear conciencia en los estudiantes del campo de acción que debería tener enfermería en el ámbito estatal y privado para atender las necesidades de este grupo de población.
16. Preparar a los estudiantes para contribuir efectivamente en la prevención de accidentes y en la rehabilitación del accidentado.
17. 18. Preparar a los estudiantes para participar con el equipo de salud en la atención materna e infantil:
 - a) Jerarquizando la prevención de las principales causas de mortalidad infantil.
 - b) Jerarquizando la preparación de la embarazada, a fin de disminuir sus riesgos de enfermedad y muerte.

CONCLUSIONES

19. El porcentaje de abortos en el Uruguay es muy elevado, estimándose su relación con los partos de 1 a 3.
20. En la Región Militar III las tasas de mortalidad infantil, de 1 a 4 años y de morbilidad de las enfermedades transmisibles más frecuentes en la República (tuberculosis, sífilis, quisto hidático, etc.) son más elevadas que en las restantes regiones militares.
21. Las enfermedades transmisibles propias de la infancia por su carácter epidémico y endémico en el país constituyen especialmente en el grupo de población de 1 a 4 años, un serio problema sanitario. (Se carece de datos estadísticos que revelen este hecho que estimamos verdadero).
22. En los últimos 10 años se ha evidenciado un aumento considerable de las enfermedades mentales; problema éste que se agrava con el déficit en la asistencia y provisión de las mismas.
23. No existe un sistema coordinado de organización sanitaria, lo que origina duplicación u omisión del cuidado de la salud del individuo; y además no asegura la atención integral de nuestra población, a pesar de la alta inversión en este sector.

RECOMENDACIONES

- 19.a—Enfocar el problema del aborto desde el punto de vista de sus consecuencias sociales, sanitarias, económicas y ético-legales.
- 19.b—Incluir en el plan de estudios Enfermería Ginecológica.
20. Desarrollar en los estudiantes comprensión de la magnitud de los problemas de salud en las diferentes regiones militares del país; así como de sus causas y de las posibles soluciones.
20. 21. Enfatizar en el curriculum básico la preparación de los estudiantes para la prevención de las enfermedades transmisibles de mayor importancia en nuestro medio, así como para el cuidado directo de este tipo de enfermos.
- 22.a—Desarrollar en los estudiantes comprensión de los mayores problemas de enfermedad mental y de los factores que gravitan en su incidencia y prevención.
- 22.b—Capacitar a los estudiantes a nivel inicial para cuidar al paciente psiquiátrico.
23. 24. Intensificar el análisis de los problemas que afectan a la profesión y promover en los estudiantes la inquietud por contribuir en la solución de los mismos.

CONCLUSIONES

24. A pesar de no haberse realizado un estudio, creemos que los problemas más importantes que enfrenta enfermería son:
- a) Falta de planificación a nivel nacional
 - b) Falta de legislación de enfermería.
 - c) Persiste aun preparación de enfermería profesional, a cargo del Ministerio de Salud Pública cuyo cometido no es preparar profesionales dado que esto corresponde a la Universidad de la República.
 - d) Hay mala distribución de las enfermeras profesionales que agrava el déficit de las mismas.

RECOMENDACIONES

B — CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES SIGNIFICATIVAS PARA OTROS PLANES DE LA INSTITUCION

CONCLUSIONES

1. En el segundo ciclo de Enseñanza Secundaria la población estudiantil en la Capital es muy superior a la del Interior.
2. En la Enseñanza Media los planes de estudio se han mantenido estáticos por un período de tiempo bastante prolongado.
3. En los últimos 10 años se ha evidenciado un aumento considerable de las enfermedades mentales; problema éste que se ve agravado con el déficit en la asistencia y prevención de las mismas.
4. La mortalidad por suicidio de nuestro país ocupa el 2do. lugar en América Latina y su mayor incidencia se centra en la edad de 19 a 22 años con un mayor porcentaje en el sexo femenino.

