

SERVICIO NACIONAL DE SALUD

BOLETIN



SANTIAGO—CHILE
ENERO - FEBRERO DE 1958

BOLETIN DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD



BOLETIN DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Toda acción en medicina individual y colectiva se concreta en la aplicación de una norma técnica por medio de un procedimiento administrativo.

DIRECCION

Sub Director Normativo

D. A. ABRAHAM HORWITZ

REDACCION:

Sub Departamento de Educación Sanitaria

CASILLA 3979-SANTIAGO

AÑO (Vol.) IV

SANTIAGO DE CHILE, ENERO-FEBRERO DE 1958

Nº 1

SUMARIO

Págs.

<i>Editorial: El Informe de la Misión Klein Saks</i>	3
<i>Informe de la Misión Klein & Saks sobre el Servicio Nacional de Salud</i>	9
<i>Primeras Jornadas Médico-Sociales</i>	37
<i>Resumen de acuerdos sobre el tema I "Salud y Economía"</i>	41
<i>Resumen de acuerdos sobre el tema II "El Servicio Nacional de Salud"</i>	43
<i>Resumen de acuerdos sobre el tema III "Medicina del Trabajo"</i>	48
<i>Resumen de acuerdos sobre el tema IV "Atención Médica Rural"</i>	51
<i>Las responsabilidades del Servicio en el uso profesional de los Rayos X y de las sustancias radioactivas</i>	56
<i>La higiene mental y la energía atómica</i>	69
<i>Conclusiones y recomendaciones de un "Estudio sobre las actividades de Higiene Maternal e Infantil"</i>	64
<i>Influenza en 1957</i>	67
<i>Desarrollo del Programa de BCG</i>	72
<i>Proyecto de Programa de divulgación del Servicio y de relaciones con la comunidad</i>	74
<i>Algunas sugerencias sobre conducción de debates</i>	81
<i>XI Congreso Cuadrinacional del Consejo Internacional de Enfermeras</i>	97
<i>Conclusiones del Primer Congreso Latinoamericano de Inspectores de Saneamiento</i>	93
<i>Resumen de los acuerdos más importantes del Honorable Consejo Nacional de Salud</i>	95
<i>La Contraloría dictamina que el Consejo Nacional de Salud no tiene facultades para mejorar rentas de funcionarios</i>	95
<i>Balace del ejercicio 1956-57 de la Gerencia Agrícola</i>	100
<i>Presupuesto del Servicio para 1958</i>	106
<i>Convenio de prestaciones médicas con el Servicio de Seguro Social y Compañía de Acero del Pacífico</i>	112

<i>Aprueba el Reglamento para Talleres Sanitarios</i>	116
<i>Reglamento para los Programas Cooperativos de Salud</i>	124
<i>Contrato de prestaciones médicas con Servicio de Seguro Social y la Empresa Nacional de Electricidad</i>	140
<i>Reglamento de prestaciones a alumnos de escuelas profesionales del Servicio</i>	144
<i>Departamento Jurídico: Pago de subsidio a la mujer obrera en los periodos pre y post natal</i>	150
<i>Derecho de profesionales afectos a la Ley 10.223 a franquicias del Reglamento del Personal de la ex-Beneficencia</i>	151
<i>Aplicabilidad del Art. 55 de la Ley 12.462 a obreros fiscales, semifiscales y municipales</i>	151
<i>Reembolso de gastos del personal a jornal que cumple comisiones del Servicio</i>	152
<i>Sobre franquicias a funcionarios de ex-Beneficencia</i>	152
<i>Intervención del Servicio Nacional de Salud en la instalación y funcionamiento de mataderos</i>	153
<i>Aplicación del Reglamento N° 511 sobre Generadores de Vapor</i>	154
<i>Circulares: Ley N° 12.865 que aumenta las rentas del personal del Servicio</i>	156
<i>Consideraciones al Decreto 1007 que reglamenta el empleo de claves en productos alimenticios</i>	158
<i>Sobre descuento de 15% de hospitalización en caso de imponentes de la Ley 10.383</i>	160
<i>Monto de la gratificación de Zona durante el año 1958, aprobado por Ley N° 12.844</i>	160
<i>Reitera prohibición de percibir más de una Asignación Familiar por una misma carga</i>	161
<i>Cumplimiento de las disposiciones del Art. 105 del Estatuto Administrativo</i>	162
<i>Instrucciones para la verificación y revisión de los escalafones zonales</i>	162
<i>Regularización de la situación del personal</i>	166
<i>Delega en los Jefes de Zonas facultades relacionadas con el personal</i>	166
<i>Cumplimiento de las disposiciones sobre depósitos en el Banco del Estado</i>	168
<i>Traslado de enfermos del Servicio de Seguro Social</i>	168
<i>Modificación a la Orden Administrativa N° 10 sobre registro y allanamiento</i>	169
<i>Circulares despachadas desde el 28 de diciembre de 1957</i>	169
<i>Crónica: Mrs. Margaret Bowic Barnes — Agradece atención de la Asistencia Pública — Agradece al dejar Sanatorio — Jornadas Médicas Científicas del sur — "Los médicos también son humanos" — Correspondencia con los lectores</i>	171

El Informe de la Misión Klein Saks



"En lo referente a la ampliación de sus actividades para afrontar las necesidades de salubridad de la población, el Servicio, a pesar de sus dificultades financieras, ha tenido un éxito considerable".

Así califica la Misión Klein Saks lo realizado por el Servicio Nacional de Salud en lo que es el objeto preciso de su existencia: prevenir y curar las enfermedades y fomentar la salud. La opinión proviene de un grupo de economistas que ha estado asesorando al Gobierno para reducir los estragos de la inflación. En el sector público han recomendado la reducción de los gastos fiscales, previo análisis de las instituciones, de su organización, costo y rendimientos. Esta tesis los ha traído a nuestro Servicio, donde después de varios meses de acucioso estudio, han emitido el informe que publicamos ad integrum en este número del Boletín.

El énfasis del documento es en lo administrativo, lo que es lógico por el carácter y naturaleza de la Misión. No se advierte un pronunciamiento definitivo sobre la concepción integral del Servicio, vale decir, su doctrina y la estructura que le da forma y contenido. Al juicio que insertamos en el epígrafe, acentuado por la relación con las dificultades financieras, le asignamos el valor de una confirmación indirecta de los fundamentos de nuestra Institución.

"El progreso en el campo de la administración dentro del Servicio no ha sido uniforme, aunque debe admitirse que estas condiciones son características en todo el Gobierno. Evidentemente es necesario elevar la eficiencia administrativa a un nivel similar al de la eficiencia médica, como elemento previo para que los ciudadanos tengan la convicción de que están recibiendo los servicios a que tienen derecho".

Es un aserto que le da gran respaldo y significado a la política de mejorar los sistemas y métodos administrativos para atender al mayor número al menor costo. Desde este Boletín la hemos predicado con insistencia. Su lema así lo demuestra: "Toda acción en

medicina individual y colectiva se concreta en la aplicación de una norma técnica por medio de un procedimiento administrativo".

En conjunto, el documento respira un propósito sincero de colaboración para el perfeccionamiento del Servicio, respetando la forma de organización para la salud que el país se ha dado. En este orden de ideas, el informe contiene valiosas recomendaciones en los aspectos económico-financieros, de personal, de organización y de procedimientos técnicos y administrativos. Queremos comentarlas como una manera de difundir su contenido educativo y sentar las bases para ponerlas en práctica. Al mismo tiempo, señalar nuestra disparidad de opinión con algunas, dando las razones en favor del régimen existente.

"Las necesidades financieras del Servicio deberán ser satisfechas por el presupuesto de la Nación sobre la base de programas". Es la tesis fundamental que plantea el informe en lo que respecta a fuentes de ingresos y forma de obtenerlos.

Concordamos ampliamente con la necesidad de contar con programas concretos de cada Centro de Salud que muestren la prioridad de las acciones que pueden realizarse con los recursos que existen, para resolver los problemas prevalentes. Le hemos asignado a los programas la jerarquía de herramientas esenciales para el trabajo de los Centros de Salud y de los Establecimientos que contienen. Sin programas, sólo puede exhibirse una serie inconexa de actividades que no siempre corresponden a los procesos de mayor importancia ni convienen a los intereses de la comunidad. El programa y su presupuesto funcional es la base para una contabilidad de costos, la que permite determinar el gasto efectivo de cada acción del Servicio.

Así los hemos concebido y su formulación adecuada es la tarea más importante que le ha asignado la Dirección General a los organismos locales, sin dejar de atender la demanda. El simple análisis de la información que existe, complementada con el conocimiento de la realidad ambiente, con miras a establecer una ordenación de las funciones de salud, de acuerdo con criterios determinados, es el mejor procedimiento para mejorar las condiciones de trabajo, hacer el programa viable y realizar sus objetivos, definidos en cifras.

Nos hacemos un deber en reconocer que las normas para preparar los programas fueron dictadas con la eficiente cooperación del experto de la Misión Klein Saks, señor Murray H. Nathan. En su condición de Jefe del Departamento de Planificación y Procedimientos del Servicio de Salud Pública del Estado de Nueva York, tiene una sólida experiencia en las diversas disciplinas de la administración aplicada a las funciones de salud. De igual significado fue la asesoría que nos prestó en la reunión de Jefes de

Zona en junio pasado, que se destinó al análisis y forma de llevar a la práctica las normas mencionadas.

Los presupuestos del Servicio para 1959 responderán a programas por Centros de Salud. Reflejarán lo que debe invertirse en las distintas actividades. Sin embargo, no permitirán calcular el costo real de cada acción, porque no hemos avanzado aún lo suficiente en el proceso de racionalización administrativa en que estamos empeñados.

Esta consideración nos lleva a comentar la tesis de la Misión Klein Saks sobre financiamiento del Servicio: los fondos deben provenir del presupuesto de la Nación sobre la base de programas. "Un presupuesto de programas del Servicio exhibirá el costo de cada programa, proyecto o actividad específicos de salud. De esta manera, la Dirección del Presupuesto y el Honorable Congreso sabrían, por ejemplo, lo que significa en pesos, atender a un enfermo de tuberculosis, vacunar a un niño contra la viruela o impulsar una campaña de instrucción en un Centro de Salud". El presupuesto revela, así, las acciones y su costo más que los medios para realizarlas.

No hay duda que teóricamente este planteamiento es correcto y está de acuerdo con las ideas predominantes en cuanto a la planificación centralizada al nivel gubernamental y a la expresión de estos planes en términos presupuestarios. Sin embargo, no puede ser exclusivo de un servicio público sino que generalizarse a todas las funciones de gobierno con sus organismos respectivos. Se nos ha informado que ésta es la política del Ministerio de Hacienda que busca establecer los presupuestos por programas para toda la Administración Pública.

Pende en la actualidad de la consideración del H. Senado un proyecto de ley con este fin, en el cual se consignan las ideas y recomendaciones de la Misión para el conjunto de organizaciones fiscales, semi-fiscales y de administración autónoma. Como es natural, igual proposición han hecho para nuestro Servicio, el que, por su importancia y significado social, debe estar en condiciones de mostrar al Parlamento y a la opinión pública el origen de los recursos económicos, la forma en que se propone invertirlos en acciones concretas y el balance de los rendimientos en cada periodo.

Si bien la iniciativa es digna de encomio, creemos que el país en conjunto no tiene la experiencia suficiente ni la organización administrativa expedita para llevarla a la práctica. Una contabilidad de costos en empresas complejas como son las de la administración pública, exige un personal muy bien capacitado que asesore a los técnicos encargados de formular los programas y los presupuestos funcionales.

Nuestro Servicio debe progresar para cumplir con esta fina-

6

lidad, no con propósitos de financiamiento, sino primordialmente para perfeccionar y extender las acciones actuales con los recursos existentes. Con otras palabras, servir mejor dentro de la más pura acepción social del concepto. La evaluación de los resultados de cada función conduce a este fin, a la vez que permite comparar las realizaciones de los diversos Centros de Salud con el objeto de mejorar toda la organización.

Si el financiamiento depende del presupuesto nacional — como lo recomienda la Misión —, es evidente que los programas serán juzgados por los poderes Ejecutivo y Legislativo. Cualquiera reducción en el proyecto presentado significará automáticamente una disminución de acciones de salud por realizar, librando al Servicio de toda responsabilidad. El menor aporte puede justificarse si se invierte en funciones que tienen mayor prioridad en términos de desarrollo de las comunidades y de bienestar; pero, como lo dijimos, ello requiere que todo el presupuesto del país se formule conforme a programas y que domine en el espíritu de quienes resuelven, el interés nacional y el bien común sobre el particular.

Por otra parte, el procedimiento propuesto limita la autonomía del Servicio en el sentido que no puede disponer con la misma libertad que hoy de los recursos que la Ley le asigna por la voluntad conjunta del Honorable Consejo y la Dirección General. Creemos que la experiencia vivida hasta aquí revela que el régimen es tanto más eficiente cuanto más regulares son los ingresos; además, que no debe disociarse la facultad de administrar de la que determina las técnicas más adecuadas, en cada momento, para prevenir y curar las enfermedades y fomentar la salud. La segunda condiciona la primera.

Desde su creación, no ha recibido el Servicio con regularidad los aportes que legalmente le corresponden. Más aún, la Caja Fiscal ha sido incapaz de entregar el 5,5% del monto de los salarios imponibles, lo que ha producido un desfinanciamiento permanente de un 15% en promedio. Dice el informe de la Misión: "Para impedir mayores desequilibrios de los presupuestos de la Nación, los fondos públicos destinados a salud fueron retenidos por el Fisco, ya sea porque no se incluyeron en el Presupuesto o porque no se giraron completamente las cantidades consultadas. El impacto de estas reducciones por la falta de programas no se pudo demostrar de inmediato ni en su totalidad".

Lo grave es que en el mismo lapso existieron fuertes excedentes en el Servicio de Seguro Social y no se cumplieron los dictámenes de la Contraloría General de la República que obligan a dicha Institución a entregarnos el 10% del monto de los salarios, de los cuales 4,5% es de su responsabilidad directa, aun cuando el Gobierno no hubiera integrado el 5,5. No ha habido problema

de financiamiento ni falta de dinero. La inexistencia de una política de seguridad social ha hecho que la previsión biológica sea subestimada por una muy dudosa seguridad económica, con el agravante que, con propósitos discutibles de capitalización, se han invertido ingentes sumas en obras diversas mientras niños y enfermos arrastraron su desnutrición y sus sufrimientos. En periodos de inflación acentuada, se impone el régimen de reparto de los fondos de la previsión.

Estas razones han movido a la Dirección General a reclamar insistentemente que se le asigne la primera prioridad a las funciones de salud en la distribución de los ingresos, como ocurre en todos los países que tienen sistemas de seguro social. En estas condiciones, el Servicio podría contar oportunamente con los fondos legales, tonificados por sus entradas propias. Si a esto se agrega los progresos evidentes que está haciendo en la racionalización administrativa, puede afirmarse que será posible aumentar el volumen de las prestaciones en relación con los problemas de mayor jerarquía.

Preferimos, por lo tanto, no innovar en el régimen actual de financiamiento, siempre que se cumpla con la Ley.

Entre las medidas para disminuir los costos de operación, se propone en el informe que el pago de los subsidios por enfermedad, maternidad y medicina preventiva sea traspasado al Servicio de Seguro Social con cargo a sus propios recursos. El presupuesto para 1958 incluye una partida de \$ 3.600.744.960 para subsidios, suma que representa el 6,8% de los gastos. A ésta habría que agregar \$ 800.000.000 que provienen de los salarios e imposiciones de los 320 empleados que trabajan en el proceso de recepción, cálculo, verificación y pago de subsidios.

Hemos dicho en comentario editorial (*) que los subsidios de enfermedad significan, en esencia, un problema médico y secundariamente, uno administrativo. Para concederlos, se requiere un diagnóstico de certidumbre y un pronóstico de incapacidad, de los cuales deriva la serie de gestiones que determina el beneficio económico. Sostenemos que ambas etapas no pueden disociarse, porque constituyen una unidad que es el mejor resguardo para limitar la inversión a las necesidades reales, discriminando los beneficiarios a los cuales les asiste el derecho. Cuando todo el sistema forma parte de una sola institución, es más probable que los funcionarios adquieran convicción sobre el significado económico de sus actos, lo que tiene particular importancia en el caso de los médicos. El dispendio en subsidios redunda negativamente en todo el ejercicio

(*) Boletín del Servicio Nacional de Salud. Volumen II. N° 1. Pág. 5.

financiero y compromete, en grado mayor o menor, las acciones de prevención y de curación que el Servicio desarrolla.

Pensamos, por estas razones, que el régimen de subsidios debe seguir en las condiciones actuales y que si el Servicio de Seguro Social dispone de los fondos, que alcanzan al 2% de los salarios imponibles, lo más natural es que los integre a nuestra Institución cancelando el 6,5% o, de preferencia, el 10% de dichos salarios. Sin embargo, contamos con informes oficiales que revelan un fuerte déficit que alcanza a \$ 1.121.400.000 para el pago de la asignación familiar del año en curso, lo que afecta seriamente a toda la economía del Servicio de Seguro Social. Si bien la Administración actual ha procurado entregar con oportunidad los aportes correspondientes al 4,5% de los salarios, como los del 5% de la asignación familiar para leche, lo que muestra su clara comprensión del problema, la falta de disponibilidades de caja no le ha permitido cumplir regularmente con este laudable propósito.

Por lo tanto, la reducción de gastos de \$ 4.400.000.000, que significa el entregar el pago de los subsidios al Servicio de Seguro Social, como lo sugiere la Misión, no nos parece recomendable, por la naturaleza del proceso y sus implicaciones administrativas, ni posible. Se agrega, que el "costo social" para el país no tendría variación; aún más, no se puede asegurar a priori que no aumentaría. Creemos, si, en la urgencia de establecer mecanismos para disminuir la inversión en todo el sistema, entre los cuales la Dirección General ha sugerido el "ticket moderador" que procura limitar las consultas a aquellos beneficiarios que realmente requieren atención médica y reposo. En el informe se proponen otros métodos con iguales fines.

La experiencia demuestra, igualmente, que es indispensable una coordinación más estrecha entre ambas Instituciones para disminuir las irregularidades, las que son debidas o a una sub-declaración de salarios por el empleador o a la adición ilegal de estampillas a la libreta por el asegurado.

Consigna en el informe otras recomendaciones que serán motivo de un nuevo comentario editorial, algunas de las cuales implican disminución de los costos de operación.

Al publicar este valioso documento en el Boletín, la Dirección General cumple con el propósito de mantener informado al personal sobre los hechos trascendentes en la marcha administrativa del Servicio. La sugerencias que contiene deben ser motivo de un análisis cuidadoso, con miras a ponerlas en práctica dentro del espíritu de la Ley expresado en la doctrina y la política de la Institución. Los comentarios adversos, más que a justificaciones, deben inducirnos a mayores esfuerzos para perfeccionar lo existente, consolidar la organización y crear renovados sentimientos de respeto y gratitud entre las personas a quienes servimos.

Informe de la Misión Klein & Saks sobre el Servicio Nacional de Salud

I. INTRODUCCION

Santiago, 6 de diciembre de 1957.

La reforma del sistema de previsión realizada por la Ley 10.383, fue el producto de una avanzada política en esta compleja área. La ley, decretada el 28 de julio de 1952, consolidó en el Servicio Nacional de Salud la organización médica y del personal de varios organismos dedicados a actividades de bienestar social: el Servicio Nacional de Salubridad, Junta Central de Beneficencia y Asistencia Social, Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia, Sección Técnica de Higiene y Seguridad Industrial, Instituto Bacteriológico y los servicios médicos y sanitarios de las municipalidades. La integración de los servicios médicos en un organismo, el Servicio Nacional de Salud y de otros servicios en el Servicio de Seguro Social, se consideró como base racional para administrar los programas de seguro social obrero, asignando a cada uno de ellos sus recursos y funciones de acuerdo con un criterio técnico.

Se establecieron las bases legislativas para el mejoramiento progresivo y la ampliación de los servicios médicos. La ex-Caja de Seguro Obligatorio había estado destinando el 6.5% de los sueldos y salarios imponibles a la atención médica. Además, las Juntas de Beneficencia y Asistencia Social proveían de atención médica a las familias de los asegurados, ya fuera gratuitamente o aplicando honorarios ínfimos. De este modo, las obligaciones del nuevo Servicio Nacional de Salud que se organizaba eran en la medida en que las organizaciones fusionadas estaban cumpliendo con sus mandatos, las mismas que existían con anterioridad a la ley. En cuanto a recursos, la nueva ley estableció una triple fuente de financiamiento: (a) un 4.5% sobre sueldos y salarios que entregará el Servicio de Seguro Social al Servicio Nacional de Salud; (b) un 5.5% adicional de aporte fiscal que recibirá el Servicio Nacional de Salud, a través del Servicio de Seguro Social (S.S.S.); y (c) un aporte fiscal igual a la cantidad que recibieron los servicios médicos en el año 1952.

En resumen, según la ley 10.383 el Servicio Nacional de Salud (S. N. S.) recibirá un total de 10% de los sueldos y salarios imponibles, lo cual representa un ingreso adicional de 3.5%, y no tendrá obligaciones significativamente mayores de las que tenían los organismos componentes. (El aumento en la duración y monto de los beneficios de enfermedad dispuestos en la ley 10.383, función asignada al SNS, se estimó significaría en ese momento un mayor gasto ascendente a menos de 1% de los sueldos y salarios imponibles). Sobre el particular, un ex-Ministro de Salud declaró:

“ Si tomamos en cuenta que, en virtud de las consideraciones que se han hecho, tendremos que decir que las posibilidades de expansión del Servicio son de tal naturaleza que puede llegar a cumplir totalmente su objetivo en un plazo relativamente breve”.

(Jorge Mardones Restat: **La Reforma de la Seguridad Social de los Obreros**, Editorial Jurídica de Chile, Santiago, 1954).

Entre las razones para una expansión y consolidación de los servicios médicos propuestos por la Ley pueden indicarse los siguientes: (1) la necesidad de actuar sobre la unidad familiar como un grupo en la protección, reparación y fomento de la salud; (2) la necesidad de coordinar y mejorar los servicios existentes para la atención prenatal y cuidado del niño, y fomento de adecuados programas nutritivos; (3) el mejoramiento de la atención médica en las áreas rurales que carecen de servicios adecuados y personal médico; (4) la necesidad de centralizar el planeamiento, normalización y evaluación de los programas, y de descentralizar la aplicación de las normas en la concepción y ejecución de los programas locales, logrando reunir los esfuerzos en las actividades más productivas; (5) interrelación entre el Servicio, y la comunidad para promover la activa participación de ésta; (6) dedicación exclusiva e incremento de la capacidad técnica y administrativa del personal.

El nuevo sistema colocó una carga más pesada sobre el Presupuesto de la Nación, mientras que el aporte del sistema de seguro social fue reducido de 6.5 a 4.5% de sueldos y salarios. Este cambio en lo relacionado al apoyo financiero de las actividades médicas iba a tener graves consecuencias durante los años venideros. El momento en que el nuevo Servicio emprendió sus tareas coincidió con una inflación general en el país y con dificultades fiscales en el gobierno, provocando una incapacidad del erario para satisfacer sus obligaciones financieras. Este problema será discutido en su totalidad en la Sección III de este Informe.

En lo referente a la ampliación de sus actividades para afrontar las necesidades de salubridad de la población, el Servicio, a pesar de sus dificultades financieras, ha tenido un éxito considerable. Entre los años 1952 y 1956, el número de atenciones médicas aumentó en un 28%, alcanzando a 5.9 millones; de atenciones dentales, en 123%, a 1.7 millones; de exámenes de laboratorio, en un 9%, a 2.7 millones; y de atenciones obstétricas, en un 45%, a 166.000. La tasa de mortalidad infantil ha declinado durante este mismo periodo de 117.9 a 109.1 por 1.000; y de la mortalidad en general, de 13.0 a 12.8. El Servicio se vio obligado a asumir el deber de proteger la salud de todos los ciudadanos mediante medicina preventiva, sanidad y la inspección de los alimentos y del agua, a través de todo el país. Además, aceptó el tratamiento obligatorio directo de 1.236.000 trabajadores asegurados y de sus cargas. (*) Finalmente, un activo programa de servicio social, que

(*) Aunque el Servicio aplica un coeficiente de 2.3 cargas por asegurado para estimar su clientela potencial, de acuerdo con los informes del S. S. S., el número de asignaciones familiares que se pagaban al 30 de junio de 1957, ascendía sólo aproximadamente 1.549.000.

anteriormente había sido emprendido por los organismos incorporados al Servicio se ha continuado —incluyendo el servicio social de casos, la terapia social de grupo y la organización de la comunidad; y custodia de los ancianos, indigentes y débiles mentales en 23 hogares para adultos y niños—. Desgraciadamente, no existen informaciones exactas en cuanto al número total de ciudadanos afectados por estas diversas fases del programa.

De este modo, puede establecerse que ha habido progreso para proveer un nivel de atención médica adecuado para la protección de la salud y la capacidad de trabajo de la población. Personal médico de alta preparación compone el personal de la organización, aunque hay todavía muchas vacantes y se necesitan más médicos. Sin embargo, la Misión ha oído numerosas quejas en cuanto a la debida atención médica prestada por el Servicio a los beneficiarios. Los mismos médicos tanto como la clientela del Servicio han hecho presente la lentitud de la atención, la destinación irracional de los recursos del Servicio —especialmente perjudicial a las zonas rurales— y gastos generales burocráticos que no se justifican.

Como consecuencia, en varias ciudades pequeñas, muchas personas que se presentan para obtener tratamiento, no son atendidas debido al número insuficiente de médicos en la mayoría de los establecimientos. A nuestro entender, no se han hecho aún estudios estadísticos por el Servicio en cuanto a la gravedad del problema. La insuficiencia de los servicios rurales es todavía más evidente, aunque tampoco hay constancia de que el problema haya sido seriamente analizado por el Servicio. En la actualidad, el pago de los beneficios en dinero efectivo para las personas aseguradas está atrasado en más de un mes, como término medio, debido a la falla para proveer oportunamente de fondos a las oficinas.

Además, el progreso en el campo de la administración dentro del Servicio no ha sido uniforme, aunque debe admitirse que estas condiciones son características en todo el Gobierno. Evidentemente, es necesario elevar la eficiencia administrativa a un nivel similar al de la eficiencia médica, como elemento previo para que los ciudadanos tengan la convicción de que están recibiendo los servicios a que tienen derecho.

Sin duda ha ejercido una fuerte influencia en las dificultades financieras del Servicio desde 1955, su incapacidad para justificar en relación al volumen de trabajo las necesidades de fondos, para prestar relieve a los problemas de salubridad pendientes y para calcular los costos futuros en base a una contabilidad eficiente. El esfuerzo del Gobierno para reducir sus gastos fiscales se motivó por el conocimiento de que la inflación derivaba en parte de las demandas excesivas de los servicios, que rivalizaban por repartirse los escasos recursos públicos. Para impedir mayores desequilibrios de los Presupuestos de la Nación, los fondos públicos destinados a la salud pública fueron retenidos por el Fisco, ya sea porque no se incluyeron en el Presupuesto o porque no se giraron completamente las cantidades consultadas. El impacto de estas reducciones por la falta de programas no se pudo demostrar de inmediato ni en su totalidad.

No queremos significar con ésto que la preparación de un presupuesto de futuros gastos adecuadamente justificado solucionará por sí mismo los problemas financieros del Servicio; ésto es únicamente

un primer paso necesario. Sin embargo, dicha información hará que el público se dé cuenta más claramente de los servicios para los cuales se le pide contribuir. Debido a la significativa disparidad existente entre las demandas de fondos al Gobierno y el monto de dinero que el público desea y puede pagar por los servicios públicos, se ha reconocido la necesidad de establecer prioridades entre los programas a cumplir. Naturalmente que las condiciones económicas y las necesidades del público determinarán la decisión en cuanto a la prioridad y al tipo de las funciones que el Servicio pueda desarrollar. Tales decisiones deberán hacerse tomando en cuenta la variabilidad de las circunstancias. La actual crisis financiera del Fisco pone énfasis en la importancia de proporcionar a las autoridades responsables completas informaciones sobre las necesidades de salubridad del país y el costo detallado de los programas destinados a sufragar esas necesidades.

Creemos que la solución a las actuales dificultades presupuestarias del Servicio, especialmente derivadas del atraso crónico en el pago del 5.5% sobre sueldos y salarios dispuesto por la Ley 10.383, radica en la elaboración de planes financieros destinados a cumplir programas concretos, imponiéndose así, un cambio fundamental en el método de financiar el organismo. Específicamente, es necesario que el plan financiero del Servicio sea considerado dentro del Presupuesto de la Nación, siguiendo el mismo criterio que el adoptado por los otros organismos públicos. Es evidente que los recursos de que dispone el Servicio son actualmente insuficientes para dar adecuado cumplimiento a las funciones que la ley le encomienda. Esto no significa aceptar que el país pueda o deba atender todas las funciones previstas en la ley actual, sino sólo que el Congreso Nacional debería resolver esta alternativa. La Dirección del Presupuesto va gradualmente introduciendo métodos y técnicas que están en armonía con el concepto expuesto. En este momento, está sometida a la consideración del H. Congreso una nueva ley orgánica de ese servicio, que significará extender la nueva concepción presupuestaria a todo el Gobierno. En este sentido por lo tanto, el S. N. S. estará de acuerdo con la tendencia general en la administración.

Dicho cambio requiere que se establezca un estricto control administrativo dentro del Servicio, que permita la preparación de los presupuestos sobre la base de programas realistas. Una vez que se alcance ésto, el presupuesto del Servicio se confeccionará en las siguientes etapas: (1) Se habrá hecho un análisis detallado de los principales problemas de salubridad y de la atención médica en cada centro y en cada zona de salud; (2) Se habrá hecho una cuidadosa selección de los problemas a los cuales se daría prioridad; (3) Se habrá desarrollado medidas que permitan establecer el costo de cada tipo de servicio preventivo, de fomento de la salud, o de tratamiento; (4) La Dirección General habrá preparado programas en cuyo cumplimiento se observará una estricta prioridad, extrayendo de la contabilidad de costo informaciones que determinen de antemano las necesidades y recursos requeridos para cada programa. Solamente de esta manera es posible garantizar que se podrá dar al público el mejor servicio, dentro de los recursos financieros con que cuenta el país.

II. ORGANIZACION EN LOS SERVICIOS DEL S. N. S.

Una revisión de las funciones del Servicio y de la necesidad para una mayor coordinación y sistematización en el desarrollo de los programas, ha conducido a la Misión a la conclusión de que es imprescindible superar dificultades que derivan de un cierto desequilibrio entre la estructura administrativa del Servicio y las funciones esenciales que realiza en el campo de la medicina. Reconocemos que muchas de las condiciones necesarias para la formulación y evaluación de los programas eran inexistentes en el momento de la creación del Servicio, y sólo recientemente se han estado creando. Después de que se hayan analizado los problemas de salud pública y de atención médica y el S. N. S. sepa lo que deberá hacerse en cuanto a objetivos definidos y funciones específicas, estará entonces en situación de decidir en forma más realista y objetiva en cuanto al personal y a los recursos financieros y materiales de que debe disponer para cumplir su programa. Sin embargo, es necesario llamar la atención sobre la necesidad de introducir mejoramientos básicos en este momento, con el fin de orientar la estructura administrativa hacia la preparación del presupuesto funcional.

En primer término, debe reconocerse que el S. N. S. carece de suficiente personal preparado y experimentado en el amplio campo de la administración. En algunas áreas específicas tiene funcionarios bien preparados, como en administración de personal, contabilidad y adquisición de materiales; sin embargo, la marcha del trabajo es afectada en forma adversa por la falta de coordinación y control de estas actividades. El Servicio no ignora esta deficiencia, y en consideración a ella contrató en 1956 los servicios del Instituto de Organización y Administración de Empresas de la Universidad de Chile (I. O. A. E.). Según las disposiciones de este contrato, el Instituto está estudiando: (1) los métodos de administración; (2) la formación de una oficina de racionalización y la preparación de un personal del S. N. S. destinado a mantener esta oficina después de que haya terminado el contrato; (3) los amplios problemas de preparación del personal y adiestramiento, mediante cursos especializados y durante el ejercicio de sus funciones en el trabajo mismo.

Se ha establecido también una nueva "Sección de Inspección Administrativa", en la Sub-Dirección General para estudiar una adecuada distribución del personal y de sus responsabilidades en las diferentes zonas; la eficiente manera con que este grupo ha procedido y los resultados positivos que ha obtenido el Sub-Director General en reorganizar la estructura administrativa en las zonas de salubridad, son dignas de encomio.

El I. O. A. E. está progresando en sus labores en cuanto a la racionalización de procedimientos y al establecimiento de normas de trabajo, ya que actualmente el Servicio puede hacer uso de su fuerza de trabajo en algunos campos con relativa eficacia. En los países en donde se da gran atención al mejoramiento de los procedimientos ad-

ministrativos, es frecuentemente posible reducir los costos de funcionamiento apreciablemente. Sin embargo, mientras que se deriva beneficios de tareas tales como simplificación del trámite de documentos y la expedición de procedimientos, la obtención de las economías procedentes de estas fuentes será, por su naturaleza misma, un proceso lento. Los problemas principales de organización que tienen amplia aplicación en todo el organismo, deberían también atacarse.

Un procedimiento para la preparación de los programas de salubridad y la planificación de programas apropiados de salud en los niveles locales fue desarrollado e instalado con la ayuda de la Misión. Durante un apreciable lapso de tiempo la Misión colaboró con el personal profesional del Servicio, con el fin de demostrar cómo se ejecuta esta función fundamental de administración. Un resultado tangible de este trabajo fue el desarrollo de un completo programa de salud para el Centro de Salud de Yumbel. Más tarde, éste se extendió a todas las zonas principales del país y se convirtió en la base para un estudio intensivo y para tema de discusiones en un seminario para los Jefes de Zonas. Como resultado de esta preparación especial, los Jefes de Zonas están ahora aptos para desarrollar programas de salubridad directamente relacionados con las necesidades de cada zona y cada centro de salud. Entendemos que estos programas para el año 1959 estarán a disposición del Sub-Director General el 1º de enero de 1958.

Este avance en los procedimientos administrativos permitirá desarrollar un programa íntegro del Servicio en la Dirección General. Si se hace necesario variar el programa, debido a cambios en la situación financiera, será posible hacerlo con un criterio uniforme y racional. Más importante aún es la disponibilidad de esta información, la que será un paso importante en la preparación de un programa y la confección de un presupuesto funcional.

1.— Traslado de las Actividades Generales de Bienestar Social

Una revisión preliminar de estos programas ha revelado que ciertas actividades no directamente asociadas con la salubridad son realizadas por el Servicio. Estas incluyen actividades en el bienestar social, tales como cuidado de los ancianos y de los menores, control y rehabilitación de los delincuentes juveniles y de los indigentes, el bienestar social de la comunidad, administración de los cementerios y otros similares. Estas actividades, que ocupan alrededor de unos 1.200 de los empleados del Servicio, recargan los deberes administrativos de los altos funcionarios y diluyen el énfasis del programa vital del Servicio, cuyo fin es la protección contra las enfermedades, el tratamiento de los enfermos, y el fomento de la salud. Aunque el estado del sistema de contabilidad del Servicio es tal que no se pueden hacer cálculos en este momento sobre el costo de estos servicios, sin embargo, su eliminación reduciría considerablemente la presión sobre los escasos recursos del organismo.

Reconocemos que combinar e integrar un gran número de organizaciones separadas, que incluyen más de 30.000 empleados, representaría un trabajo gigantesco en cualquiera circunstancia. A principios

de la vida del Servicio fue quizás inevitable que ciertas operaciones heredadas de los organismos componentes no fueran debidamente controladas ni incorporadas dentro del programa global del Servicio. Sin embargo, han pasado 5 años sin que se hayan hecho esfuerzos serios destinados a eliminar el drenaje de fondos por este concepto, como también por aliviar el trabajo de los altos funcionarios por esta causa. En nuestra opinión, ya es tiempo que se revise integralmente el problema para decidir respecto a la ubicación de estas actividades no relacionadas con la previsión ni con la salubridad pública. Los cementerios, por ejemplo, podrían pasar a la tuición de las Municipalidades; los establecimientos de carácter educacional, tales como el Politécnico de Menores de San Bernardo y otros, al Ministerio de Educación. Los menores de edad acogidos por los establecimientos mencionados que necesiten atención médica o psicológica recibirían atención profesional del S. N. S.

El S. N. S. también tiene la obligación de pagar los subsidios de maternidad y enfermedad y además un subsidio de lactancia que se pagará en regalías o en dinero, en conformidad a lo dispuesto por la letra (c) del Art. 63 de la Ley 10.383. Después del tercer día de inhabilitación en el caso de enfermedad o accidente, o 6 semanas antes y 6 semanas después del parto en caso de maternidad, el beneficiario recibirá un monto igual al término medio de los sueldos ganados durante los 6 meses anteriores.

Estos subsidios se financian con cargo al 10% de sueldos y salarios imponibles aportados por el S. S. S. y el Fisco. En 1956, los subsidios por enfermedad pagados por el Servicio ascendieron a la suma de \$ 2.101 millones y por maternidad y lactancia a 973 millones. El costo total fue, por consiguiente, de aproximadamente 11% del total de los gastos consultados en el presupuesto del Servicio en aquel año, más los costos de administración. En 1957, fueron consultados en el presupuesto del Servicio \$ 2.297 millones para subsidios de enfermedad y \$ 1.392 millones para maternidad y lactancia. En 1958, las cifras son \$ 2.520 y \$ 1.500 millones respectivamente. Si estas cantidades consultadas para 1958 son realistas, el total de subsidios pagados ascenderá a un 9% de los gastos del Servicio.

Para cumplir con estas responsabilidades fue necesario establecer un sistema que se extendiera a todo el país para recibir solicitudes, calcular beneficios, investigar irregularidades y efectuar pagos. En los dos primeros años, durante los cuales el sistema se estaba organizando, los pagos fueron hechos por el S. S. S., siendo deducido el costo de estos servicios del aporte de 4.5%. No se cobraba al S. N. S. suma alguna por concepto de costo de administración. El sistema que se materializó en 1954 consistió en que los peticionarios presentaran sus libretas en los establecimientos del S. N. S. que prestan tratamiento médico. Las libretas se envían a una oficina de cálculo al nivel zonal (a veces se modifica en la práctica debido al área extensa de algunas de las zonas de salud). En caso de una irregularidad, se pasa la libreta a una oficina de verificación que la investiga. Las dos fuentes principales de fraude son la subdeclaración de salarios por el empleador y la adición ilegal de estampillas a la libreta por el empleado. En la prác-

tica, sólo el segundo tipo de fraude puede ser investigado por el S. N. S., debido a que las relaciones con los empleadores están a cargo del S. S. S. En la recepción, cálculo, verificación y pago de estos subsidios se ocupan unos 320 empleados del S. N. S., que representan un costo total en salarios e imposiciones de aproximadamente \$ 800.000.000.

El defecto principal del sistema es que el peticionario tiene que tratar no sólo con el establecimiento del S. N. S., al cual ha solicitado los subsidios de enfermedad, sino que también con el S. S. S. en cuanto a la asignación familiar correspondiente al periodo de su enfermedad. Además del tiempo gastado por el peticionario y el de los funcionarios que han intervenido en estas dos operaciones, el sistema en la práctica significa la pérdida de una oportunidad para controlar las peticiones fraudulentas. Esto permitiría confrontar la lista de peticionarios para subsidios de enfermedad en cada área con la lista de contribuciones para la asignación familiar de los empleadores de la misma zona. (El S. N. S. hace la contribución para asignación familiar de los beneficiarios de subsidios de enfermedad y maternidad; por consiguiente, si el nombre de un peticionario también aparece en la lista de un empleador, la irregularidad debe ser investigada).

Se han ocasionado grandes dificultades a los peticionarios a raíz de la difícil situación financiera del S. N. S. Al 31 de diciembre de 1954, el monto total de peticiones pendientes impagas ascendió a la suma de \$ 442 millones; al 31 de diciembre de 1955, a \$ 626 millones. Aunque no se dispone de informes fidedignos, entendemos que el S. N. S., actualmente, adeuda aproximadamente \$ 300 millones en peticiones impagas. Especialmente en las zonas rurales, algunas peticiones no han sido cursadas durante varios meses. Además de las dificultades financieras provocadas en algunos hogares a causa de las deficiencias del S. N. S. en el cumplimiento de sus obligaciones, el interesado se ve obligado a abandonar su trabajo y hacer repetidos viajes a la oficina de reclamaciones antes de obtener su dinero, con la consiguiente pérdida para la economía entera.

Las demoras en pagos de subsidios, como asimismo las deficiencias en el control de fraudes y los excesivos costos administrativos significan a nuestro juicio una irrefutable prueba del fracaso del sistema elaborado en la Ley 10.383. Esto sólo puede corregirse mediante una modificación legislativa, en virtud de la cual se transfiera esta función al S. S. S. Creemos que este cambio está en armonía con los fines y la intención de la Ley, la cual contemplaba una transferencia de todas las actividades de salubridad al S. N. S., y las de previsión al S. S. S.

El S. S. S. ha manifestado que estará en condiciones de cumplir estas nuevas funciones a partir del 1º de enero de 1958, sin que se le originen dificultades de personal, por lo cual la modificación a la ley 10.383 debería disponer que todo el personal del S. N. S. actualmente ocupado en estas operaciones sea separado del Servicio. Además, puesto que el pago oportuno y eficiente de estos subsidios es de la mayor importancia, merece el primer grado de prioridad, y, por consiguiente, deberá financiarse íntegramente por el S. S. S. con cargo a sus propios recursos. Por otra parte, es necesario considerar que dadas las dificultades, por que atraviesa la Caja Fiscal, debe eliminarse el financiamiento de estos subsidios con cargo a las Rentas Generales de la Nación.

Las únicas obligaciones que pesarían sobre el S. N. S. de acuerdo a la reforma propuesta serían las de autorizar los subsidios de enfermedad, maternidad y lactancia y de proveer las facilidades para tramitar las solicitudes de los enfermos hospitalizados. Esta última función puede ser cumplida en cada establecimiento del S. N. S., según las circunstancias. El S. S. S. debería establecer una pequeña oficina de control (de 8 a 10 personas) para mantener los controles estadísticos sobre los subsidios autorizados, para recomendar acciones correctivas al S. N. S. en los casos donde fuese necesario, y para hacer análisis e informes estadísticos para todo el país.

La Misión desea llamar la atención sobre el plazo excesivamente reducido que la actual ley establece, entre la petición del subsidio de enfermedad y la percepción del mismo. Por otra parte, el elevado porcentaje de los salarios reales recibido por el obrero, durante el curso de su enfermedad, constituye una invitación a abusar del beneficio. Ha sido la experiencia en otros países que un plazo de espera razonable, y el pago de subsidios en una cantidad substancialmente inferior al salario, favorecen la disminución de las solicitudes injustificadas, es decir, aquellas en que la situación del peticionario no es realmente la que se expresa. El H. Congreso debería considerar o una extensión del período de 3 días establecido en la ley vigente, en que no se pagan los subsidios, o una disposición para pagar sólo una parte menor del salario durante el período de la enfermedad.

2.— Consolidación de las Actividades Normativas

Otra tarea de la mayor importancia en el campo de la administración es la formación de una unidad de planificación en el Servicio, la cual coordinaría las diversas reparticiones administrativas. Aunque la organización significa esencialmente una coordinación de elementos humanos y no líneas sobre un gráfico, es evidente que la actual estructura no representa una unidad homogénea. Por ejemplo, el Departamento del Personal queda bajo la Subdirección General, mientras que el Departamento de Finanzas y Presupuesto queda bajo el Director General y las adquisiciones, bajo la Subdirección Normativa. Es efectivo que una cierta coordinación se realiza a través de las seis comisiones del Consejo Nacional de Salud, integrado por Consejeros y funcionarios del Servicio. Estas comisiones, que se reúnen generalmente una vez por semana, se han preocupado de problemas de administración, tales como adquisiciones, traspaso de fondos, normas de operación, etc. Sin embargo, la labor de estas comisiones se ha traducido en un engranaje burocrático, desde el momento que el organismo resolutorio es sólo el Consejo Nacional de Salud.

Estas comisiones constituyen una valla entre las funciones operativas y las autoridades directivas encargadas de formular la política general y fijar normas de operación. Esto se hace particularmente evidente en los casos de adquisiciones y administración de bienes raíces; en el régimen actual, el Departamento de Finanzas y Presupuesto no puede ejercer una autoridad real en estas áreas. En el hecho no existe la obligación de remitir al Departamento de Finanzas y Presupuesto los balances financieros de la Gerencia Agrícola o el Subdepartamento de Administración de Bienes, puesto que los funcionarios ejecutivos responden ante las comisiones respectivas,

En las etapas iniciales de la organización, estos métodos irregulares de administración fueron quizás inevitables; sin embargo, dada la pérdida de tiempo que significa y la imposibilidad de fijar claramente responsabilidades no justifican el sistema actual de administración por comisiones. Para la administración efectiva del Servicio, recomendamos que todas las funciones normativas sean agrupadas en un solo departamento. La ubicación de este nuevo departamento debe quedar a la discrecionalidad del Director General; sin embargo, estas funciones de tipo "staff" tienen una estrecha relación con las actuales responsabilidades de la Sub-Dirección Normativa. Así es que nos parece que la mejor ubicación para el Departamento del Personal y el Departamento de Finanzas y Presupuesto es bajo la dependencia del Sub-Director Normativo, quien a su vez sería responsable directamente ante el Director General.