RECOMENDACIONES

1. Intensificar el programa de reclutamiento de aspirantes para el curso básico dentro de la población estudiantil de Montevideo.
2. Tener esto en cuenta ya que podría repercutir en una relativa resistencia a cambios por parte de los estudiantes al comenzar la Enseñanza Superior. Seleccionar métodos de enseñanza que favorezcan cambios graduales.
- 3.a—Preparar enfermeras especializadas en el campo de la Psiquiatría.
- 3.b—Promover en Facultad de Medicina el mejoramiento del tiempo de práctica de Psiquiatría.
4. Buscar los medios que contribuyan a prevenir y/o atender los problemas de orden emocional que se manifiestan en el estudiantado.

CONCLUSIONES

5. A pesar de no haberse realizado un estudio, creemos que los problemas más importantes que enfrenta enfermería son:
 - a) Falta de planificación a nivel nacional.
 - b) Falta de legislación de enfermería.
 - c) Persiste aun preparación de personal de enfermería profesional a cargo del Ministerio de Salud Pública cuyo cometido no es preparar profesional dado que este corresponde a la Universidad de la República.
 - d) Hay mala distribución de las enfermeras profesionales, lo que agrava el déficit de las mismas.
6. En las Instituciones Sanitarias de nuestro medio no se ha sistematizado el trabajo en equipo.

RECOMENDACIONES

- 5.a—Promover dentro de la Universidad el reconocimiento de Enfermería como profesión asegurándole los mismos derechos y garantías que poseen las demás profesiones universitarias.
- 5.b—Realizar un estudio sobre el número de personal de enfermería activo, su distribución y estimación de necesidades para los próximos 10 años, previa información sobre los planes de desarrollo en materia de salud pública y adecuar las estimaciones sobre necesidades de enfermería a dichos planes.
6. Fomentar en las Instituciones Sanitarias la sistematización del trabajo en equipo para incrementar su eficacia y ofrecer a los estudiantes la oportunidad de un aprendizaje real.

BIBLIOGRAFIA

B I B L I O G R A F I A

- AMERICA EN CIFRAS. — Estadísticas Demográficas. — Nº 1 — 1960 — Estadísticas Sociales y del Trabajo — Nº 7 — 1960.
- BARU, RENE JULIAN. — Servicios Asistenciales del Ministerio de Salud Pública del Uruguay — 1960-1963.
- BENEDETTI, MARIO. — El País de la Cala de Paja — Edit. Ciudad Vieja — Montevideo — 1961.
- BOLETIN ECONOMICO DE AMERICA LATINA. — Suplemento Estadístico de las Naciones Unidas — Vol. V.
- BOUTON, R. Y. — La Vida Rural en el Uruguay — Edit. Monteverde — Montevideo — 1961.
- CASSINONI, MARIO. — La Universidad de la República — Publicaciones de la Universidad — 1961.
- CENTRO LATINOAMERICANO DE INVESTIGACIONES EN CIENCIAS SOCIALES. — Estratificación y Movilidad Social en el Uruguay — Publicación Nº 5 — Setiembre — 1961.
- C.E.P.A.L. — Desarrollo Económico — Tomo II — 1960.
- C.I.D.E. — Estudio Económico del Uruguay. — Evoluciones y Perspectivas — Marzo 1960.
- COMITE INTERDEPARTAMENTAL SOBRE NUTRICION PARA LA DEFENSA NACIONAL. — Encuesta de Nutrición — Marzo-Abril 1962.
- CURSO INTENSIVO DE DESARROLLO ECONOMICO. — Anexos al Reportado sobre Desarrollo Industrial del Uruguay — Da la Secretaria Ejecutiva — Noviembre 1961 — Universidad de la República.
- DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICAS Y CENSO DEL MINISTERIO DE HACIENDA. — Características demográficas del Uruguay — 1962 — Muestra de Anticipación de Resultados Censales — IV Censo General de Población y II de Vivienda — 16 de octubre de 1963.
- EL PAIS. — Ante los grandes temas nacionales "El libro uruguayo" — Suplemento Nº 17 — 2 de junio 1963 — "El espectáculo público" — Suplemento Nº 23 — 23 de julio 1963.
- ETCHEVERRY BOGGIO, B. — Corte vertical de la Enseñanza en los últimos 10 años — C. N. E. P. y N. — Mayo 1963 — Datos estadísticos comparativos sobre el rendimiento educativo en Escuelas Públicas de Enseñanza Primaria — C. N. E. P. y N. — Marzo 1963 — Datos estadísticos comparativos sobre escuelas y número de alumnos de Enseñanza Primaria Pública y Privada — C. N. E. P. y N. — Marzo 1962.
- FARAONE, ROQUE. — Educación y desarrollo a nivel de la Enseñanza Media — Montevideo — 1963 — La Universidad y la Enseñanza Media — Tribuna Universitario — 1959.
- GANON, ISAAC. — Estratificación Social en Montevideo — Informe preliminar y parcial