En vista de la necesidad de centralizar las responsabilidades por decisiones administrativas de rutina, de permitir el normal desenvolvimiento de controles financieros, y de unificar las responsabilidades de vigilancia, recomendamos que el Consejo Nacional de Salud transfiera a un Comité Ejecutivo las obligaciones y funciones de las siguientes comisiones: Fondos y Propiedades, Finanzas y Presupuestos, Adquisiciones, Reglamentos y Normalización de Construcciones Hospitalarias. Este Comité Ejecutivo no deberá tener más de seis miembros. Se sugiere que lo integren las siguientes personas: El Director General de Salud, el Director General de Seguridad Social (o un representante designado por él), los dos sub-directores del Servicio o sus delegados, y dos Consejeros elegidos entre los miembros del Consejo Nacional de Salud.

3.—Organización para la Administración Financiera

Una parte esencial de esta reorganización debería ser el robustecimiento del Departamento de Finanzas y Presupuesto con el fin de establecer normas de contabilidad de costos y control del presupuesto, y de evaluar los resultados de los desembolsos. La primera parte de esta ampliación del programa del Departamento, que consiste en la instalación de un sistema de contabilidad de costos, está actualmente en marcha, en colaboración con el I.O.A.E. Esto comprende varias etapas: (1) un sistema de control de cajas, que estará en funciones a partir del 1º de enero de 1958; (2) un sistema de control de existencia de bodega, que estará en funciones a partir del 1º de mayo de 1958; (3) un sistema de control presupuestario, que estará en funciones a partir del 1º de enero de 1959; (4) un sistema de contabilidad general, que será organizado y puesto en funciones durante 1958 y en los primeros meses de 1959; (5) un sistema de contabilidad de costos, que será puesto en funciones después que se completen las etapas anteriores. Cada una de ellas requiere la investigación de los procedimientos existentes, el diseño de un nuevo sistema, la preparación de manuales de instrucción y formularios, la explicación del nuevo sistema al personal en el terreno, la selección y redistribución del personal requerido por el sistema, el análisis de los resultados y la corrección de las deficiencias hasta que se obtengan las normas de funcionamiento requeridas.

Se ha contado con la ayuda de la Superintendencia de la Contraloría, y en la actualidad se ha hecho una distribución de tareas y

responsabilidades entre el Departamento y la I.O.A.E., lo que ha facilitado el trabajo durante el periodo de intalación del nuevo sistema. Sin embargo, es evidente que el Departamento debe ser reforzado para cumplir con las nuevas responsabilidades que le incumben. Esta nueva orientación impone dotar al Jefe del Departamento de atribuciones que le permitan ejercer un mayor control y, al mismo tiempo, promover una descentralización del personal.

La actual organización del Departamento se señala en el Gráfico I. La responsabilidad se divide entre el Sub-Departamento de Finanzas y Presupuesto y el Sub-Departamento de Contabilidad. Cada sub-departamento contiene dos secciones. La distribución de sus tareas bajo la actual estructura es como sigue:

Sub-Departamento de Finanzas y Presupuestos.

- 1.— Sección Finanzas.— Estudia convenios y contratos con empresas privadas y sus costos.
- 2.— Sección Presupuestos.— Estudia presupuestos del Servicio y sus modificaciones.

Sub-Departamento de Contabilidad.

- 1.— Sección Contabilidad General.— Confecciona el Balance General del Servicio a través de los Balances parciales enviados por cada zona.
- 2.— Sección Contabilidad de la Dirección General.— Controla el movimiento de todos los recursos fiscales con que cuenta el Servicio; distribución de aportes; controla retenciones de la Central de Abastecimientos; controla las cuentas corrientes por anticipo; maneja presupuesto de la Dirección General y prepara el Balance de esta última.
- 3.— Secretaría.— Recibe, controla y despacha toda la correspondencia que se envía al Departamento; solicita de las Secciones los informes previos que deben evacuar en cada caso; prepara para la firma del Jefe los oficios, resoluciones, decretos, informes, etc.; estudia todos aquellos asuntos de carácter general que no pueden ser informados por ninguna de las demás secciones.

Tesorería General.

Efectúa pagos, recepción de dineros, remesas a las zonas, cancelación de sueldos al personal dependiente de la Dirección General.

Una simplificación de la estructura del Departamento ha sido propuesta al Director General por el Jefe del Departamento. Esta involucra la eliminación de los dos Sub-Departamentos y reorganización

GRAFICO I.— ESTRUCTURA DEL DEPARTAMENTO DE FINANZAS Y PRESUPUESTOS



del Departamento en tres secciones: Presupuesto y Finanzas, Contabilidad, Secretaría y Control. La distribución de responsabilidades sería la siguiente:

Sección Presupuesto y Finanzas.— Estudio y modificación de presupuestos zonales; convenios y contratos con empresas privadas; control presupuestario a través de estados presupuestarios mensuales de las zonas.

Sección Contabilidad.— Preparación Balance General del Servicio, control del movimiento de fondos; distribución de los aportes; control retenciones de la Central de Abastecimiento; control de avances a cuentas; control presupuestario de la Dirección General; preparación balance de la Dirección General.

Secretaría y Control.— Análisis previo de todos aquellos asuntos que se envían para informe del Departamento, referentes a aplicación o interpretación de determinadas disposiciones legales o reglamentarias; proyectar los informes, oficios, decretos, resoluciones, circulares, etc. que dicen relación con las labores a cargo del Departamento; distribución y control de la correspondencia, etc.

La propuesta reorganización, en cuanto se refiere a la instalación de un sistema uniforme de contabilidad, no requeriría un aumento de la planta del Servicio. Esta se puede llevar a cabo redistribuyendo el personal de contabilidad trasladando unas 20-30 personas desde la Dirección General, al nivel zonal, permaneciendo bajo la dependencia

del Departamento de Presupuesto y Finanzas. Además, las necesidades del Departamento de Presupuesto y Finanzas en cuanto a personal, pudieran ser satisfechas con la incorporación de algunos de los contadores del nivel zonal. Estos últimos actualmente son unos 10 empleados en cada sede de zona.

La reorganización propuesta por el Departamento parece ser necesaria y bien basada, sin embargo la estructura concebida carece de una sección que se ocupe de la auditoría de cuentas y del análisis técnico de resultados, particularmente indispensables para una adecuada utilización de la contabilidad de costos. Hay que dotar a esta sección de suficiente autoridad para asegurar que las normas de contabilidad sean cumplidas en todos los establecimientos, talleres, almacenes y fondos del Servicio. Esta funcionaría como una Oficina de Asesoría Técnica dentro de la Sub-Dirección Normativa.

La importancia de tomar las medidas para cumplir esta última etapa de analizar costos e informaciones financieras y técnicas es evidente. En la Dirección General estos datos son requisitos necesarios para tomar decisiones financieras y para el control de gastos; y en todos los niveles del Servicio deben usarse para desarrollar planes, comprender el verdadero costo de los programas, evaluar el cumplimiento de actividades, para elegir entre alternativas de acción y desarrollar prioridades entre programas. La función de la nueva Oficina sería entonces la evaluación de los costos por programa, función o área de responsabilidad y la relación entre los costos del trabajo programado y los resultados producidos.

Así, por ejemplo, los costos por servicio de comidas en un Hospital para empleados y para enfermos serán registrados por el establecimiento y analizados separadamente, puesto que la alimentación de los empleados y de los enfermos son operaciones distintas en un Hospital. Paralelamente, los costos de farmacia, laboratorio, servicio de lavandería y atención médica externa deben ser analizados separadamente, pues éstas también son operaciones distintas. Es necesario establecer claramente la necesidad de formar conciencia en los jefes acerca del costo de los actos del personal de su dependencia, y, dentro de lo posible, responsabilizarlos por ellos.

Para poder verificar los costos del trabajo realizado, es necesario definir y expresar el trabajo en unidades mensurables. Como ejemplos se pueden citar el número de comidas preparadas, kilos de ropa lavada, dosis de medicamentos entregados, número de días-enfermo, etc. Datos de este tipo se recogen en la Sección Bioestadística de la Dirección General; pero, no se integran de nuevo al proceso de contabilización. El manejo financiero de los servicios médicos requiere informaciones periódicas de los servicios, las que deben ser comparadas con los costos de las mismas operaciones en periodos anteriores o con los costos de establecimientos similares de otras partes del país.

La finalidad de la Oficina de Asesoría Técnica propuesta por la Misión sería de determinar la efectividad con que se usa la gente y el material o equipo en todas las actividades, una vez que exista una base en cada establecimiento del Servicio que permita la preparación de los elementos exigidos para este análisis. Puesto que las funciones propuestas para esta Oficina son complementarias de las actividades actualmente en marcha para establecer un sistema adecuado de contabilización de costos, es aconsejable que su creación y la selección y adiestramiento de su personal sea emprendido con la ayuda del I.O.A.E.

4.—Talleres y Fábricas.

Las propiedades del Servicio provenientes de la Junta Central de Beneficencia y Asistencia Social y las Juntas Locales de Beneficencia, incluían una diversidad de talleres y fábricas, las que operaban a diversos niveles de eficiencia técnica. Todos éstos se encuentran en Santiago. Su forma de administración depende más que nada de su ubicación geográfica dentro de la ciudad. En Avenida Matta se encuentra un grupo de operaciones que han sido incorporadas a la Central de Abastecimiento. Estas incluyen un Laboratorio (para mezclar y empaquetar anestésicos, productos farmacéuticos, antibióticos, sueros, reactivos, insecticidas y otros productos químicos), una fábrica de gasa, una fábrica de algodón (para preparar algodones de varios tipos), una sección óptica (para fabricación de lentes), una sección carnes y verduras (para preparar carnes y repartir verduras), un taller de confección para fabricar uniformes.

En Avenida Providencia se encuentra un grupo de talleres creados originalmente para educar niños vagos, en estrecha relación con la Casa Nacional del Niño. Estos incluyen una zapatería, una mueblería, una imprenta y una sastrería. En Avenida Portugal, un grupo de Talleres del Hospicio incluyen una panadería, una lavandería, una fábrica de fideos, una fábrica de jabón, un taller de confección de colchones, un taller de costura, un taller de mecánica, una central de movilización (garage), un garage para la Asistencia Pública y un Taller de Electro-Medicina (principalmente para la reparación de maquinaria, rayos X). Las propiedades de Providencia y de Portugal están actualmente bajo la misma administración, la Central de Talleres. Asociados con los diversos establecimientos médicos del Servicio están los Talleres de Laborterapia. La mayoría de éstos también son operados por la Central de Talleres, aunque algunos también operan individualmente como establecimientos de beneficencia.

No se dispone de datos financieros con respecto a los talleres adjuntos a los establecimientos médicos, aunque el movimiento anual de aquellos que opera la Central de Talleres es de alrededor de 20 millones de pesos. La importancia de los otros Talleres puede ser apreciada por el hecho de que, en 1957, sus ventas totales alcanzarán aproximadamente a la suma de \$ 1.500.000.000, siendo el propio Servicio el principal comprador, pues sólo \$ 100.000.000 corresponden a adquisiciones de extraños. El Servicio pagará en este año aproximadamente \$ 250.000.000 en utilidades a aquellos talleres, según los datos financieros de que se dispone.

Debido a las enormes diferencias observadas entre estos talleres, es imposible sintetizar en pocas palabras los regímenes financieros bajo los cuales operan. La Central de Abastecimiento sigue un sistema por el cual el Servicio entrega anualmente fondos a la Central en forma global. La Central ópera como distribuidor minorista para todos los establecimientos del Servicio, cualquiera que sea la fuente de donde provenga el producto. Los productos los vende la Central a veces con sobreprecio a los establecimientos que los solicitan. En 1958, con los nuevos sistemas de retenciones presupuestarias, sólo un porcentaje de los presupuestos de los establecimientos será de libre disposición; el resto será transferido a la Central en anticipos mensuales. Los anticipos a la Central de Talleres en 1958 serán: para ro-

pería, artículos de escritorio y formularios, muebles, útiles instrumentales y equipo, 80%; para alimentación, 50%.

La política de sobreprecio para los Talleres de la Central de Abastecimiento es la siguiente:

Laboratorio	15%	sobre	costos	variables
Fca. gasa	15%	"	"	"
Fca. algodón	15%	"	"	"
Secc. óptica	15%	"	"	"
Secc. carnes y verduras	0%	"	"	"
Taller confección	5%	"	"	"

La razón de estos sobreprecios es que no se contabilizan los costos de administración, la depreciación de los edificios y equipos, ni los costos de almacenaje y entrega.

La política de sobreprecios para productos comprados fuera del Servicio ha variado considerablemente a través de la historia del Servicio. Hasta este año, la Dirección General permitió un sobreprecio de 5% para equipo e instrumentos nacionales; un sobreprecio de 2% para otros productos nacionales, y uno de 15% para productos importados. Todos éstos, salvo el 15% para productos importados, han sido eliminados. Sin embargo, por este método sólo por casualidad se ha llegado a establecer precios similares a los del comercio.

En el caso de la Casa Nacional del Niño, se ha ejercido mucho menos control por la Dirección General. Las ventas se hacen a empleados del S.N.S., a personas e instituciones ajenas, y al propio Servicio. Desde hace un año, al efectuar ventas al Servicio, la Casa Nacional del Niño ha tenido que someterse a propuestas en competencia con proveedores comerciales. Este cambio ha revelado la abrumadora ineficiencia de estos talleres, con la sola excepción de la imprenta, en comparación con los proponentes particulares. Se han acumulado enormes inventarios de mercaderías, una situación que ha causado reducciones bruscas en el personal, a la cuarta parte del volumen anterior en el caso de zapatería; a la quinta parte, en el de la mueblería; y a la mitad, en el caso de sastrería. Por orden del Director General, todos estos talleres, salvo la imprenta, serán cerrados antes de fines de año. Su equipo se avalúa aproximadamente en \$ 70.000.000, suma que, a nuestro juicio, debe ser ingresada al Servicio.

Los talleres del Hospicio venden a los establecimientos del Servicio o a los otros talleres. Aunque no se sigue una política uniforme de precios, es evidente que se logran algunas utilidades, puesto que algunos talleres han sido equipados con cargo a ellas. El mayor problema financiero de estos talleres es el de los créditos a los establecimientos del Servicio. Como resultado, sus saldos por percibir totalizan casi \$ 800.000.000. Aunque no existen datos comparativos de años anteriores, la Dirección de la Central indica que su escasez actual de capital líquido les obliga a hacer muchas compras a precios muy por encima de los comunes en el comercio. Las compras totales de la Central de Talleres durante 1957 ascenderán a unos \$ 500.000.000; entre 6 y 10% de ésto habría sido ahorrado si la empresa hubiera comprado de acuerdo con las prácticas normales en el comercio. Los resultados de esta ineficiencia, por supuesto, han pesado sobre el Servicio.

Como resultado de la escasez de materia prima y falta periódica en la demanda, la producción en todos los talleres ha estado sujeta a grandes fluctuaciones. El monto de capacidad no utilizada durante

VENTAS FACTURADAS EN LA CENTRAL DE TALLERES
 ENERO --- AGOSTO, 1957
 (MILLONES DE PESOS)
 ESCALA NATURAL

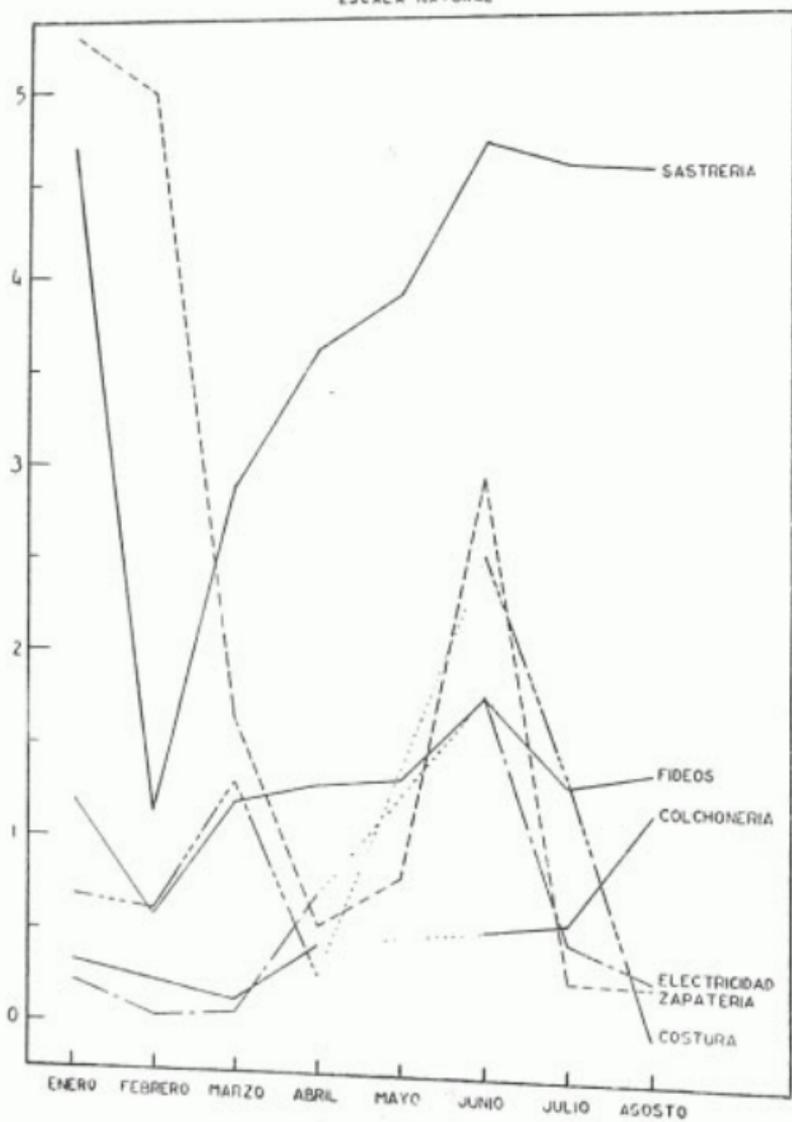
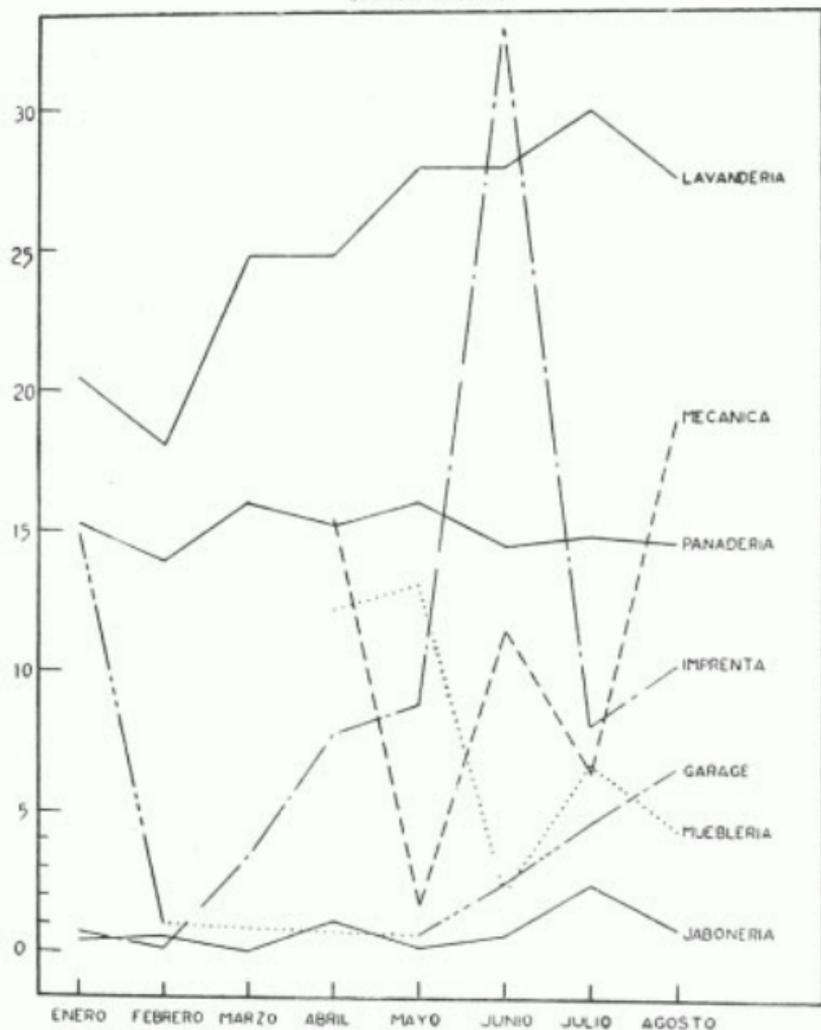


GRAFICO 2 - B
VENTAS FACTURADAS EN LA CENTRAL DE TALLERES
ENERO --- AGOSTO, 1957
(MILLONES DE PESOS)
ESCALA NATURAL



los primeros ocho meses de 1957 puede ser apreciado en el Gráfico 2, que señala las ventas facturadas a los diversos talleres durante este período.

El hecho de que tales fluctuaciones ocurran en la producción, es una prueba de que estos talleres están sobre-expandidos. En algunos casos éstos están aceptando trabajos fuera del Servicio para estabilizar su producción. Esta práctica nos parece un uso poco prudente de los recursos del Servicio y debe ponerse término. Además, el Taller de Mecánica, el Taller de Electro-Medicina, y la Central de Movilización están efectuando reparaciones en edificios, equipo y vehículos del Servicio en todo el país. La limitación obvia que sufren tales operaciones es que el equipo debe ser enviado a Santiago, o que el personal debe ser enviado al local desde la Oficina de Santiago.

En el caso de algunos talleres, posiblemente se justifique su mantención —particularmente en el caso del complejo equipo médico— donde sería difícil imaginar la existencia de empresas particulares que ofrecieran estos servicios en términos competitivos. La solución del problema de la conservación de edificios y equipo no consiste en crear un servicio especial dentro del S.N.S. para realizar estas funciones, salvo casos muy excepcionales. La responsabilidad de desarrollar un programa de conservación debe en general estar a cargo del Director de cada establecimiento médico.

La Misión está convencida que varios de los talleres deben ser cerrados. El tamaño y alcance de esta operación podría tal vez reducirse por la venta o arriendo de algunas plantas a particulares. Recomendamos que se haga un esfuerzo serio por interesar a los empresarios privados en emprender esta operación. De lo anteriormente expuesto es evidente que después de 5 años de funcionamiento de estas plantas en el Servicio, los talleres no preparan datos financieros lo suficientemente adecuados como para que se pueda diseñar una política general. Posiblemente el Servicio esté pagando, además del sobreprecio indicado anteriormente, algunas cantidades adicionales debido a la ineficiencia técnica y comercial de sus talleres. Sin embargo, estamos seguros de que el Servicio sufre una desviación de fondos ascendente a doscientos cincuenta millones de pesos al año hacia inversiones de dudosa justificación para el Servicio, y para la economía chilena.

El único método de comprobar la eficacia de cualquiera de estos establecimientos es imponer un sistema de contabilidad uniforme a todas sus operaciones, e insistir en que los talleres concurren a propuestas públicas sobre la base de sus precios de costo. Los subsidios directos del Servicio deben, por supuesto, ser eliminados. Toda operación que no pudiera mantenerse en estas condiciones debería ser cerrada de inmediato y el precio obtenido en los remates de sus terrenos, edificios y mercaderías debe ser ingresado al Servicio. La ganancia inmediata en términos de ingresos que se obtendría para las operaciones médicas serían los \$ 250 millones de utilidades que actualmente se ganan los talleres a costa del Servicio; y, a largo plazo, el avance en términos económicos sería indudablemente mayor.

5.—La Administración de las Propiedades.

El Servicio recibió de los organismos originales grandes extensiones de tierras urbanas y rurales. De éstos, la mayor parte son propiedades de la ex Beneficencia Pública, el resto, son propiedades fiscales y del ex Seguro Obre-

ro dadas en uso y predios de reservas fiscales en Magallanes. El Servicio no ha hecho una valorización comercial adecuada de estos últimos. Con respecto a las propiedades de la Beneficencia, se ha tomado una actitud más activa debido a ciertas disposiciones legales que reglamentan su uso. En primer lugar, se dispone que todos deben venderse en el plazo de 15 años. La disposición pertinente es la Ley 10.383, "Disposiciones Transitorias", Art. 1:

"...En idéntica forma y en el mismo plazo (en pública subasta — con ciertas excepciones — por parcialidades no inferiores a un 5% anual y en el plazo máximo de 15 años) el Servicio de Seguro Social enajenará por cuenta de la Junta Central de Beneficencia y Asistencia Social y de las Juntas Locales de Beneficencia los bienes de éstas no destinados al funcionamiento de sus servicios y que legalmente pueden ser enajenados; su producido se invertirá por cuenta de sus dueños en acciones de la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios. Esta Sociedad deberá construir y dotar hospitales en los lugares y en la forma en que acuerde el Consejo del Servicio Nacional de Salud".

En segundo lugar, algunas propiedades de la Beneficencia cuyo valor asciende a un 3% del valor total, están sujetas a algunas restricciones impuestas por los legados que las originaron. El valor total de las propiedades de la Beneficencia es entre 16.2 y 21.8 mil millones de pesos. Alrededor de 55% del total son propiedades urbanas y semi-urbanas; 34% propiedades rurales; 6% muebles, herramientas, etc. y 5% bienes muebles.

Puesto que el S.N.S. es el sucesor de la ex Beneficencia Pública, y como a aquél se le encomendó la tarea de preparar un plan de construcción de hospitales con los fondos resultantes de la venta de estas propiedades, ha parecido conveniente crear dentro del Servicio un Sub-Departamento de Administración de Bienes para clasificar y valorizar las propiedades y preparar un plan preliminar de ventas. Este plan fue sometido en 1955 a la Comisión de Fondos y Propiedades y fue elaborado sobre la base de respetar los contratos vigentes.

La administración de las propiedades dadas en arriendo ha sido asumida por el Sub-Departamento de Administración de Bienes. Algunos detalles administrativos tales como la recaudación de los arriendos han sido delegados a las Juntas Locales de Beneficencia. Nos parece que la administración de estas propiedades, incluyendo la fijación de los arriendos, habría sido mejor llevada a cabo por los Departamentos de Comisiones de Confianza de los Bancos y otras instituciones particulares, mediante el pago de una comisión. En la mayoría de los casos, el mayor grado de conocimiento y experiencia comercial de estos organismos hubiera compensado con creces las comisiones que el Servicio hubiese pagado, tomando en consideración que se ha obtenido una tasa de utilidad de sólo 5,5%, la que a juicio de los técnicos es demasiado baja. Aquellas propiedades cuya administración no hubieren aceptado los organismos privados, de acuerdo a un criterio comercial, deberían haberse vendido de inmediato.

El programa actual de ventas ha sido retrasado por esta misma deficiencia de utilizar los conocimientos y organizaciones comerciales existentes dentro del país. En la actualidad, la venta de una propiedad es propuesta por el Delegado de la Junta Local de Beneficencia al Consejo Nacional de Salud. El Sub-Departamento de Admi-

nistración de Bienes avalúa la propiedad, examina el título, y establece las condiciones del remate. En el caso de una subdivisión urbana de una propiedad, cada venta tiene que ser aprobada individualmente por el Delegado de la junta Local.

Este procedimiento de venta podría ser mejorado solicitando propuestas para planes de venta de grandes cantidades de propiedades (el total de las ventas propuestas por el Servicio durante un período de 2 o 3 años). El adjudicatario de la propuesta podría entonces efectuar las ventas, otorgándosele amplios poderes legales para llevar a cabo todos los trámites necesarios. De esta manera, el programa de construcción de hospitales podría ser financiado sin ayuda fiscal, lo cual representaría una economía en los gastos fiscales del orden de \$ 220.000.000 en 1958. El Servicio debe ayudar a mejorar la difícil situación fiscal, financiando por ahora toda construcción hospitalaria con el producto de ventas de propiedades.

En el caso de las propiedades afectadas por cláusulas restrictivas, no está claro si la obligación del Servicio para proveer la construcción de hospitales con las utilidades de la venta, está en armonía con los términos de las cláusulas. Sobre este particular debe iniciarse de inmediato una acción legal destinada a establecer una jurisprudencia.

La administración directa de las propiedades rurales fue asumida por una Gerencia Agrícola del Servicio. Después de un esfuerzo de 3 años la Gerencia ha logrado obtener algunas medidas de control financiero de la operación por medio de la instalación de un sistema moderno de contabilidad. Esto proporciona una base para evaluar las propiedades y decidir sobre un programa de venta. Nos parece que aunque la formación de una Gerencia Agrícola se hubiera justificado en el tiempo de su creación, ésta debiera integrarse con el Sub-Departamento de Administración de Bienes tanto para unificar el programa de ventas, como para dar énfasis al carácter transitorio de las propiedades de la Beneficencia. Sobre el particular, entendemos que grandes sumas de dinero han sido invertidas en mejorar estas propiedades, provocando una escasez de capitales líquidos en la Gerencia Agrícola e indudablemente absorbiendo recursos financieros que de otro modo habrían sido utilizados por el Servicio. Estos habrían ayudado al Servicio a cumplir su finalidad principal.

En cuanto a las inversiones agrícolas, es razonable que se evite el deterioro de las propiedades. Sin embargo, después de proveer la mantención normal, el ingreso neto de estas propiedades no debería ser usado como medio de aumentar el valor real del capital de las propiedades. El Servicio, en el hecho, está estimulando las inversiones a largo plazo en obras de riego, edificios, etc. mediante el sistema de autorizar a la Gerencia Agrícola a recuperar los fondos invertidos en las propiedades, cuando éstas se venden, con el fin de reinvertirlos nuevamente en otras propiedades administradas por la misma Gerencia. Estos fondos, al igual que todas las utilidades provenientes de operaciones, deben ser entregados al Servicio para sus obligaciones corrientes en la prestación de sus servicios.

Aunque la Gerencia Agrícola no pudo proporcionar a la Misión una cifra total del valor de los capitales que se han reinvertido, basta recordar que el activo de la Gerencia en tierras, edificios, equipos, maquinarias, animales, mercaderías en bodega, etc., aumentó entre el 30 de junio de 1956 y el 30 de junio de 1957 de \$ 801 millones a \$ 1.991,

es decir, un aumento de 150% en un sólo año. Sólo una pequeña parte de este aumento, \$ 113 millones, representó un aumento de pasivo. Por consiguiente, si no hubiera ocurrido esta expansión de capitales, el Servicio hubiera sido beneficiado por las utilidades netas del año, \$ 106 millones, más una suma muchas veces mayor, representada por estas inversiones.

6.—Administración del Personal.

La creación del S.N.S. por la fusión de distintos organismos, con diferentes reglamentos respecto a la administración del personal, ha creado obstáculos engorrosos en su integración. No obstante las finalidades laudables de la medida, la materialización completa del concepto de unificación ha sido obstaculizada por las disposiciones de la Ley 10.383. Los diferentes derechos y privilegios de los empleados no sólo han causado trabajos extraordinarios en el Departamento del Personal y en otras unidades del Servicio, sino también han causado demoras excesivas, muchos mal entendidos y serios problemas de espíritu. Han ocurrido situaciones en que empleados, haciendo el mismo trabajo y frecuentemente en el mismo sitio, han gozado de distintos derechos en cuanto a vacaciones y otros privilegios (trienios y sexenios, etc.). Todo ésto ha contribuido a mantener la adhesión de los empleados hacia el organismo original del cual provienen en lugar de colaborar por un S.N.S. unificado, obstaculizando así una comprensión exacta del papel que debe desempeñar el Servicio unificado.

Existe una estructura complicada de salarios que está basada principalmente en consideración a años de servicios y no en el grado de responsabilidad del puesto. Como ocurre en todos los servicios públicos, la inflexibilidad en el manejo del personal obstaculiza el intercambio y la promoción del personal de acuerdo con sus habilidades y con las necesidades del servicio. Estas dificultades se hicieron especialmente ostensibles cuando se intentó realizar la calificación de los empleados, requisito indispensable para el establecimiento de los escalafones. El primer intento de completar un sistema de clasificación basado en un criterio justo y equitativo fue desechado por una interpretación rígida de la Contraloría. Fue necesario rehacer las clasificaciones de acuerdo con los reglamentos que prevalecían en el organismo del cual provenía cada empleado. Estas clasificaciones serán completadas al 1º de enero de 1958 y entrarán en vigencia el 1º de julio.

El borrador de un estatuto del personal ha sido preparado por el Servicio. Este no determinaría las diferencias de sueldos entre los empleados de los organismos constituyentes, pero sí terminaría las discriminaciones con respecto a los derechos de vacaciones, al pago por trabajos extras y otras prerrogativas. Entendemos que este estatuto puede ser puesto en aplicación durante el próximo año.

Los nuevos empleados están siendo incorporados al Servicio de acuerdo con el estatuto de la Administración Civil del Estado; y en consecuencia, con el transcurso de los años, las desigualdades del presente sistema deberían reducirse por el proceso normal de eliminación,

registrándose un avance en la predisposición del personal y en la eficiencia del mismo. Es, sin embargo, importante destacar que la ausencia de un sistema objetivo en la selección, basado en méritos y calificaciones, permite dudar acerca de los métodos corrientemente en uso de reclutamiento del personal. Una apreciable contribución para la solución de este problema, sería la confección de descripciones de puestos, clasificación de puestos entre categorías, fijación de las responsabilidades de cada empleado y las condiciones requeridas en cuanto a instrucciones y experiencia para optar a los diversos puestos. Además, los nuevos empleados deben ser instruidos en cuanto a los requisitos de sus puestos y entrenados acerca de los trabajos específicos que cumplirán. También deben recibir una amplia instrucción acerca de las finalidades del servicio, con especial énfasis sobre la manera cómo su trabajo contribuye al cumplimiento de éstas. Un programa de adiestramiento y orientación de esta naturaleza fomentaría en ellos una actitud de lealtad hacia el S. N. S.

El principio fundamental sobre el cual la política de personal del Servicio debe basarse en el futuro, es que hay que ajustar la disponibilidad de trabajo a las necesidades de dar cumplimiento a los programas de cada año. El sistema de planificación de programas y confección de presupuestos funcionales mencionado anteriormente debe permitir aquilatar el volumen del trabajo que se requiere para cada operación, indicando, al mismo tiempo, la dimensión y ubicación de las deficiencias o excedentes de personal que se registren. Este procedimiento haría posible la eliminación o redistribución del excedente de empleados, sin afectar la calidad de los servicios ofrecidos.

Para resumir los principales problemas del Servicio en el área del personal, debemos subrayar los siguientes: 1) la falta de aplicación de un sistema de planificación de programas que indicaría la naturaleza y la magnitud de las necesidades de personal en las varias actividades del Servicio; 2) la ausencia de un sistema objetivo de selección del personal basado en méritos y calificaciones y, por consiguiente, la falta de personal calificado para algunas de las tareas más complejas; 3) la falta de procedimientos eficientes para trasladar los empleados a otras unidades de organización en donde las necesidades son más urgentes; 4) los salarios bajos y una estructura de salarios no basada objetiva y científicamente sobre las obligaciones y las responsabilidades que desempeñan; 5) la falta de llevar a cabo una organización de la administración del personal que permita que la mayor parte del trabajo sea descentralizado y realizado al nivel del centro de salud o de la zona de salud; 6) la ausencia de un amplio programa de información para todos los empleados del Servicio, de tal manera que sepan las razones de las demoras en el cumplimiento de las medidas que los afectan, incluyendo el pago oportuno de los salarios y emolumentos a los cuales tienen derecho.

Reconocemos que muchas de las deficiencias que hemos observado requieren de algún tiempo para su corrección, puesto que involucran nuevos conceptos que no están en uso dentro de la Administración Pública chilena. Sin embargo, creemos que gracias a que el S. N. S. es una institución nueva, ella debe ser una institución apropiada para desarrollar prácticas modernas y eficientes en el manejo del personal.

III. FINANCIAMIENTO

El Servicio ha sufrido desde sus comienzos la incapacidad del Fisco de cumplir con las obligaciones que le impone la Ley 10.383. Debido al pago irregular de los ingresos más importantes, el 5.5% de sueldos y salarios imponibles de cargo del Fisco, se ha procedido a alzar las tarifas por los servicios prestados. El ingreso consultado en el presupuesto proveniente de esta fuente se ha duplicado entre 1955 y 1956. Se han intentado otros procedimientos para obtener finanzas, tales como el esfuerzo por obligar al S. S. S. al pago del 5.5% de sueldos y salarios. Esta medida, técnicamente exitosa, no dio resultados, puesto que el S. S. S. sencillamente no dio cumplimiento al dictamen de la Contraloría en favor del S. N. S.

Los egresos e ingresos totales del S. N. S., y la subvención fiscal percibida de acuerdo con lo dispuesto en el Art. 65 letra (c) de la Ley 10.383 (5.5% de sueldos y salarios imponibles) son los siguientes:

(\$ miles de millones)

Año	EGRESOS		INGRESO TOTAL		SUBVENCIÓN FISCAL PERCIBIDA (5.5%)	
	\$ corr.	\$ de 1951	\$ corr.	\$ de 1951	\$ corr.	\$ de 1951
1954	9,0	9,0	6,7	6,7	1,8	1,8
1955	17,8	10,2	12,9	7,4	2,6	1,5
1956	27,3 *	10,0 *	28,8 *	10,5 *	1,4	0,5
1957	—	—	—	—	0,3	0,1

* Estimado

— No hay datos

La diferencia existente entre el ingreso efectivo y las obligaciones de los establecimientos del Servicio ha sido cubierta por medio de aumentos en las deudas a proveedores, empleados y clientes del Servicio (no pago de los subsidios de enfermedad, de las cuentas por pagar y de los salarios). Las deudas del Servicio han fluctuado enormemente tanto en su monto total como en su composición relativa. A fines de 1954 alcanzaban a \$ 3,2 mil millones; en 1955, 10,4 mil millones; no se dispone de datos para 1956; al 30 de junio de 1957, fueron estimadas en 6,0 mil millones; se estima que podrían alcanzar a 12 mil millones a fines de este año. Este método de mantener el nivel de operaciones ha sido pagado a un precio alto —adquisiciones poco ventajosas a empresas que estaban dispuestas a correr el riesgo de una prórroga de créditos al Servicio, pérdida del crédito del Servicio con algunos proveedores de primera clase, la baja del espíritu del personal debido al no pago de salarios, etc.

Estos procedimientos sin duda tendrán funestas consecuencias a largo plazo. Por otra parte, el Servicio en 1957 hubiera podido aumentar fácilmente sus ingresos entre 2 y 3 mil millones operando sus talleres sin utilidades, al nivel de mantención, integrando anualmente las utilidades corrientes de los fondos, en vez de reinvertirlas en mejoras a los mismos, y aumentando el ingreso de sus propiedades a un nivel razonable. Esto hubiera tenido además la ventaja de reducir los gastos en años venideros.

La falta de un orden de prioridades presupuestarias en el uso de los limitados fondos de que dispone el Servicio, no permite asegurar que ellos serán asignados a las actividades de mayor importancia.

Un estudio de los programas del Servicio y del I. O. A. E. por la Misión ha revelado que la preparación de un presupuesto de programas para 1959 es posible, en vista de lo logrado en 1957 y de los esfuerzos que se emprenderán durante 1958 en la formulación de programas y medición de costos. Una reforma de la Ley 10.383 debería ser intentada de inmediato para aprovechar estos avances y estimular mayores esfuerzos. Esta debería hacerse de manera de eliminar lo dispuesto en el artículo 59 inciso (b), es decir, que el aporte del Fisco será 5.5% sobre sueldos y salarios imponibles. Este porcentaje fijo, aparte de no ser realista considerando la situación fiscal, es innecesario, en vista de las variables necesidades financieras del Servicio. Debe ser reemplazado por asignaciones anuales basadas en el análisis de los programas de mayor prioridad del Servicio.

Un presupuesto de programas del Servicio exhibiría el costo de cada programa, proyecto o actividad específicos de salud. De esta manera, la Dirección del Presupuesto y el H. Congreso sabrían, por ejemplo, lo que significa en pesos atender a un enfermo de tuberculosis, vacunar a un niño contra la viruela, o impulsar una campaña de instrucción en un centro de salud.

El presupuesto de programas y su realización pone el énfasis sobre el trabajo que se realizará o los servicios que se prestarán en lugar de ponerlo sobre las cosas que se comprarán; en otras palabras, es un cambio de énfasis desde los medios que se emplearán (servicios personales, abastecimientos, equipo, etc.) hacia los resultados finales que se lograrán. De esta manera, es posible determinar el costo de cada actividad y función programada con anticipación. Pero, indudablemente, lo más importante será asegurar que los objetivos del Servicio sean cumplidos, lo que en la actualidad no es posible afirmar.

El presupuesto funcional también ayudará al Servicio en la aplicación de un más efectivo control sobre gastos. El uso de costos unitarios indicará las operaciones que se realizan a un costo excesivo. Aun cuando este presupuesto no rebaja los costos por sí mismo, los somete a un análisis administrativo que de otro modo no se podría hacer. Además, la posibilidad de conocer el costo de cada servicio prestado, contribuirá a crear mayor responsabilidad entre los empleados de todos los niveles. De esta manera, el control de los gastos no se realizará sólo por el personal administrativo, sino que en parte será aplicado por la conciencia de los funcionarios del nivel operativo. Por otra parte, la comprensión del documento presupuestario se simplifica enormemente, lo que permitirá un más amplio análisis de parte del H. Congreso, de la prensa y de la ciudadanía en general.

La formulación de un presupuesto de programas en gastos corrientes, no alterará el actual sistema de financiar la expansión de capital del Servicio, a través de la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios. El Servicio controla la expansión de capital a través de la Comisión de Normalización de Obras Hospitalarias, que debería tener siempre presente la necesidad de subordinar la expansión de capital a la consideración del programa completo del Servicio. A este respecto, es evidente que la construcción está sobre-extendida, en el sentido de que hay demasiadas obras que se realizan simultáneamente. De acuerdo con los datos disponibles, hay en la actualidad 42 establecimientos en construcción. Las alzas de los costos de construcción, debido a aumentos de precios, han determinado la necesidad de revisar los presupuestos de obras, lo que ha absorbido el tiempo de la Comisión de Normalización y ha causado mayores costos totales al programa.

Por otra parte, no existe un plan racional y ordenado de construcciones de hospitales, determinado por las necesidades de la colectividad, sino que las decisiones se toman según los siguientes elementos: (1) el resultado de acuerdos celebrados con instituciones o personas que han proporcionado terrenos o apoyo financiero; (2) el mandato de leyes especiales. El Servicio es digno del mayor encomio por haber logrado apoyo financiero de todas las fuentes posibles, pero es necesario reiterar que la pronta enajenación de las propiedades de la ex-Beneficencia al permitir la debida concentración de recursos y la oportuna terminación de obras en construcción, significará un considerable aporte para atacar el problema de la construcción con un criterio científico.

Sobre el particular, es necesario agregar que el Departamento de Arquitectura es demasiado vasto, y que sólo debe limitarse a la programación y supervigilancia técnica de las obras y dejar en manos de arquitectos particulares el resto. Existen arquitectos particulares que se especializan en la planificación de este tipo de construcción. La reducción de este Departamento permitiría bajar los costos fijos del Servicio, al reducir el número de funcionarios.

Finalmente, como ya se ha explicado, creemos que la Ley 10.383 debe ser modificada para disponer de que el S. S. pague con sus propios recursos, los subsidios de enfermedad, maternidad y lactancia, que actualmente son obligaciones del S. N. S. Esta transferencia de las funciones no-médicas del Servicio ahorrará los \$ 4.020 millones consultados para estos fines en 1958, más un cálculo estimativo de \$ 800 millones en salarios, si los funcionarios que actualmente desempeñan estas actividades son retirados del Servicio.

IV. RESUMEN DE RECOMENDACIONES

1º Las condiciones financieras del país no permitirán que todas las funciones del S. N. S. contempladas en la Ley 10.383 sean cumplidas mediante los ingresos disponibles con que cuenta: las disponibilidades deben utilizarse según un orden de prelación de programas.

En vista de la difícil situación fiscal nacional, el Servicio debe actuar de manera de aumentar al máximo el rendimiento de los recursos de que dispone. En el área de política financiera, ésto significa

que las inversiones en fundos, propiedades urbanas, talleres y fábricas, tiene que estar limitada sólo a la mantención y que todo superávit sea devuelto al Servicio para ser usado en actividades relacionadas con Salud.