- de la encuesta realizada en 1959 por el Instituto de Ciencias Sociales de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de Montevideo, sobre Estratificación y Movilidad Social.
- GARMENDIA, JORGE. — Algunas consideraciones metodológicas sobre una investigación de estratificación y movilidad social — Instituto de Ciencias Sociales de Montevideo — 1960.
- INSTITUTO URUGUAYO DE LA OPINION PUBLICA. — Encuesta sobre cómo usan su tiempo los habitantes de Montevideo — 28/VII-27/VIII — 1955 — Una incógnita nacional: "El Empleado Público" — Montevideo - - 1956.
- LABBENS, JEAN y SOLARI, ALDO. — Movilidad Social en Montevideo - - Informe Preliminar y Parcial de los datos obtenidos en la Encuesta realizada por el Instituto de Ciencias Sociales de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de Montevideo, sobre Estratificación y Movilidad Social - - 1959.
- PEREZ FONTANA, VELARDE. — Conceptos fundamentales para la profilaxis en general y de la Hidatidiasis en particular.
- QUIJANO, CARLOS. — Población activa y renta nacional del Uruguay -- Revista de Economía — Año VIII — Nº 42-43 — Marzo-Agosto - - Uruguay País Viejo — Semanario Marcha — Días 3-10/VIII -- 1962.
- RAMA, CARLOS. — Ensayo de Sociología Uruguaya - - Las Clases Sociales en el Uruguay. - - Edit. Nuestro Tiempo — Montevideo - - 1960.
- REY, J. C. y TOBLER, C. H. — La Salud Mental en el Uruguay — Segundo Seminario Latinoamericano de Salud Mental — Setiembre 1963.
- SAND, OLE — Curriculum Study in Basic Nursing Education — G. P. Putnam's Sons — New York - - 1955.
- SANTOS VEIGA, F. — Uruguay, paraíso de los obesos — Semanario Marcha Nº 1196, 1197, 1198, 1199.
- SEMANARIO MARCHA Nº 1214. - - Cuando la ignorancia puede ser crimen.
- SINDICATO MEDICO DEL URUGUAY. — La salud en función del desarrollo económico y social — Relato oficial — Tema 1 - - Octavo Congreso Médico Social Panamericano — Marzo 1964.
- SOLARI, ALDO. — Sociología - - Tomo II - - Publicación del Centro de Estudiantes de Notariado — 1958 — Sociología Rural Nacional — 2ª Edición — Fac. de Derecho — 1958 — Cuadro Social en el Uruguay — Primer Congreso de Servicio Social — Réquiem para la izquierda — Gaceta de la Universidad Nº 22 — Noviembre — 1962.
- TYLER, RALPH. — Basic Principles of Curriculum and Instruction - - The University of Chicago Press — Illinois — 1959.