2º— Debería solicitarse una modificación a la Ley 10.383 para disponer que el pago de subsidios por maternidad, lactancia y enfermedad sea obligación del S. S. S. durante el año 1958 y en años venideros, y además que sea satisfecho con cargo a sus propios recursos. Tal vez sería indispensable, para evitar grandes trastornos en el programa del S.S.S., establecer un sistema de transición, en virtud del cual la carga se desplazará gradualmente, desde el S.N.S. al S.S.S. La modificación debería también disponer de que todo el personal del S. N. S. actualmente empleado en el desempeño de estas actividades, sea retirado del Servicio.

3º— El Ministerio de Salud Pública y Previsión Social y el S. N. S. deben determinar si la custodia de los ancianos y los niños vagos, el control y rehabilitación de delincuentes jóvenes y de los indigentes, la organización de la comunidad, el servicio social de casos y otras actividades de bienestar social, deberán ser continuadas por el Servicio. Además, deberán disponer la transferencia de ciertas actividades a otros organismos de bienestar del país. El Servicio deberá transferir los cementerios a organismos apropiados del Gobierno, tales como las Municipalidades.

4º— Las necesidades financieras del Servicio, después de haber ajustado su presupuesto de acuerdo con la reducción de gastos correspondientes a la reducción de servicios propuesta, deberán ser satisfechas por el presupuesto de la Nación sobre la base de programas. Este cambio debe ser acompañado por una modificación que elimine lo dispuesto en el Artículo 59 inciso (b) de la Ley 10.383 que dispone que el aporte del Fisco será de 5.5% de sueldos y salarios imponibles.

5º— La estructura administrativa del Servicio debe ser orientada hacia la formulación de programas, la preparación de un presupuesto funcional y la evaluación de los resultados. Específicamente, esto involucra: 1) la consolidación en la Sub-Dirección Normativa de todas las funciones de tipo "staff" (personal, control y asesoría financiera, etc.) para que sea una agencia de planificación efectiva, responsable únicamente ante el Director General; 2) la creación de un Comité Ejecutivo en reemplazo de las comisiones permanentes del Consejo Nacional de Salud

6º— El programa del Departamento de Finanzas y Presupuesto debe ser ampliado para lograr un control adecuado sobre el proyectado sistema uniforme de contabilidad el cual se instalará con la ayuda del I. O. A. E. Este sistema debe extenderse a todos los establecimientos médicos del Servicio, además de la Central de Abastecimiento, Central de Talleres y Sub-Departamento de Administración de Bienes. La propuesta reorganización del Departamento en: 1) Sección Presupuestos y Finanzas; 2) Sección Contabilidad; 3) Secretaría y Control, es recomendable, con la adición de una Sección de Asesoría Técnica. Esta sección adicional debe encargarse principalmente de determinar la efectividad del uso del personal, materiales, y equipos en todas las actividades del Servicio.

* 7º— La administración de los bienes raíces debe ser encargada en lo posible a administradores particulares pagados por porcentaje.

Aquellas propiedades que los administradores particulares no deseen administrar, deben ser enajenadas de inmediato.

8º— Las decisiones de vender deben comprender grandes grupos de propiedades (un programa de 2 ó 3 años). Estos programas se ofrecerían, por medio de propuestas públicas, a particulares, en el bien entendido que el ganador de la propuesta tendrá plenas facultades para efectuar todas las ventas, dentro de un período especificado

9º— Con el fin de dar unidad al programa de ventas de propiedades y poner énfasis en el estado transitorio de ellas, la Gerencia Agrícola y el Sub-Departamento de Administración de Bienes deben ser fusionados.

10º— En cuanto a las compras del Servicio, los talleres deben concurrir a propuestas públicas sobre la base de sus verdaderos precios de costo. Todo establecimiento que no pueda operar comercialmente, aún temporalmente, en estas condiciones debe ser cerrado de inmediato y todos los fondos provenientes de la venta de sus terrenos, edificios, equipo y mercaderías en bodega, debe ser ingresado al Servicio.

11º— El Servicio deberá esforzarse, todo lo posible, por enajenar o arrendar sus Talleres y Fábricas a empresas privadas.

12º— El propuesto Estatuto del Personal para el Servicio debe ser aprobado. Este debe ser puesto en vigencia y complementado por una serie de descripciones de puestos, clasificaciones de puestos en categorías uniformes, descripciones de las obligaciones de cada funcionario y los requisitos que ellos deben reunir en cuanto a instrucción y experiencia, con el fin de asegurar que cada nuevo empleado sea incorporado al Servicio sobre la base de sus méritos y valor personal.

En la preparación de este informe, la Misión ha sostenido conversaciones con funcionarios de las distintas reparticiones del Servicio, y ha visitado algunos de sus establecimientos. Durante el curso de nuestra encuesta, hemos observado por parte de los funcionarios un verdadero interés por cooperar en la aplicación de medidas destinadas a perfeccionar la organización y rendimiento del Servicio.

Deseamos, asimismo, expresar los agradecimientos de la Misión al Director-General del Servicio, Dr. Guillermo Valenzuela, al Sub-Director Normativo, Dr. Abraham Horwitz, y al Sub-Director General, Dr. Bogoslav Juricic, por su abierta cooperación y por las facilidades que nos han dispensado en todo momento durante el curso de nuestro trabajo.

ANEXO I — PROYECTO DE LEY

Artículo 1º— Introdúcense las siguientes modificaciones en el texto de la Ley Nº 10.383, de 8 de agosto de 1952, sobre Seguro Social y el Servicio Nacional de Salud:

- a) Agrégase a continuación del inciso 1º del artículo 27 de la ley el siguiente inciso:

“ Los subsidios que concede este artículo serán pagados directamente, en sus oficinas, por el Servicio de Seguro Social, sin perjuicio de la facultad del Servicio Nacional de Salud para declarar el derecho a percibir el beneficio”.

- b) Agrégase en el artículo 32, a continuación del inciso 1º, el siguiente inciso:

“ Los subsidios de maternidad y de lactancia serán pagados por el Servicio de Seguro Social, en las mismas condiciones indicadas en el inciso 2º del artículo 27 de la ley. El El Servicio de Seguro Social consultará en su presupuesto las cantidades necesarias para cumplir con sus obligaciones dispuestas en este artículo y en el artículo 27. Suprimase de las plantas que se indican del Servicio Nacional de Salud las siguientes cargas:

- c) La letra d) del artículo 53, substitúyase por la siguiente:

“ d) Con un aporte fiscal que se consultará en el Presupuesto de la Nación”.

- d) En la letra b) del artículo 59, eliminanse las frases “más 5.5% de aporte estatal” y “subsidios y auxilios de lactancia”.

- e) En la letra c) del artículo 63, suprimase la referencia a los artículos 27, 28, 31 y 32.

- f) Derógase el artículo 75.

Artículo 2º.— La presente ley comenzará a regir desde su publicación en el Diario Oficial.



Bernardo de Fontelle, autor de las “Conversaciones sobre la pluralidad de los mundos”, padeció de una terrible sordera cuando todavía no tenía una edad muy avanzada. Este hombre insigne y tan polifacético que cultivaba con gran acierto tanto la filosofía como las matemáticas, literatura y astronomía, llevó con singular resignación su sordera. Eran tales su perspicacia e intuición —que conservó hasta el último momento de su larga vida— que podía mantener cualquier conversación con su habitual jovialidad, solamente con que se le anticipasen el tema de la conversación o el “título del capítulo” como él lo llamaba; le bastaba la expresión, gesticulación y accionar de los interlocutores para tomar parte en el coloquio.

Primeras Jornadas Médico Sociales

"Sin duda que éste es un acontecimiento que debe marcar una fecha digna de ser señalada en el futuro. Es la primera vez que, en forma oficial, la Universidad patrocina un amplio estudio de los problemas médico sociales directamente relacionados con Chile, reconociendo la necesidad que existe de abrir un debate amplio sobre este complejo y moderno problema". (**).

Auspiciadas por la Universidad de Chile y el Colegio Médico se inauguraron el 6 de enero en el Salón de Honor del primer plantel universitario, las Primeras Jornadas Médico Sociales que se realizan en el país. Ante un numeroso público, compuesto principalmente por profesionales técnicos, pronunciaron discursos sobre la importancia de este acto, el señor Ministro de Salud Pública, Dr. Jorge Torreblanca, el señor Decano de la Facultad de Medicina, Dr. Alejandro Garretón y el señor Presidente del Colegio Médico, Dr. Ruperto Vargas.

Las sesiones de los grupos de trabajo y comités continuaron hasta el 10 de enero en la Sala Valentín Letelier, donde se dió término a las Jornadas, de cuyo desarrollo y resultado damos sucinta información, incluyendo, después de los resúmenes a que arribaron esos diferentes grupos de trabajo, las notas finales intercambiadas entre el señor Presidente de las Jornadas, Dr. Arturo Baeza y el señor Director General de Salud, Dr. Guillermo Valenzuela, sobre estos resultados y su relación con el Servicio.

Propósitos de las Jornadas

Los siguientes fueron los propósitos de estas Primeras Jornadas Médico Sociales: interesar a diversos grupos representativos de la comunidad en el estudio conjunto de los problemas de salud, tomando como base las relaciones de éstos con la economía, el trabajo y la atención médica y su condición de elementos fundamentales de la vida y del progreso de la comunidad nacional. Se tiene la convicción de que tal interés no puede crearse en forma artificial, sino que él derivará del conocimiento que tenga la comunidad de sus propias necesidades y de la complejidad de factores involucrados en su análisis y soluciones eventuales. La participación activa y libre, crítica y constructiva de esos grupos en dicho análisis es una herramienta insustituible para las tentativas de perfeccionar la atención médica y para concitar la comprensión y apoyo públicos en torno a la solución de los problemas de salud y a las Instituciones encargadas de prestar ayuda técnica para este fin.

(**) Del discurso pronunciado por el señor Decano de la Facultad de Medicina en la inauguración de las Jornadas Médico-sociales.

Cuatro grandes temas figuraron en la Agenda de estas Jornadas:

- 1.—Salud y Economía.
- 2.—Servicio Nacional de Salud.
- 3.—Atención Médica Rural.
- 4.—Medicina del Trabajo.

Participaron en las deliberaciones e intercambio de ideas, en torno a estos temas, representantes del Departamento de Salud Pública del Colegio Médico de Chile, Sociedad Nacional de Agricultura, Sociedad de Fomento Fabril, Sociedad Nacional de Minería y Central Unica de Trabajadores de Chile.

Las deliberaciones constituyeron un verdadero ejemplo de nuestra conciencia cívica y madurez democrática por el hecho de que patrones, obreros y técnicos de salud hayan aceptado reunirse en el ambiente desapasionado y racional de los grupos de trabajo, para intercambiar opiniones sobre la atención Médica Organizada; sobre la interdependencia de la salud, los niveles de vida de la población y la productividad, para allegar antecedentes que contribuyan a mejorar el cuidado y preservación del capital humano, y para aunar ideas en torno a la salud, la cual, dentro de cualquiera sociedad y aun entre las naciones, no es segura para nadie, si no es compartida por todos.

Cuatro Relatos

Con esos fines, el Departamento de Salud del Colegio Médico preparó relatos sobre los cuatro grandes temas ya mencio-

nados; relatos con importantes gráficos, cuadros y tablas estadísticas, que serán publicados próximamente en un texto que reunirá todo el material de las Jornadas. En síntesis, estos relatos se circunscribieron a promover el análisis de los siguientes aspectos:

1º—La importancia de la Salud en la Economía del País mirada desde un punto de vista general, en relación con: la población, la renta anual per cápita, la seguridad social, la educación, alimentación, vivienda y saneamiento, producción total del país, índices de salud, gastos en salud, pérdidas por ausentismo, etc.

2º—El Servicio Nacional de Salud, sus orígenes, estudio crítico de la labor realizada, rendimientos actuales y medidas para su futura racionalización y perfeccionamiento, dificultades que ha tenido que vencer, cómo mejorar su financiamiento y su régimen administrativo.

3º—Atención Médica Rural, en la cual se destacaron la gran importancia del problema de la atención médica de la población rural del país y se señalaron sus grandes dificultades para realizarla convenientemente con nuestra difícil geografía, en que las acciones de Fomento, Protección y Reparación de la Salud, tropiezan con obstáculos de carácter técnico y administrativo además del régimen financiero inflacionista. Todo ello variando fundamentalmente de un sector rural a otro.

4º—Este tema estuvo dedicado a estudiar las prestaciones de la atención médica al trabajador y se tituló **Medicina del Trabajo**, denominándose ésta como la rama de la medicina que estudia las relaciones entre el hombre y su ocupación, con el propósito de prevenir las enfermedades y los accidentes, y de tratarlos oportunamente, aumentando con ello su productividad. Se comprende fácilmente que en esta promoción de la salud física y mental del trabajador hay una relación directa entre salud y economía, relación que interesa tanto al obrero como al patrón y el país en general.

La **Medicina del Trabajo** es fundamentalmente una Medicina Preventiva y en cuanto a su aspecto curativo, no puede satisfacerse con la simple curación del daño producido, sino que debe llegar hasta la rehabilitación del trabajador enfermo o accidentado, de tal modo que el obrero se sienta útil a sí mismo, a su familia y a la Sociedad.

Para estudiar este tema y apreciar su magnitud, es necesario analizar algunos aspectos del problema, como ser: la población activa de Chile, las estadísticas de los daños que se producen en el trabajador por riesgos a que está sometido, debidos a: 1) accidentes de trabajo; 2) enfermedades profesionales; 3) afecciones comunes; en seguida, el impacto económico que esto produce y el impacto social determinado por el daño psíquico y moral que significa la pérdida de una posición activa ante la vida, y la sensación de haber sufrido una injusticia social. Como ejemplo se cita el caso de la Silicosis y sus graves consecuencias. Se analiza también el rol que desempeña el alcoholismo, que expone a una mayor frecuencia de accidentes, disminuye el rendimiento y aumenta el ausentismo del trabajador.

En este trabajo se estudian las medidas convenientes de orden general que deben tomarse para prevenir riesgos, tanto por parte del individuo en el ambiente en que trabaja y las recomendaciones que deben tener presente los patrones y los organismos de Previsión y de Salud Pública para evitar los enormes gastos que acarrea el ausentismo debido a estas causas.

Estos cuatro temas fueron amplia y detenidamente estudiados por el Departamento de Salud del Colegio Médico y el punto de vista médico fue debatido en la Convención Médica realizada en agosto del año 1956.

Desde un comienzo, se propuso al Departamento de Salud, someter estos relatos a la consideración de los otros elementos más directamente interesados en tan importantes materias, como son los patrones y los obreros. Con este objeto se planificó la realización de estas Jornadas de Medicina Social, que no tuvieron otro objeto que discutir en conjunto los puntos de vista médicos ya analizados en el Departamento y en la Convención de 1956 para conocer la opinión que a patrones y obreros les merece, y obtener una información que unos y otros necesitan para apreciar en toda la amplitud e importancia los problemas presentados por los médicos y analizarlos a la luz de los juicios y observaciones imparcialmente recogidas.

Todo ello fue analizado por primera vez en un ambiente sereno, de Seminario, alejado de intereses limitados y sin ningún carácter político. No se pretendió sacar conclusiones definitivas, sino obtener una ilustración general de los participantes, y más que todo, facilitar una mutua comprensión útil y beneficiosa para todos, en un ambiente cordial.

Factores económico-sociales

Al médico —se puso de manifiesto en estos propósitos— le interesa, sobre todo, cómo ejercer la Medicina con el supremo anhelo de proporcionar salud en el sentido de la OMS es decir, proporcionando al individuo el máximo de bienestar físico y moral, libre de enfermedad y para ello trata de desarrollar programas y aplicar conocimientos, los mejores, pero su acción se ve limitada por factores económico-sociales fuera de su alcance.

A los patronos les interesa aumentar su producción y para ello necesitan un elemento humano que es el obrero, que al estar sano trabajará con el máximo de rendimiento, ya que al vivir mejor, trabajará en mejor forma.

El obrero, por último, necesita seguridad social para trabajar, condiciones humanas de vida con un salario suficiente que le permita además de mantener un régimen de vida para él y su familia en condiciones racionales, ahorrar para el futuro; que su vida y la de su familia se desarrolle en un ambiente higiénico dentro de una vivienda confortable, que tengan posibilidades tanto él como su familia, de educarse y adquirir un grado de cultura lo más elevado que sea capaz de conseguir. Que colocado en un nivel social satisfactorio, se transforme en un elemento útil para la sociedad y un factor de constante superación y progreso de la Nación.

Primera etapa de otras labores

En el Departamento de Salud del Colegio Médico, se piensa que de este primer ensayo se obtendrá un real progreso preliminar, que pronto se extenderá a otras esferas y que será una primera etapa de otras labores de este tipo que poco a poco irá formando un clima de comprensión que puede conducir a realizar los anhelos de bienestar social que todo el mundo reclama.

Para ilustrar al público que se interesó por las Jornadas, se exhibió en el local de la Escuela de Leyes una exposición gráfica sobre estos temas, que condensó el material estudiado en estos cuatro relatos.

El Departamento de Salud Pública del Colegio Médico de Chile, ante el éxito alcanzado, por estas Jornadas, se propone realizarlas en fechas próximas en otras ciudades del país, ampliándose así los esfuerzos y los frutos alcanzados en Santiago.

El espacio e índole de este Boletín, impide la inserción de los cuatro relatos de que hemos dado cuenta, como asimismo las proposiciones, deliberaciones y conclusiones de los grupos de trabajo en que se dividieron patronos, obreros y médicos para tratar en mesa redonda las materias debatidas. Todo este material, como ya hemos dicho, se publicará próximamente en un texto completo por el Colegio Médico y los funcionarios interesados podrán solicitarlo al Dr. Alfredo Tabora, Jefe del Sub-Departamento de Educación Sanitaria, Casilla 3979, Santiago.

Sin embargo, por considerarlo de esencial interés para conocer el resultado de las Primeras Jornadas Médico Sociales, incluimos a continuación los "resúmenes de acuerdos" de los grupos de trabajo sobre los cuatro temas principales de las Jornadas:

RESUMEN DE ACUERDOS DE LAS JORNADAS SOBRE EL TEMA I: "SALUD Y ECONOMÍA"

La Comisión de Redacción de los resúmenes de Acuerdos de los Grupos de Trabajo se reunió a las 10 horas para resumir la labor realizada ayer por los Grupos, en conformidad con los Arts. 14º y 15º del Reglamento. Se usaron como material básico para el Resumen, las conclusiones del Relato del Departamento de Salud Pública del Colegio Médico de Chile, el Cuestionario-Guía y las conclusiones de los tres Grupos de Trabajo, que presentaron, en general, gran similitud en el fondo de las ideas tratadas, con algunas diferencias de forma o de terminología.

1º **Definición de conceptos.** Los tres Grupos emplearon para su trabajo interno el concepto de salud de la definición de la OMS, que dice que "Salud es el goce de un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad".

El concepto de Economía fue definido en el Grupo 3, sólo para los efectos de su trabajo, como "el conjunto ordenado de factores, valores y actividades que intervienen en la producción, distribución y consumo de los bienes materiales y de servicio en relación con las necesidades de una población". El Grupo 2 empleó en su trabajo, las definiciones de Economía del Diccionario de la Real Academia Española, y el Grupo 1 no estimó necesario definir el concepto de Economía para los fines prácticos de su labor.

2º— En el estudio de las relaciones entre la Economía y la Salud, los Grupos reconocieron que "la relación entre economía y salud es directa y evidente. La salud influye en la economía y la economía en la salud". El Grupo 3 señaló la importancia que en la producción, además de la salud, tienen factores tales como las riquezas nacionales, la capitalización del país y el estado de racionalización de las empresas y servicios. El Grupo 2, "reconociendo la influencia poderosa que la economía ejerce sobre la salud, estimó necesario destacar la existencia de otros factores muy importantes, tales como los culturales, educativos, geográficos, ambientales y sociales, etc."

En la actual etapa de desarrollo de la comunidad chilena, estas relaciones son más manifiestas.

3º— La capacidad de trabajo está íntimamente relacionada con la salud y ésta, subordinada a las condiciones de vida de los grupos humanos. Esta relación recíproca obliga a proporcionar a la comunidad condiciones mínimas satisfactorias de vida, relativas a alimentación, la vivienda, el vestuario, la educación, el trabajo, la recreación, el ambiente y el saneamiento básico.

La alimentación nacional tiene un déficit general tanto cualitativo como cuantitativo, que repercute directamente en índices de salud defectuosos. La subnutrición crónica en nuestro pueblo, por ser silenciosa, no produce alarma, y por ser permanente es de insospechada gravedad.

La vivienda, sus abastecimientos de agua y eliminación de excretas son, en considerable proporción, inadecuados; crean serios problemas para cualquier programa de saneamiento e influyen negativamente en la salud de la población.

El analfabetismo es alto y un elevado porcentaje de la población recibe sólo rudimentos de educación, situación que afecta con mayor intensidad a los sectores rurales. Estos hechos influyen negativamente el nivel de vida y los hábitos de higiene.

De acuerdo con los datos que se poseen, examinados por los Grupos, Chile, en algunos de esos aspectos, podría ser considerado como un país subdesarrollado, aunque otros factores lo hacen aparecer en una etapa intermedia del desarrollo.

4°— En lo que se refiere a la salud, los tres Grupos reiteraron la importancia de la interdependencia del hombre y del ambiente físico, económico y cultural en que nace, se desarrolla, vive y trabaja.

Como lo expuso el Grupo 2, es un hecho real que los niveles de los grupos sociales influyen en forma sobre la salud. Como nuestra población se agrupa en diversos estratos socio-económicos, así también se agrupa en relación a los riesgos de la salud. Los grupos económicamente débiles son los que evidencian los peores índices de crecimiento y desarrollo físico y mental y de morbi-mortalidad.

En la actual etapa de desarrollo de la comunidad chilena, el bajo nivel de vida de la población asalariada no parece tener la tendencia progresiva a una mejoría apreciable de las condiciones de vida a que tienen derecho las mayorías nacionales.

5°— Los bajos niveles de vida limitan las posibilidades de éxito de la acción médica. Las cifras de mortalidad que venían disminuyendo hasta 1953, parecen mantenerse estacionarias a partir de ese año, y esto podría deberse a que los esfuerzos de la salubridad son esterilizados por las condiciones económicas desfavorables de esas mayorías.

El alto índice de crecimiento de nuestra población significa que cada año nuevos individuos ingresan a compartir una realidad deficitaria y una incertidumbre económica.

Como el aporte del hombre es el factor básico de toda economía, un pleno estado de salud contribuye a la conservación e incremento de ese aporte y al progreso creciente de la sociedad. Es fundamental, por lo tanto, fomentar y preservar ese aporte y planear las acciones de gobierno y de la comunidad en relación con los niveles de producción, de educación, de saneamiento, de vivienda y de alimentación. Si estos niveles no mejoran ostensiblemente, nuestros índices de salud permanecerán estáticos o sólo tendrán leves progresos.

En la planificación de los procesos económicos es indispensable elevar los índices de salud de la comunidad nacional, incrementar la producción, determinar costos adecuados para facilitar el consumo de las grandes mayorías, distribuir justamente los bienes y servicios nacionales y fomentar y desarrollar un poder adquisitivo capaz de subvenir a las necesidades y progreso de la personalidad humana.

6°— Los tres grupos estimaron que no sólo es indispensable aumentar nuestros niveles de producción, sino que es necesaria una equitativa y mejor distribución de la renta nacional. Nuestra actual previsión social es insuficiente, de altos costos, y consagra ventajas económicas y sociales notorias para sectores determinados de la comunidad. Es indispensable, por lo tanto, una transformación profunda de la política de seguridad social, que corrija defectos como los de la evasión de imposiciones, la inadecuada distribución de los recursos eco-

nómicos y de sus beneficios, especialmente el ingreso prematuro al sector pasivo de nuestra economía de elementos que aún poseen capacidad productiva, su falta de racionalización, etc.

La lucha por la salud forma la parte más importante de esa política y debe, por lo tanto, tener en ella la prioridad que le corresponde.

7º— En relación con la parte de la renta nacional que debería destinarse "a estos efectos", el Grupo 2 estimó que "la actual cuota de la renta nacional sería suficiente, siempre que hubiese una mejor administración de la misma". El Grupo 3 estimó que las impresiones y datos que se poseen no permiten determinar si, en el momento actual, la proporción de la renta nacional que se destina a salud es suficiente, insuficiente o exagerada, coincidiendo con el grupo anterior en que una racionalización podría mejorar la utilización de los recursos actuales.

El Grupo 1 propuso que se destinara una mayor proporción del presupuesto nacional a las acciones de salud pública y previsión social, y el Grupo 3 estimó que, sin aumentar dicho presupuesto, podría obtenerse una mejor distribución mediante transferencias de gastos de otros servicios, que se consideran excesivos y una planificación de los programas de los diversos Ministerios que intervienen directa o indirectamente en estos problemas.

La Comisión de Redacción acordó postergar el resumen de estos Acuerdos, así como el de los puntos 7 y 8 de las conclusiones del Grupo 2 y el punto 4 del Grupo 3 hasta que el debate de esta tarde, sobre los recursos económicos y las posibilidades de financiamiento del Servicio Nacional de Salud, aporte mayores elementos de juicio.

RESUMEN DE ACUERDOS DE LAS JORNADAS SOBRE EL TEMA II: "EL SERVICIO NACIONAL DE SALUD"

La Comisión General de Redacción se reunió a las 11 horas para resumir la labor realizada por los Grupos en la tarde de ayer, en la discusión del tema II.

Se usaron como materiales básicos de información en los Grupos, el Relato Oficial del Departamento de Salud Pública del Colegio Médico de Chile, el Cuestionario-Guía, la recopilación de "definiciones de términos" del Departamento, la revista y el Boletín del Servicio Nacional de Salud y otros documentos del Colegio Médico y del Servicio.

Los tres Grupos iniciaron el cambio de ideas con algunas exposiciones y comentarios generales, efectuados por los representantes del Colegio Médico y complementados por las opiniones expuestas por patronos y obreros, acerca de la doctrina del Servicio, los problemas de la salud, las funciones y organización del Servicio Nacional de Salud, sus dificultades económicas y la forma en que se atiende a la población.

1) Los Grupos estuvieron de acuerdo con la doctrina del Servicio Nacional de Salud en sus contenidos teóricos y con sus principios generales de organización y administración. Dentro de los principios doctrinarios, destacaron que el fomento y la protección de la salud no

serían completos si no abarcaran, además del individuo, a su grupo familiar; de aquí que una política adecuada de salud debe ser realizada teniendo como base la familia.

Los Grupos estimaron que, para los efectos de una mejor reparación, protección y fomento de la salud, la medicina debe ser racional, económica y humana.

El concepto de "Racional" implica que ella debe tener una orientación científica y debe planificarse para equilibrar los recursos de que se dispone con las necesidades que deben atenderse. El concepto de "económica" implica que esta atención debe ser de buena calidad, pero debe evitar toda dispersión y duplicidad de esfuerzos y el inadecuado aprovechamiento de los recursos, obteniendo los más altos rendimientos posibles. El concepto de "humana", significa que la atención debe otorgarse con un sentido profundo de la comprensión del paciente, no sólo desde el punto de vista de sus alteraciones orgánicas, sino con el respeto a la integridad de la persona humana".

Los Grupos insistieron en que un orden lógico y jerárquico de valores en las acciones de salud debe ser: el fomento, la protección y la reparación de la salud, pero que estas tres acciones deben ser realizadas en forma integrada.

Una acción eficaz en favor de la salud de la nación en esos tres aspectos requiere planes, métodos y aún organización colectivos, aunque sin inhibir la posibilidad de iniciativas de la comunidad, siempre que converjan hacia objetivos comunes.

De aquí que la medicina social no pueda realizarse sin el apoyo de la sociedad, a fin de que sus beneficios alcancen a la mayoría de la población.

2) El análisis de los principales problemas de salud que afectan a la población del país, de los factores que los determinan y de la evaluación de su naturaleza, magnitud y gravedad, atribuyen las primeras prioridades a los siguientes: Materno-infantil; enfermedades del obrero en su vida activa; subnutrición; higiene ambiental y epidemiología; alcoholismo; bajo nivel de educación para la salud.

3) Un Servicio destinado al fomento, protección y reparación de la salud de la mayor parte de la comunidad, debe tener autonomía técnica y administrativa, un financiamiento adecuado y oportuno y una representación obrera y patronal con participación activa en su gestión.

El Grupo 1 examinó la estructura del Servicio Nacional de Salud, y está de acuerdo con ella en cuanto a que se ajusta a los principios básicos de su doctrina, en lo que a organización se refiere.

La representación obrera del Grupo 1 sugirió dar al Consejo Nacional de Salud facultades administrativas e incrementar su composición con representantes de los funcionarios del Servicio, de los Centros de Padres y Apoderados, de los Centros de Pobladores y del Centro de Estudiantes de Medicina.

Al mismo tiempo sugiere que el Director General sea designado por este Consejo, debiendo cumplir los requisitos fijados por la ley respectiva.

La representación patronal adhirió a esta sugerencia.

Para garantizar más la autonomía administrativa, el Grupo 2 sugirió la participación activa de los representantes de los trabajadores y de los patrones en todos los Consejos Asesores del Servicio Nacional de Salud.

4) Los tres Grupos otorgaron gran importancia al cambio de ideas sobre el financiamiento del Servicio, que motivó extensas discusiones.

Los Grupos, en general, estimaron que, por el momento, el método básico de financiamiento de un Servicio de esta naturaleza debería tener un origen mixto, pero hubo opiniones a favor de un financiamiento directo por el Estado en el sector obrero.

El Grupo 1 estimó que si los recursos que la Ley otorga al Servicio Nacional de Salud se percibieran en su totalidad y oportunamente, sería posible cumplir, en su gran mayoría, con sus obligaciones de reparación de la salud y, en porcentaje apreciable, sus obligaciones en fomento y protección. El alza de los costos, la mala recaudación de las imposiciones por el Servicio de Seguro Social y la entrega tardía e incompleta del aporte fiscal son factores que pesan seriamente en el financiamiento del Servicio Nacional de Salud. En este predicamento, el Grupo destacó la conveniencia del pago regular de las imposiciones patronales. Por otra parte, estimó útil una entrega oportuna del aporte estatal por duodécimos, a través de la Tesorería General de la República. Consideró, además, que una racionalización de las actividades del Servicio Nacional de Salud permitiría un mejor aprovechamiento de los recursos.

Una redistribución del Presupuesto de la Nación en beneficio de los gastos en acciones de salud contribuiría a mejorar la situación financiera del Servicio Nacional de Salud. Mientras tanto, deben adoptarse las medidas de emergencia necesarias para cubrir adecuadamente la atención del enfermo y el pago oportuno de los subsidios.

El Grupo 2 expresó que como del Presupuesto del Servicio Nacional de Salud, lo que no llega con oportunidad es la parte del 10% que corresponde al 5,5% sobre los salarios que debe aportar el Fisco, se recomienda que ese aporte de 5,5% pase directamente de Arcas Fiscales al Servicio Nacional de Salud, y que para fijar con mayor exactitud el aporte del 5,5% del Fisco, el cálculo de salario sobre el cual se impone se actualice cada año conforme al aumento del costo de la vida.

El Grupo 3 opinó que los medios más directos, oportunos y expeditos de percibir el financiamiento, deben derivar de un cumplimiento estricto de la obligación que la Ley establece en cuanto a aportes que debe recibir el Servicio Nacional de Salud. Sin perjuicio de esto, se declaró que posiblemente se produciría un mejoramiento en la recaudación de estos aportes mediante un mecanismo semejante al del Impuesto Global Complementario. Por último se señaló la necesidad de que el elemento patronal imponga sobre el verdadero y real salario medio de sus obreros.

En los Grupos 2 y 3, al hablar del financiamiento del Servicio Nacional de Salud, se mencionó la posibilidad de relacionar, y aún de unificar, los riesgos de accidentes del trabajo y su financiamiento, con el Servicio Nacional de Salud.

5) Al cambiar opiniones acerca de los beneficios del Servicio, el Grupo 2 consideró que el ideal sería ampliar suficientemente los

beneficios que otorga el Servicio Nacional de Salud, pero que debe tratarse primero de hacer realidad la totalidad de los actuales beneficios.

El Grupo 3 estimó que es necesario modificar las bases legales del Servicio Nacional de Salud para perfeccionar y extender sus beneficios, para unificar las prestaciones de la seguridad social nacional.

6) Los Grupos examinaron las realizaciones del Servicio Nacional de Salud en materia de fomento, protección y reparación de la salud, y comprobaron, sobre la base de la información disponible, que, frente a la magnitud y gravedad de los problemas de salud que debe abordar, sus limitaciones más serias derivan de la falta de recursos oportunos y de sus dificultades de administración. Debe propenderse a mejorar la descentralización de los Servicios y hacer más efectivas las funciones de los Servicios Zonales y de Centros de Salud en general, perfeccionar todos los mecanismos administrativos del Servicio Nacional de Salud con un criterio racional de Empresas. Hay, sin duda, un déficit material de recursos y, aunque no se pueda hacer una enumeración de deficiencias, se recalca la falta de locales adecuados para atención en policlínicas y postas materno infantiles, la mala distribución de disponibilidades de camas en el país y dificultad de atención domiciliaria en zonas lejanas.

Se manifiesta, además, que a pesar de estas deficiencias, se puede mejorar el aprovechamiento de los recursos con una mejor administración.

El Grupo 3 opinó que se está logrando una mejor distribución de los recursos materiales y humanos, y que las deficiencias de los recursos materiales con que cuenta el Servicio para atender a la comunidad tienden a disminuir en las zonas urbanas y rurales accesibles, pero que continúan en todo su relieve en el sector rural. A esto se agrega la falta de medicamentos en algunas zonas y de racionalización de los recursos materiales.

7) El tema de las relaciones de los funcionarios del Servicio con los usuarios, mereció amplias deliberaciones en los Grupos 2 y 3.

En ambos Grupos se expresaron críticas a la forma en que cierto personal del Servicio trata a los enfermos, sin consideración a su calidad de persona y de paciente. Como ejemplos de este trato se citaron los que se refieren a la oportunidad y rapidez de las prestaciones (largas esperas para exámenes, impuntualidad e inasistencias del personal) y la falta de un trato bondadoso y cortés por incomprensión de los problemas humanos de los enfermos y de la importancia psicológica del buen trato).

Influyen en este estado de cosas, factores tales como: la diversidad de niveles de extracción del personal; los distintos y, en general, bajos grados de preparación de éste; la inamovilidad que el Estatuto Administrativo otorga a los funcionarios, en general; las exigencias administrativas de cumplir un determinado número máximo de atenciones por hora, jugando un papel muy importante la situación económica deficiente de la mayoría del personal, por las bajas remuneraciones.

Se dejó constancia que no depende totalmente del Servicio Nacional de Salud la responsabilidad de la formación vocacional del personal, porque ella pertenece a etapas anteriores de la capacitación profesional individual.

Para corregir estos defectos, los grupos recomendaron que se proporcionara al Servicio Nacional de Salud los medios adecuados de selección de su personal, de modo que se considere no sólo su capacidad técnica, sino también su espíritu vocacional para prestar servicios en forma útil a los demás. Recomendaron también la promoción de todas aquellas medidas que mejoren las indicaciones de trabajo del personal, incluyendo el estudio de un sistema de estímulos que aliente el perfeccionamiento del personal y evite su desplazamiento a otros servicios o actividades e incluso al extranjero. Los Grupos recomendaron que el personal del Servicio fuera bien remunerado, pero que el esfuerzo económico que realiza en este aspecto la comunidad tenga como contrapartida un rendimiento adecuado y controlado de todo el personal.

Es necesario que los usuarios del Servicio dispongan de un sistema que permita que los reclamos que se originan lleguen a conocimiento de las autoridades, para su oportuna corrección y para subsanar las causas comunes que pudieran producirlos en el futuro. A juicio de los Grupos, las autoridades debieran habitualmente visitar los servicios y vigilar el aspecto de las relaciones humanas entre funcionarios y beneficiarios. Los Grupos estimaron que las autoridades deberían esforzarse en mejorar los aspectos negativos ya señalados.

8) Los Grupos concedieron gran importancia a una acción mancomunada de todos los elementos sociales y económicos que intervienen en la vida del país y a sus relaciones con el Servicio Nacional de Salud. Estimaron que para promover esa acción es indispensable:

a) Que el Servicio Nacional de Salud informe a la opinión pública de los Programas y acciones de salud que requieren la colaboración de la comunidad y de sus dificultades y limitaciones.

b) Darle participación activa a las diversas Instituciones privadas y públicas, educacionales, sociales, deportivas, etc., en las iniciativas en favor de la salud; y

c) Valorizar y destacar públicamente los aportes particulares, tanto de instituciones como individuales, en favor de la salud.

9) La educación para la salud es un factor fundamental para aprender a apreciar el valor de la salud, puesto que el cuidado de la salud significa cambiar hábitos de vida, modificar actitudes, crear ideales, favorecer un ambiente propicio en todos los planos y, por lo tanto, es un proceso largo y costoso y de la responsabilidad de todos.

La educación para la salud puede contribuir con mayor efectividad a los objetivos fundamentales de la medicina social si llega a crear un sentido de responsabilidad en la comunidad. La salud no es problema y responsabilidad sólo del Estado, sino también de la comunidad; esta educación debe comenzar en el hogar, continuar en la escuela y prolongarse en todas las actividades de la sociedad.

El Servicio Nacional de Salud debe promover la organización de la comunidad para solucionar localmente sus problemas.

10) La Salud Pública es fundamental en el desarrollo de una nación, y en Chile el Servicio Nacional de Salud tiene acción decisiva en su cuidado. Es indispensable que toda planificación, ya sea económica, agrícola, educacional, etc., considere los problemas de la salud y su solución en forma integrada y conjunta y que se favorezca la coordinación de esas acciones integradas y regionales del país.

RESUMEN DE ACUERDOS DE LAS JORNADAS SOBRE EL TEMA III: "MEDICINA DEL TRABAJO"

I.— Introducción.

Los tres Grupos concordaron en general en los siguientes aspectos básicos del problema:

a) El principal objetivo de la Medicina del Trabajo consiste en mantener en óptimas condiciones la salud del trabajador.

b) Las posibilidades de éxito dependen fundamentalmente de la acción mancomunada de los tres sectores interesados en el problema: los organismos gubernamentales, los grupos obreros y los grupos patronales.

c) El punto de partida de esta acción es el conocimiento exacto de la naturaleza, magnitud y gravedad de este problema de salud.

d) El énfasis debe ser puesto en las acciones de prevención, en cuanto a que son más eficaces y más baratas.

e) El proceso de reparación debe incluir necesariamente la rehabilitación, con el objeto de mantener la capacidad económica del trabajador afectado.

f) En nuestro país es indispensable una reforma de la legislación que se oriente a un Seguro Único.

II.— Acuerdos.

1.— Todos los Grupos estuvieron de acuerdo en aceptar que en la defensa de la salud del trabajador deben considerarse no sólo las enfermedades profesionales y accidentes del trabajo, sino también las enfermedades y accidentes comunes. Se consideran afecciones profesionales las relacionadas directamente con el trabajo, como los accidentes y las enfermedades profesionales; y enfermedades comunes, aquellas afecciones en las cuales las condiciones de trabajo pueden influir en su desarrollo, si bien no se puede demostrar una relación específica de causa a efecto.

2.— De aquí que la planificación de la salud (fomento, protección y reparación) debiera hacerse tomando como denominador común más al "enfermo" que al tipo de enfermedad, sin perjuicio, naturalmente, de los distingos respecto de reparación económica.

3.— La enfermedad del trabajador y, por tanto, el ausentismo, gravan onerosamente la capacidad de rendimiento de los obreros y los índices de producción.

Las enfermedades del trabajador en sus formas comunes o profesionales, se traducen en menor salario y en menor consumo, tanto para él y su familia como para toda la comunidad, y en una producción más baja en cantidad y calidad.

4.— Se reconoce que la magnitud del problema es la señalada en el tema oficial, tanto en la gravedad y frecuencia, como en el daño económico con que afecta a la producción, y que la deficiente captación estadística impide conocer exactamente su magnitud, en forma numérica y que, además, influye en esto la falta de una legislación única que permita controlar accidentes, enfermedades comunes y profesionales, cuyos límites de apreciación no están bien definidos.

5.— El Grupo considera que es indispensable la confección de un registro de las afecciones del trabajador, tanto de los riesgos y causas como del número de casos, única manera de conocer la magnitud y gravedad de este problema, para adoptar las necesarias medidas de prevención y reparación, y en este sentido se recomienda estimular la obligatoriedad de la notificación oportuna y completa de estas afecciones. El registro que se lleva en la actualidad es incompleto, porque se consigna sólo una apreciación parcial de estas afecciones.

6.— Los Grupos recomiendan la adopción de medidas conjuntas de instituciones técnicas y gubernamentales, patrones y obreros, a fin de llegar a un conocimiento exacto de las enfermedades del trabajador, sugiriendo en este sentido la confección de una ficha única, sencilla y precisa, que facilite dicha tarea.

7.— No hay, desgraciadamente, ni aún entre los médicos, un concepto claro de la importancia de la prevención de las afecciones del trabajo, aunque ya se ha hecho bastante para despertar inquietud al respecto.

Es necesario **ilustrar** mejor a la colectividad sobre la conveniencia social y aún económica de la "prevención".

8.— Los Grupos reconocen la necesidad de introducir el concepto de prevención del riesgo en este problema, y destacan como indispensable que exista una sola Institución que asegure, por medios legales, las medidas tendientes a realizar el examen periódico del obrero, la seguridad e higiene industrial, como asimismo el saneamiento básico, todo lo cual permita prevenir los riesgos derivados de las deficientes condiciones ambientales en que se realiza el trabajo.

9.— Los Grupos estiman que tanto las instituciones encargadas por ministerio de la Ley, como los patrones y obreros, son responsables de la adopción de las medidas más convenientes para prevenir las afecciones profesionales, aceptando el principio de que los gastos de prevención son, en última instancia, más económicos que los gastos de reparación.

10.— Los Grupos consideran que el rendimiento de las Instituciones encargadas de prevenir las enfermedades y accidentes profesionales, es insatisfactorio, porque ellas carecen de medios materiales y de personal suficiente.

11.— Las actuales bases jurídicas para la prevención de las afecciones profesionales, las estiman los Grupos como inadecuadas, por existir diversas disposiciones legales en Instituciones diferentes, lo que se traduce en dualidad de funciones y en ineficacia en la atención preventiva.

Las bases legales actuales sobre los riesgos del trabajo debieran perfeccionarse, asociándolas en una planificación integral de la salud que abarque la prevención, la reparación y rehabilitación dentro del triple concepto de fomento, protección y reparación de la salud.

Además, es necesario, a lo menos, hacer cumplir las disposiciones legales vigentes sobre higiene, seguridad y saneamiento básico, aumentando y actualizando las sanciones que castigan su incumplimiento.

12.— Las actuales prestaciones económicas y médicas son insuficientes para proteger al trabajador que ha sido afectado. Por tanto, se hace indispensable la revisión y perfeccionamiento de la legislación

vigente, a objeto de que se contemple la reparación oportuna tanto económica, como médica y la previsión del afectado, en el momento del riesgo y durante su vida futura.

Habría que estudiar, además, si existe hoy día una relación justa entre el costo de las primas pagadas y la realidad de las prestaciones económicas y médicas que reciben. De aquí que por ambos aspectos se justifique una reforma legal que facilite la realización de una medicina integral del trabajo que considere el interés y la ingerencia del Estado, del trabajador y de los patrones. El tipo de seguro mercantil no social, no cumple adecuadamente sus responsabilidades, porque no previene y no rehabilita.

13.— La reparación económica debe basarse en un sistema previsional que mantenga al trabajador en su ocupación, aprovechando la capacidad remanente y recibiendo una adecuada compensación económica que equivalga a la ganancia normal del individuo.

Las indemnizaciones o las pensiones no acompañadas de rehabilitación, llevan a la pauperización progresiva, debido a la desvalorización de nuestra moneda.

14.— En lo referente a la rehabilitación, los Grupos reconocen que las actuales condiciones en que ella se hace son insuficientes e inadecuadas, y que es importante que en este aspecto se asegure, además de la reparación económica del riesgo, la continuidad del trabajo con la renta complementaria suficiente, dándole otra ocupación donde el riesgo no continúe.

15.— El sistema actualmente en vigencia no cumple la reparación en forma satisfactoria, ya que ella se limita a la curación médica inmediata y al pago de indemnizaciones o pensiones. El futuro del individuo queda limitado por sus complicaciones médicas, que caen en la órbita de los servicios médicos y de previsión pública, y por la falta de oportunidades de colocación en el trabajo debido a ausencia de planes de reubicación y rehabilitación.

16.— Con respecto a la actual legislación, los Grupos concluyen que ésta es insuficiente, parcelada, dilatoria en la consecución de las reparaciones económicas, diversificada en la cobertura de los riesgos, con dispersión de las atribuciones de control y con alto costo, y recomienda una legislación que reúna las siguientes características:

a) Que establezca un seguro único y obligatorio, integrado en los Servicios de Seguro Social y Servicio Nacional de Salud, que centralice la asistencia médica y la cobertura de los riesgos y que asegure la prevención, reparación y rehabilitación de enfermedades comunes y profesionales y de accidentes comunes y del trabajo.

b) Que produzca un mejoramiento de los servicios prestados.

c) Que en ningún caso signifique un mayor desembolso que el actual.

17.— La representación patronal del Grupo 1 estimó que debería dejarse un amplio margen de libertad, para que este sistema previsional pudiera además ser desarrollado por los sectores particulares.

18.— La representación patronal del Grupo 2 insiste en que debe haber una relación justa entre el monto de las primas pagadas y las prestaciones económicas y médicas que se reciben.

RESUMEN DE ACUERDOS DE LAS JORNADAS SOBRE EL TEMA IV: "ATENCIÓN MÉDICA RURAL"

La Comisión General de Redacción se reunió a las 11 horas, para resumir la labor realizada por los Grupos en la tarde de ayer en la discusión del Tema IV.

Se usaron como materiales básicos de información en los Grupos el Relato Oficial del Departamento de Salud Pública del Colegio Médico de Chile, el Cuestionario-Guía, el Correlato y los puntos de vista presentados por la delegación de la Sociedad Nacional de Agricultura y diversos trabajos presentados por médicos participantes a la IV Jornada de Salubridad.

1.— Los Grupos iniciaron el cambio de ideas con el examen de algunas características generales de los problemas del medio rural. Señalaron la influencia desfavorable de la dispersión de población y la dificultad de comunicaciones; la economía predominantemente agropecuaria, aunque también se encuentra en ese medio una economía pesquera o minera (pequeña minería); los niveles de vida generalmente más bajos, en especial los que se refieren a la habitación, alimentación, educación y saneamiento básico, la escasez de recursos materiales médicos y educacionales y los índices de salud deficientes.

Al discutirse específicamente los altos índices de morbo-mortalidad, se señalaron como los problemas de salud más importantes en el medio rural los que se refieren a: alto número de partos sin asistencia profesional; alta mortalidad infantil; subnutrición; enfermedades infecciosas; saneamiento ambiental; analfabetismo y bajo nivel educacional; dificultad de acceso a los recursos de atención médica.

El Grupo 2 citó algunos ejemplos concretos de la diferencia de recursos entre las provincias de Chiloé y Santiago.

Al término de este análisis los Grupos reconocieron que faltan informaciones básicas que permitan apreciar en su totalidad la magnitud de los problemas de la salud en el medio rural y hacer una apreciación exacta de los aportes que la comunidad puede brindar en ese medio.

Los Grupos coincidieron en estimar que la Agricultura es una actividad sometida a diversas contingencias y que los problemas de la salud rural no pueden resolverse si no se elevan los niveles de vida del trabajador agrícola por medio de un mejoramiento de su alimentación; de la vivienda higiénica; del saneamiento ambiental, de la disponibilidad de los recursos médicos mínimos indispensables y de una intensificación de la educación. La solución de todos estos problemas sólo puede encontrarse en una política agraria racional y adecuada, y ésta depende del énfasis que se ponga en la promoción del desarrollo y progreso del agro, en relación con otros aspectos del desenvolvimiento de la Nación.

2.— Los Grupos coincidieron en afirmar que el objetivo de la atención médica rural es, de acuerdo con la doctrina general del Servicio Nacional de Salud, reducir los riesgos de enfermar y de morir que afectan a la población rural del país, mediante técnicas y procedimientos especiales que se traducen en acciones de fomento, protección y reparación.

La Medicina Rural, más que otra, ha de ser de fomento y de protección (Control Materno-Infantil; Alimentación; Saneamiento Básico; Control de Enfermedades Infecciosas y Parasitarias), precisamente por la dificultad de que sea oportuna la reparación. Sin embargo, en el momento actual la reparación es, sin duda, lo más urgente, en especial en muchas zonas rurales alejadas. En todo caso, la acción de la Medicina Rural debe enfocarse siempre en relación con la importancia de los problemas de salud locales.

Todos los Grupos estuvieron de acuerdo en afirmar que la atención médica rural, para ser más efectiva, debe basarse en la íntima y activa colaboración de los diversos grupos sociales y de las instituciones, familiares, educacionales, civiles, religiosas, militares, etc.

La Medicina Rural debe llegar, aunque sea modesta, al mayor número de habitantes rurales en forma de atención médica directa, con intensificación de ella en las épocas del año más apropiadas y favorables para su labor, y adecuar las medidas administrativas, de orden secundario, a la realidad de las condiciones de vida del medio local. Una intensa, continua y difundida labor de educación para la salud adquiere en el medio rural la mayor importancia.

Los Grupos reiteraron que, en último término, la salud rural es sólo una parte de una política agraria nacional y depende, en consecuencia, del desarrollo y progreso del agro.

3.— Los Grupos examinaron los recursos de que dispone el Servicio Nacional de Salud para la atención médica en el sector rural, y señalaron que como en otros Servicios nacionales de utilidad pública, son de muy pequeña cuantía en relación con el volumen y la importancia de los problemas de salud en el campo y reconocieron las dificultades de orden geográfico, de falta de recursos económicos, de pobreza de medios materiales, de escasez de personal idóneo y aún de falta de interés por ocupar cargos en sectores rurales, que han entorpecido la labor del Servicio en el agro.

4.— La herramienta básica de trabajo del Servicio Nacional de Salud es el Programa, que se ajusta con flexibilidad a la presencia de diversos factores, entre otros, organización, financiamiento y funcionamiento, y que se pone en práctica, desde el punto de vista organizativo, por y desde el Centro de Salud, que es el organismo ejecutivo y la unidad básica.

El balance de las experiencias recogidas por los integrantes del Grupo I le hizo recomendar la posibilidad de reducir, en ciertos casos, el perímetro geográfico del Centro de Salud, y la creación de Postas y Casas de Socorro, a fin de que la atención médica rural se haga más eficiente y expedita para la mayoría de los trabajadores del campo.

Los Grupos insistieron en que el Servicio promoviera la participación de la comunidad en la dotación de recursos tales como locales y medios de comunicación y movilización para los Centros de Salud, y en que divulgara ampliamente entre los sectores patronales de organización de los servicios y sus relaciones con los medios rurales recibiendo todas las sugerencias que tiendan a su perfeccionamiento.

5.— Los diversos Grupos hicieron recomendaciones prácticas susceptibles de mejorar, a su juicio, la atención médica rural. Entre éstas cabe mencionar:

a) Recopilar la información básica de las realidades locales de las zonas y Centros de Salud rurales a través de los sectores patronales, obreros y la comunidad en general y especialmente de la Sociedad Nacional de Agricultura.

b) Creación de nuevos Centros de atención médica en aquellas áreas que, por razones geográficas, están fuera de acción del Centro de Salud, y dotación de mejores recursos humanos, materiales y económicos para los Centros existentes y los que se creen en el futuro, aconsejándose como una manera de incrementar los recursos económicos que se efectúe una mejor fiscalización de las imposiciones del sector rural.

c) Aumentar el número de personal médico y paramédico que trabaja en las zonas rurales por medio de incentivos vocacionales y estímulos económicos, recomendándose la formación de personal paramédico de tipo polivalente y la preparación de auxiliares de extracción local que no requieran necesariamente una alta escolaridad para que bajo una adecuada supervisión puedan prestar útiles servicios en los medios rurales.

El Grupo 2 señaló a este respecto algunas iniciativas oficiales y particulares de preparación de este personal en el propio medio rural.

d) Proporcionar al Servicio Nacional de Salud medios de movilización adecuados en las poblaciones alejadas, señalándose la colaboración que prestan y puedan prestar otras instituciones oficiales y particulares, así como la conveniencia del empleo de métodos más modernos de comunicación y transporte (radio, helicóptero, barco).

e) Facilidades para que la atención del enfermo pueda ser oportuna y efectiva en el medio rural mediante medidas administrativas de gran flexibilidad, tales como el aceptar un atraso prudencial en las imposiciones, mayor que el que actualmente se exige, la atención inmediata con la simple presentación de un documento patronal responsable, la indicación de tratamientos médicos sencillos y de fácil cumplimiento por parte del campesino que consulta, etc. Los Grupos insistieron en la comprensión que debe tener de la psicología campesina el personal que preste servicios en las áreas rurales.

f) Estimular la colaboración íntima de la comunidad y del propio campesino en sus problemas, recomendándose el fomento de las cooperativas agrícolas, la promoción de programas locales de extensión agrícola mediante la organización de clubes juveniles de campo (4 C.), que permitan un aprovechamiento mejor del cerco o huerto familiar y contribuyan a solucionar el problema de la alimentación campesina, la formación de clubes o centros de demostración del hogar entre las madres campesinas, para enseñarles principios básicos de preparación de alimentos, labores artesanales familiares, etc.

g) Intensificar, con todos los recursos disponibles, la educación para la salud en el agro chileno, ya que los Grupos consideran que la educación es un medio fundamental de elevación del nivel de vida campesino, del logro de una verdadera colaboración comunitaria y de integración de las labores de fomento, prevención y reparación de la salud con los trabajos de otros elementos del medio rural, tales como los maestros, sacerdotes, patronos, carabineros y los propios habitantes de la localidad campesina.

6.— Los Grupos terminaron sus recomendaciones con la declaración de que los problemas de la salud de la población rural son de tal importancia y afectan a una proporción tal de habitantes del país que para solucionarlos se requiere un esfuerzo a escala nacional, tanto del Servicio Nacional de Salud como de todos los organismos públicos y privados del país, y en forma planificada, para que cada cual asuma, realmente, la función concreta que le corresponde.

Cartas intercambiadas entre el señor Director General de Salud y el Presidente de las Jornadas Médico Sociales:

Santiago, 17 de enero de 1958

Señor Dr.

Guillermo Valenzuela Lavín

Director General de Salud

PRESENTE

Señor Director:

Me apresuro en dejar constancia de mi profundo agradecimiento por la decisiva e inapreciable colaboración de esa Dirección General a las Primeras Jornadas Médico Sociales, que organizó el Departamento de Salud Pública del Colegio Médico de Chile y que tuve el honor de presidir.

Las conclusiones de las Jornadas reflejan que el Servicio a su digno cargo, ha logrado entre los sectores más representativos de la comunidad nacional, el consenso de que su doctrina, política y organización son las más convenientes y adecuadas a nuestra realidad. Al mismo tiempo, los grupos de trabajo estuvieron de acuerdo en que las limitaciones actuales del Servicio, derivadas de las dificultades financieras y administrativas que ha debido afrontar, pueden y deben ser superadas, gradualmente.

Como uno de los objetivos de las Jornadas fue el de efectuar una verdadera consulta a los beneficiarios y representantes patronales sobre su opinión acerca del Servicio y de sus realizaciones, me asiste plena seguridad de que sus conclusiones recibirán una atenta consideración en el seno del H. Consejo Nacional de Salud y en el Consejo Técnico, a fin de hacer realidad, a breve plazo, el perfeccionamiento de la atención médica que algunas de ellas propugnan. De esta manera, estimo que se consolidará el respaldo y comprensión hacia la magna obra de bien público en que está empeñado el Servicio y será posible materializar uno de sus más grandes anhelos: el de la participación activa de la comunidad en la solución de los problemas de salud, ya iniciada con las Jornadas de mi referencia.

Reiterándole el reconocimiento del Departamento de Salud Pública del Colegio Médico de Chile ruego a Ud. hacerlo extensivo al Jefe y personal del Sub Departamento de Educación Sanitaria y de Relaciones Públicas que, con tanto celo y diligencia, cooperó en la organización de las Jornadas y en la preparación de sus elementos de trabajo.

Sin otro particular, me complace en saludar a Ud. con toda atención,

Prof. Dr. Arturo Baeza Goñi
Presidente Primeras Jornadas
Médico Sociales

Santiago, 8 de febrero de 1958

Prof. Dr.

Arturo Baeza Goñi

Presidente Primeras Jornadas Médico Sociales

PRESENTE

Estimado Dr. Baeza:

Le agradezco su atenta nota de enero 17, en la cual me da cuenta sobre el resultado de las Primeras Jornadas Médico Sociales que organizó el Departamento de Salud Pública del Colegio Médico de Chile y que Ud. presidió con tanto brillo.

Para nuestro Servicio las Jornadas han significado una oportunidad admirable para que patrones y beneficiarios se impongan de su doctrina, política, organización y realizaciones, a la vez que conozcan las limitaciones, derivadas de la situación económica del país.

Por nuestra parte, hemos tomado debida nota de las críticas levantadas y de las sugerencias para resolver los problemas que involucran y continuar perfeccionando la atención de los enfermos.

La experiencia vivida hasta aquí nos ha llevado a la convicción que, resuelto el financiamiento, será simple mejorar la administración en los Centros de Salud y en los establecimientos y consolidar la doctrina de la integración de las funciones, que es básica en nuestra estructura. Sin una opinión pública bien informada, es difícil progresar en una empresa que vive tan ligada a nuestras comunidades. De aquí la importancia que le concedo a estas Primeras Jornadas, el valor que le asigno a sus conclusiones.

Le ruego transmitir a los miembros del Departamento de Salud Pública y al Consejo General del Colegio Médico nuestro reconocimiento por este verdadero Seminario sobre el Servicio.

Junto con mis felicitaciones, cuente Ud. con el afecto de su atento y S. S.

Dr. Guillermo Valenzuela Lavín
Director General de Salud

Las responsabilidades del Servicio en el uso profesional de los Rayos X y de las sustancias radioactivas

La Comisión Internacional de Protección Radiológica ha estado revisando año a año el problema de la radiación ionizante que recibe de fuente profesional el personal expuesto a ella. Las recomendaciones, hasta abril de 1956, indican que, desde el momento en que todas las radiaciones ionizantes son potencialmente peligrosas, su uso debería estar sujeto a un control constante y preciso, y que deben reducirse en lo posible todas las exposiciones. Por otra parte, el conocimiento que se tiene sobre las incidencias de cáncer y leucemias en la exposición crónica, es demasiado escaso para sacar conclusiones definitivas, pero debe ser complementado por una experiencia mundial que permita la medición del riesgo en grandes grupos y su evaluación definitiva.

La irradiación profesional puede producir efectos radiobiológicos en el individuo mismo o en sus descendientes; los primeros se denominan somáticos, y los segundos, genéticos. En el caso del efecto somático, se produce una destrucción celular, que variará de acuerdo a la dosis total y a su distribución corporal, como también de las características del órgano o tejido afectado, lo que puede resultar en una recuperación o en una destrucción. En el efecto genético, las nuevas células que se regeneran llevan marcadas degeneraciones, que pueden manifestarse en el individuo mismo con el tiempo o en su descendencia. Por esta razón, el efecto genético no sólo afecta a la descendencia y significa acumulación del daño en el sentido de que se van sumando los daños sucesivos y pequeños que recibe el individuo expuesto durante su ocupación.

Un ejemplo de lo anterior se observa en la sangre. En el efecto somático, se observa que exposiciones fuertes pueden producir la muerte por derrumbe del sistema hematopoyético, en tanto que en exposiciones a dosis pequeñas y repetidas pueden producir anemias discretas que regresan totalmente. En el efecto genético, la acción mantenida del estímulo va acumulando cada vez más regeneración celular degenerativa, que finalmente puede manifestarse como una leucemia o una anemia aplásica.

Otro ejemplo es el de las glándulas sexuales. El efecto somático puede producir destrucción y esterilidad; ésta se logra sólo con dosis agudas y altas, mientras que las dosis habituales no la producen, debido al gran poder regenerativo de esta glándula. En cambio, el efecto degenerativo se puede presentar en la descendencia, por acumulación de anomalías celulares debidas a pequeños daños sucesivos.

Las Comisiones Internacionales han emprendido una tarea valiosa y responsable, al tratar de definir límites máximos permisibles de exposición para los riesgos más importantes de radiación ionizante. Debe hacerse una diferencia entre dos tipos de radiación:

La radiación externa, en la cual la fuente de radiación está colocada fuera del cuerpo y que es producida especialmente por los rayos X, los gama y algunos elementos de la energía atómica.

La radiación interna, en la cual la fuente de radiación está colocada dentro del cuerpo, y que es producida especialmente por el radium y los isótopos radioactivos, substancias que son inhaladas, ingeridas, o inyectadas por exposición en el trabajo o por indicación médica. Su uso actual es progresivo en la medicina y otras actividades.

La radiación de fuente externa se expresa en unidad "roentgen" o "r" o su equivalente de radiación en el hombre, llamado "rem". La radiación interna se mide en microcuries (mc).

Para el personal profesionalmente expuesto a la radiación externa, que es la más frecuente, la dosis máxima semanal es de 0,3 rem (300 mrem), incluyendo las glándulas sexuales. Se recomienda una dosis máxima anual de 5 rem, en vez de 13,8 rem, que se recibirían en 46 semanas de trabajo con una dosis máxima semanal de 0,3 rem bajo una exposición continua. Estos valores implican que no se debería recibir una dosis total mayor a 50 rem a la edad de 30 años, suponiendo que se ha trabajado expuesto durante 10 años, y no superior a 200 rem por exposición generalizada a la edad de 60 años para cualquiera persona expuesta.

Por otra parte, debe tenerse en cuenta que la población general debe reducir su exposición, que depende especialmente de los procedimientos radiológicos diagnósticos, en virtud de los daños genéticos de la descendencia.

Por estas razones, las medidas que se toman deben considerar tanto al personal expuesto como la población general. El Comité recomienda las siguientes medidas:

- a) Mejorar la construcción y protección de los equipos.
- b) Entrenamiento del personal que usa equipos radiográficos y radioscópicos.
- c) Protección local de las gónadas, especialmente durante exámenes abdominales o pelvianos.
- d) Uso de las técnicas preferentemente radiográficas, en vez de radioscópicas, cuando la información deseada pueda obtenerse por aquel medio.
- e) Mejorar las fichas y procedimientos administrativos para evitar la innecesaria repetición de idénticos exámenes en el mismo individuo.
- f) Por un estudio de ciertos procedimientos diagnósticos (gastroenterología) y de su real necesidad para apreciar el tratamiento o el pronóstico del caso.

El Servicio Nacional de Salud ha estado estudiando el problema considerando la cuantía de la población profesional expuesta, que asciende en la actualidad a 584 personas, de las cuales los grupos más numerosos son los médicos (317) y los auxiliares (218).

Las condiciones de trabajo que se han considerado se refieren, por una parte, a las condiciones ambientales (estado de los equipos, medidas de protección, fugas de radium, etc.) y al factor humano, por otra (técnicas de trabajo, control clínico y hematológico, control instrumental de la radiación recibida, etc.).

Respecto al primer factor, o sea, a las condiciones ambientales, sólo algunos de los equipos antiguos, especialmente de radioscopia, adolecen de deficiencias de blindaje. Más importante es el hecho, tanto para equipos antiguos como modernos, de las medidas de protección y de la operación adecuada de los equipos. La ubicación del personal auxiliar en las salas de rayos es un factor esencial para prevenir la radiación secundaria, como igualmente las medidas protectoras tales como biombos plomados. Las medidas ambientales realizadas con el Geiger-Müller o las cámaras de ionización en los sitios más riesgosos, tales como salas y talleres de radioterapia, alcanzaron a lo sumo los valores máximos permisibles.

En el caso del personal expuesto al radium o radioisótopos, las instalaciones apropiadas y las medidas de protección son esenciales. La revisión hecha por el personal especializado del Servicio al Instituto del Radium, ha demostrado que carece, en el momento actual, de un equipo y un instrumental adecuado para manipular y colocar el radium. Otros servicios, tales como la Fundación López Pérez, cuentan con equipos más apropiados.

En cuanto al factor humano, es evidente que el problema más importante radica en las técnicas de trabajo, que son desconocidas en parte o no aplicadas en su aspecto de seguridad y prevención, por otra. La indiferencia o el desconocimiento de los riesgos, es una de las fuentes más importantes de la exposición profesional.

Se ha tratado de llevar el control del personal por dos métodos: el método biológico y el método físico.

El método biológico consiste en el control hematológico del personal expuesto, que se ha realizado en algunos servicios especializados de Santiago y en los hospitales de la V Zona, en forma casi sistemática en los últimos tiempos. Se estima actualmente que su valor es muy relativo, ya que un método de control debe apreciar el riesgo antes que su consecuencia. Por lo tanto, no han de esperarse las alteraciones de los glóbulos rojos o de los glóbulos blancos para calificar el riesgo a que está expuesto el personal. Además, estas alteraciones, que no son específicas, pueden ser producidas por otras afecciones, e inducir a error, con la consiguiente alarma del funcionario y la solicitud o dación de permisos médicos injustificados. El examen hematológico como control debe hacerse en relación con los procedimientos físicos que se indican a continuación, y debe existir como una base para comparaciones futuras y dictámenes médico-legales.

El segundo método de control consiste en procedimientos físicos que registran la cantidad de energía ionizante que existe en el lugar de trabajo y su equivalente de radiación recibida. Hasta el momento se ha usado el método de los dosímetros de bolsillo en grupos seleccionados, aunque éstos son instrumentos de alto costo y a veces con dificultades y desventajas para el uso diario. Un método más práctico y más barato, es el de las placas fotográficas, el cual no ha podido ser usado por razones que veremos más adelante.

Los estudios realizados en Santiago y Valparaíso demuestran que el personal médico que trabaja en radiografías y radioscopias recibe dosis semanales promedios de 0,040 a 0,050 rem, y los radioterapeutas entre 0,060 y 0,120 rem; el personal auxiliar de roentgenterapia recibe dosis promedios de 0,050 rem, y el personal auxiliar de radiumterapia, dosis de 0,060 a 0,250 rem, según los servicios en que trabaje; las enfermeras tienen promedios muy variables, según la rotación de trabajo entre roentgenterapia y radiumterapia, por ejemplo, acusan un promedio de 0,080 rem en el Hospital del Radium de Santiago. El servicio de Fundación "López Pérez" da en el control de los más expuestos, especialmente radiumterapia, un promedio entre 0,060 a 0,070 rem semanal. De las cifras anteriores se puede deducir que el personal está recibiendo, en conjunto, una dosis anual que no sobrepasa a la de 5 rem, que es la recomendada.

El Servicio estima que para el control adecuado del personal debe implantarse el método de las placas radiográficas, que registran acumulativamente la radiación recibida en un periodo determinado. En el momento actual se está estudiando la forma de llevarlo a cabo, ya que la lectura de las placas personales y su desarrollo requieren una técnica altamente especializada y un instrumental apropiado. De esta manera, en un futuro próximo se podrá llevar a efecto un control adecuado, biológico y físico, del personal expuesto al riesgo de la energía ionizante.

El conocimiento exacto del grado de exposición del personal permitirá hacer una labor preventiva para rebajar al mínimo posible la exposición. Entre las medidas, figura como de primera importancia la instrucción del personal, especialmente en su aspecto técnico, y la mejora de las fuentes que acusen un riesgo sobresaliente o mantenido.



Se ha dicho que el peor enemigo de Napoleón fue el General Invierno, pero lo mismo se podría decir del General Enfermedad, cuyo soldado más eficaz era el piojo. Al preparar el avance en Rusia, en 1812, Napoleón movilizó aproximadamente medio millón de hombres. El tifus empezó a aparecer en junio de ese mismo año, y en los alrededores de julio, después de Ostrowa, había 80.000 enfermos.

Cuando se inició la retirada de Moscú quedaban menos de 100.000 hombres de tropa disponible. En noviembre hubo que dejar unos 60.000 enfermos en Smolensko y cuando llegó a Viena, en Diciembre, el ejército se había quedado reducido a 20.000 hombres. No es necesario extenderse sobre los horrores que tuvieron que padecer los enfermos en Viena. ¡A fines de junio de 1813, sólo quedaban 3.000 con vida!

La Higiene Mental y la Energía Atómica (*)

La energía atómica es un tema de actualidad en todas las partes del mundo, y cuanto se relacione con él provoca una reacción emocional por parte del público. Si bien esta reacción es muchas veces sana y razonable, puede ocurrir también que adquiera características de miedo o de esperanza irracionales. En consecuencia, con el advenimiento de la era atómica, la humanidad parece enfrentarse con ciertos problemas de higiene mental, problemas que han sido examinados por un grupo de estudio de la Organización Mundial de Salud (OMS), en una reunión celebrada en Ginebra bajo la presidencia del profesor Hans Hoff, de Viena. En esta reunión participaron especialistas de materias tan diversas como la psiquiatría, la medicina atómica y de la radiación, la salud pública, la antropología social y el periodismo.

El grupo de estudio examinó informes procedentes de muchos países relativos al efecto emocional producido por el reflejo de los progresos de la energía atómica en la vida cotidiana, en las declaraciones públicas, en la prensa, en cartas dirigidas a personalidades de la política, de la salud pública y de la producción de energía atómica. El grupo observó que, en general, se expresaba con mucho más frecuencia, un miedo irracional que una esperanza irracional. Asimismo señaló que una de las razones de este fenómeno podría ser el hecho de que el primer conocimiento que el público tuvo de la radiación fue el de un medio para diagnosticar o tratar dos temibles enfermedades, es decir, la tuberculosis y el cáncer. Más tarde, la energía atómica se utilizó como arma, lo cual despertó una

profunda sensación de temor y, en algunas personas, de complicidad moral y culpabilidad.

Pero hubo también otros factores que influyeron en las actitudes del público frente a la energía atómica. Uno de ellos fue la misteriosa, casi mágica, aura de la fuerza atómica. Era invisible, inaudible, imperceptible, al parecer infinitamente poderosa, a pesar de surgir de una fuente casi infinitamente pequeña y, para el público en general, incontrolable. Se atribuyó a la energía atómica un potencial casi infinito, tanto para el bien como para el mal, y representó el éxito más sorprendente del hombre en su búsqueda de la fuerza. Ahora bien, los más viejos mitos y leyendas de la humanidad desde los orígenes de la historia, revelan que la conquista del poder por el hombre fue objeto, muchas veces, de terribles castigos divinos: Prometeo, que robó el fuego a los dioses; Pandora, que liberó fuerzas que no pudo dominar; Fausto, que invocó al diablo; los alquimistas de la Edad Media, todos pagaron con graves castigos su osadía. Estas leyendas se encuentran, en una u otra forma, en casi todas las culturas, como lo atestigua un viejo proverbio egipcio: "Cuando el hombre conozca qué es lo que mueve a las estrellas, la esfinge se reirá y la vida será destruida".

Quizás el aspecto más aterrador y característico de la energía atómica, para la imaginación popular, es la posibilidad de que no se pueda dominar su tremendo poder. El público empezó a temer que

*) De la Oficina de Información Pública de la Organización Mundial de la Salud.

se produjera una reacción biológica en cadena: la precipitación radioactiva de los desechos atómicos envenenarían el aire, el agua y el suelo; éstos, a su vez, contaminarían a las plantas y al ganado y, en consecuencia, al hombre, que se alimenta de ellos, y sobre todo a sus hijos y descendientes. El grupo de estudio de la OMS observó que esta clase de temor es más profundo y sutil que el miedo a la energía atómica desatada que podría destruir el universo.

La desconfianza se propaga

El grupo de estudio de la OMS observó también que existe una desorientación muy extendida respecto a las cuestiones referentes a la energía atómica, y cierta desconfianza a la mayoría de las fuentes de información. Existen, dijo el grupo, muchos motivos, pasados y presentes, que explican esta situación: guerras, guerra psicológica, propaganda política, etc. Incluso la publicidad comercial tuvo que ver en ello. Además, la ciencia ha perdido, hoy, el carácter de infalibilidad que se le atribuía en el siglo XIX, y la exposición pública de desacuerdos y críticas entre hombres de ciencia —por ejemplo, acerca de la vacuna contra la poliomielitis, o acerca del tabaco como productor del cáncer— ha contribuido también a esta desconfianza. Aunque una parte de la opinión pública continuará siempre confiando en las declaraciones autorizadas, en muchos países se puede observar una desconfianza general respecto a las afirmaciones de los hombres de ciencia. Esta desconfianza se ha reflejado a menudo en actitudes deliberadamente anticientíficas.

Otros factores que han contribuido a crear un ambiente desfavorable a la aparición de la energía atómica, son las novelas "científicas", es decir, la literatura que pone sistemáticamente de relieve lo horrible de la fuerza científica, el "rayo de la muerte", "el sabio loco", etc.

Según el grupo de estudio, éstos fueron los obstáculos más importantes al establecimiento de la confianza pública en el empleo de la energía atómica con

fines pacíficos, y en ellos se basaron los temores irracionales suscitados por esta nueva fuente de energía.

Esperanzas desmedidas

También surgieron esperanzas desmedidas, tanto en los países muy desarrollados como en los insuficientemente desarrollados. Condujeron, en ocasiones, no sólo a un descontento local, sino incluso a un verdadero peligro para el mundo entero. Mucha gente esperaba que la energía atómica tuviera por resultado inmediato un aumento de prestigio, comodidades y nivel de vida, que pondría por primera vez a los países pobres al nivel de los más ricos y desarrollados. Se insistió con premura en obtener estos beneficios, y ello acarreo forzosamente un desengaño, porque antes de que haya ningún cambio, se necesitan nuevos modos de vida y numerosos adelantos técnicos. La disparidad entre las aspiraciones y los resultados, pudo haber sido catastrófica y conducir a una actitud hostil. Tal vez fue en este aspecto en donde se encontró el mayor peligro que cabía prever a consecuencia de la energía atómica, según las observaciones del grupo en estudio.

¿Existe un problema de higiene mental?

El grupo de estudio de la OMS observó que muchos países y, en muchas capas sociales, e incluso entre científicos, se tiene la impresión de que no existen aspectos de higiene mental, y hasta de moral, en relación con la energía atómica. Esto podría ser, en parte, una manifestación del desagrado a enfrentarse con problemas psiquiátricos, desagrado contra el cual el movimiento en favor de la higiene mental ha tenido que luchar durante largos años. Pero los expertos estimaron que el hecho de que se eludiera y descartara este tema, era, por sí mismo, un signo de ansiedad, un ejemplo de cómo el pensamiento racional puede hallarse, a veces, dominado por motivos emocionales. El grupo teme que, al negarse la existencia del problema, se cree un exceso de confianza que provoque nue-

vos problemas. Por lo tanto, consideró que era urgente y de gran importancia que se efectuaran más amplios estudios acerca de este aspecto de la cuestión.

El grupo observó que pueden hallarse todos los tipos imaginables de reacción psicológica frente a la energía atómica: miedo, temor, desdén por el problema, y hasta burla del mismo. Pero, excepto en aquellos que se muestran apáticos —y esto puede ser, por sí mismo, un signo malo—, la energía atómica nunca deja de provocar reacciones.

Las tareas de higiene mental

Los expertos de la OMS estimaron que los dirigentes del pensamiento y de la actividad del mundo actual deberían tomar más en cuenta la complejidad de las emociones subyacentes en el medio en transformación, propio de la segunda revolución industrial provocada por la edad atómica. La primera tarea parece que habría de consistir en establecer lo que puede denominarse una **cultura de transformación**, en la cual tengan lugar sin trastornos los cambios y nuevas orientaciones. Lo principal, en este sentido, es dar a los cultos mayores alcances intelectuales, para que lleguen a una mejor comprensión de la nueva situación. El grupo, sin embargo, consideró que uno de los principales deberes de la generación presente consiste en educar a los niños de manera que puedan soportar la inseguridad y hacer frente a la realidad. Esta educación ha de estar libre de toda ansiedad y odio, y ha de dar confianza en sí mismo y sentido de responsabilidad para con los demás. Por otra parte, las personas que ocupen lugares de responsabilidad en la vida pública —doctores, maestros, sacerdotes, autoridades—, han de adquirir los conocimientos necesarios acerca de las necesidades de la higiene mental.

En lo referente a las actividades locales, el grupo estudió un proyecto de plan para la educación de la colectividad en asuntos relacionados con la energía atómica. En lo esencial, la idea consiste en

formar equipos reducidos —compuestos, por ejemplo, de un psiquiatra, un psicólogo, un sociólogo y un periodista—. Estos equipos tendrían por misión estudiar las condiciones locales y colaborar en la planificación de las nuevas empresas de energía atómica y en su aceptación por el público.

El grupo de estudio formuló, también, cierto número de recomendaciones concretas sobre las investigaciones y tareas de higiene mental en relación con las instalaciones atómicas, la producción de energía atómica y el empleo de las radiaciones con fines médicos.

Respecto a la prensa, el grupo se mostró favorablemente impresionado, por el alto grado de integridad con que los periodistas han tratado las noticias sobre la energía atómica. Sin embargo, a menudo se presentan estas noticias con títulos atemorizadores, que contribuyen a aumentar la ansiedad de los lectores. El grupo estimó que convendría informar más extensamente a los periodistas acerca de las consecuencias de las noticias que han de presentar, y sugirió que las autoridades atómicas proporcionarán un servicio de información realmente eficaz para facilitar la labor de los periodistas.

En conclusión, el grupo declaró que sus observaciones no son en modo alarmantes. Sin embargo, expresó la convicción de que son bastante definidas para merecer la atención de las autoridades. El grupo manifestó su esperanza de que éstas estarán dispuestas a aceptar sus conclusiones en el sentido de que las ciencias de la conducta humana pueden hacer aportaciones valiosas y concretas que permitan que la humanidad se adapte, en la medida de lo posible sin riesgo ni dolor, al advenimiento de la era de la energía atómica, permitiendo al hombre recoger la espléndida cosecha, fruto de su ingenio inventivo.

El grupo de estudio de la OMS sobre los aspectos de higiene mental de la utilización de la energía atómica con fines pacíficos, se compuso de los siguientes expertos: Dr. Austen M. Brues, Director de la División de Investigaciones Biológi-

cas y Médicas, Laboratorio Nacional de Argonne, Illinois, EE. UU.; Dr. Brock Chisholm, ex Director General de la OMS, Victoria B. C., Canadá; Profesor A. H. Leighton, Relator, Centro de Estudios Superiores de Ciencias de la Conducta, Stanford, California; Dr. J. S. Riach, Relator, Hospital Marie Curie, Londres, Inglaterra; Consultor: Dr. Kenneth Soddy, Subdirector Federación Mundial para la Salud Mental, Londres, Inglaterra; Sr. Ritchie Calder, escritor científico, Lon-

dres, Inglaterra; Profesor Hans Hoff, Presidente Clínica de Psiquiatría y Neurología, Universidad de Viena, Austria; Dr. P. J. Reiter, Hospital General, Copenhague, Dinamarca; Profesor H. Tubbiana, Laboratorio de Isótopos y de Betatron, Instituto Gustave Roussy, Villejuif (Sena), Francia; **Secretarías:** Dr. E. F. Krapf, Secretario Jefe, Sección de Salud Mental, OMS., y Dra. Maria Pfister, Oficial Médico Sección de Salud Mental, OMS.



El mundo cuenta actualmente con 1.200.000 médicos. Las 595 escuelas de Medicina que existen en 85 países forman cada año de 50.000 a 60.000 nuevos médicos. Estas son las últimas cifras suministradas por la OMS sobre "El ejército de salubridad".

El estudio que se ha establecido a este propósito indica una gran irregularidad en la distribución de esos triunfos mayores de la salud entre los 2 mil quinientos millones de hombres que pueblan el globo.

Catorce países son lo suficientemente afortunados para tener un doctor por cada mil habitantes. Pero en otros 22 países, no hay más que un solo médico por cada 20.000 habitantes o más. Entre estos dos extremos se sitúan las cifras registradas en 124 países y territorios; cifras extremadamente variables que, por otra parte, no tienen en cuenta los médicos consagrados a la enseñanza, la investigación, la administración y otras ocupaciones que lo alejan más o menos de los enfermos. De un modo general, las regiones rurales carecen de médicos, mientras que en muchas ciudades hay una superabundancia de doctores.

Conclusiones y recomendaciones de "Estudio sobre las Actividades de Higiene Maternal e Infantil"

Por la relación directa que tiene con la doctrina y con las realizaciones del Servicio Nacional de Salud, publicamos las recomendaciones del Comité conjunto de Unicef y de la Organización Mundial de la Salud sobre actividades de higiene materno infantil y formación de personal.

La lectura de las conclusiones demuestra la necesidad de integrar las funciones de prevención y de curación y la de incorporar las acciones de protección materno infantil a los programas globales de salud pública. Si se agrega la conveniencia de una administración racional y la formación de un personal técnicamente calificado, tanto en el plano profesional como en el auxiliar, se deduce que los principios propuestos por las Reparticiones Internacionales mencionadas son los que nuestro Servicio ha puesto en práctica y procura extender desde su creación.

Con este fin el Centro de Salud representa la organización más conveniente para llevar a cabo dichas actividades y para concitar la colaboración de los diferentes grupos de la comunidad. Es, a la vez, la estructura lógica para obtener el mejor rendimiento de los recursos destinados a atender oportunamente a los enfermos y a asegurar el crecimiento y desarrollo normal de los niños.

Es grato comprobar que técnicos internacionales coinciden y recomiendan los principios que preside nuestra Organización.

Del estudio sobre las actividades en higiene maternal e infantil en los países ayudados por el "Fondo Internacional de Socorro para la Infancia de las Naciones Unidas" y la "Organización Mundial de la Salud", se llega a la conclusión de que se han realizado progresos satisfactorios, se han formado miles de Matronas, Enfermeras, Enfermeras-Visitadoras y Auxiliares sanitarios, los que han ayudado a millones de madres y niños en los Centros sanitarios, familias y escuelas. La creciente popularidad de los Servicios Materno Infantiles se debe al aprecio expresado por el público y los Gobiernos; son signos de mejoramiento de la salud, la

mayor aptitud de las madres para ocuparse convenientemente de sus hijos. Si la mayor parte de los países beneficiados con esta ayuda solamente han comenzado los esfuerzos para cumplir los objetivos, este comienzo no es despreciable.

Han contribuido a este progreso numerosos factores: los trabajadores de la salud nacionales y extranjeros han aprendido a trabajar en equipo; se comprende mejor cuáles son los problemas que se deben resolver; se han ofrecido posibilidades de intercambio de enseñanzas e ideas, así como de ayuda técnica y material.

En la ayuda aportada a un país, es necesario tomar en cuenta su grado de desarrollo y sus posibilidades económicas para establecer nuevos servicios.

Estudios como éste, permiten no sólo registrar los éxitos, sino descubrir las debilidades y los puntos sobre los cuales es necesario reforzar la acción emprendida, a fin de realizar progresos sostenidos.

La experiencia adquirida permite formular las siguientes conclusiones:

—Importancia de la ayuda para establecer Servicios de Higiene Materno Infantil con integrantes de un programa global de Salud Pública.

—Los Centros Materno Infantiles deben estar estrechamente coordinados con los servicios hospitalarios, lo que permitirá asegurar la continuidad entre los servicios preventivos y curativos.

—Deben estar organizados de tal suerte, que puedan ser ampliados posteriormente y transformados en Centros de Protección Familiar.

—Es conveniente asegurar la coordinación entre los servicios de higiene materno infantil con los servicios generales de salud pública.

—Asegurar un personal técnicamente calificado para dirigir y supervisar las actividades, a fin de asegurar la calidad de los servicios.

—Establecer relaciones administrativas racionales y coordinación satisfactoria, de modo que los servicios de protección maternal e infantil puedan tener eficacia a cualquier nivel.

—La experiencia ha demostrado que el personal sanitario auxiliar puede rendir útiles servicios, pero que la preparación insuficiente no permite obtener de este personal todo lo que se debe esperar.

—Es importante preocuparse previamente de formar personal profesional destinado a supervisión: médicos mejor preparados en tareas de pediatría y medicina preventiva; enfermeras de salud pública y matronas. Los planes de ayuda dirigidos a las Escuelas de Medicina con vistas a mejorar la enseñanza de la pediatría, representa una etapa importante.

—Deben aumentarse las posibilidades de estudio para la formación de todas las categorías de personal calificado; asegurarles una retribución económica suficiente; organizar cursos post grado; organizar seminarios y cursos intensivos para el perfeccionamiento del personal que trabaja en terreno.

—En la formación de matronas para las zonas rurales, se debe insistir en la enseñanza de los cuidados maternos en domicilio y técnicas de cuidados de enfermería y de protección infantil; la experiencia ha demostrado que el mejoramiento de las prácticas seguidas por las parteras tradicionales no han sido inútiles y que merecen, bajo ciertas condiciones, continuar siendo motivo de ayuda.

—Los problemas de salud del período de destete y de la primera infancia, figuran entre los problemas más serios en todos los países en vías de desarrollo, y aún hay ciertos países en los cuales la protección de la salud del niño no ocupa sino una parte muy secundaria en los Programas de Salud.

—Es conveniente poner acento en la higiene maternal y dar una orientación nueva a un gran número de programas; la atención a las madres y lactantes debe ser extendida a los niños de las demás edades.

Para obtener este resultado es necesario dar a los trabajadores de la salud (médicos, enfermeras, matronas y auxiliares) una formación en pediatría y protección infantil, especialmente en lo concerniente al crecimiento y desarrollo del niño, alimentación y nutrición, y conocimientos sobre las enfermedades más comunes en los niños de su país.

En las Escuelas de Medicina debería ponerse énfasis en la enseñanza de la pediatría. Si servicios pediátricos fueran los encargados de dirigir los programas materno infantiles y se convirtieran en centros de enseñanza de pediatría y puericultura a médicos, matronas y enfermeras, en cursos de post grado, seminarios, podrían extender muy lejos su influencia. Es importante que el cuerpo docente de los Departamentos de Pediatría se mantengan en estrecha relación con los trabajadores de terreno, con el objeto de

coordinar la enseñanza teórica con la práctica y hacer posible las investigaciones en Pediatría Social.

Se recomendó estudiar los problemas sanitarios de los niños que viven en barrios superpoblados, que deben ser más graves que los de los niños de zonas rurales.

La Higiene escolar ha sido objeto de creciente interés, y ha sido abordada en

numerosos países como objeto de estudio. Es importante que se establezcan las posibilidades excepcionales que ofrecen los establecimientos escolares para la Educación Sanitaria. Dos medidas muy útiles a tomar para poner en ejecución programas racionales de higiene escolar, son el mejoramiento de la enseñanza relativa a salud a las alumnas-profesoras y la creación de un ambiente sano en la escuela.



En la India, cerca de 17.000 jóvenes de ambos sexos han participado durante los dos últimos años en campos internacionales de voluntarios, bajo la dirección de 605 monitores. Ese movimiento se extiende rápidamente a toda la India y suscita creciente interés entre los jóvenes. Campos internacionales para muchachas funcionaron durante el mes de enero en los Estados de Madrás, Misore, Andhra y Madya Pradesh. En el campo del Estado de Madrás, 500 jóvenes dirigidas por 40 monitoras, se han dedicado a diversos servicios sociales en los barrios populares; en el estado de Andhra, 400 muchachas llevaron a cabo tareas de salubridad e higiene, en particular entre la población infantil.

Entre los muchos grupos interesados en los campos de voluntarios de la India cabe citar la "Bharat Sevak Samaj", que organiza por sí sola mil campos en 1956.

Las diversas organizaciones indias, en contacto estrecho con la comisión juvenil de la Unesco, decidieron recientemente organizar en el sur de la India, en los meses de septiembre a octubre, una escuela de monitores de campos internacionales de trabajo, a la que se invitará a las organizaciones juveniles de los otros países de Asia del Sudeste.

INFLUENZA EN 1957

Por estimarlo del mayor interés publicamos en este número la versión sobre la epidemia de influenza de 1957 que da la Organización Mundial de la Salud. Su contenido demuestra que las medidas tomadas por nuestro Servicio eran las únicas posibles para el momento en que el virus nos invadió. Es más, no existió posibilidad material alguna de preparar u obtener vacuna en cantidad suficiente para proteger a la población.

Lo ocurrido en otros países revela que aún hoy no se cuenta con un procedimiento que inmunice a más del 60% de la población en el caso que pudiera ser administrado en forma oportuna.

Como un complemento al informe de la Organización Mundial de la Salud, publicamos el comentario general al conjunto de trabajos que se presentaron al simposium sobre influenza, patrocinado por la Sociedad Médica, la Sociedad Chilena de Salubridad y la Sociedad de Pediatría, que se realizó en octubre pasado. Cada trabajo en particular aparece en la Revista del Servicio, Volumen II, Nº 4, en este momento en prensa.

"El análisis de la epidemia de influenza en Santiago, consecuencia de la pandemia que aún evoluciona, es el propósito del conjunto de trabajos que se presentaron a la Sociedad Médica y a la Sociedad Chilena de Salubridad. Es una información preliminar, especialmente en lo que se refiere a los hechos epidemiológicos, cuya definitiva nos proponemos hacer en abril del año próximo, considerando los datos de todo el país.

Las presentaciones corresponden a los miembros del Comité Nacional de Influenza, (*) designado por el Director del Servicio Nacional de Salud para que lo asesorara en las medidas de control y en los estudios para conocer la magnitud y las características clínicas y epidemiológicas. Colegas distinguidos han querido complementar nuestras observaciones con el aporte de su propia experiencia en algunos aspectos de proceso.

Ha quedado precisada la etiología por virus A-Japón 305 aislado de enfermos y de cortes de pulmón en el Departamento de virus del Instituto Bacteriológico. La identificación de diversas especies microbianas, especialmente estafilococos y estreptococos en adultos, justifica la gravedad de las complicaciones pulmonares. El estudio clínico y anátomo patológico de estas últimas revela su carácter singular y su diferencia concreta con la neumonía neumocócica, a lo cual contribuye la respuesta a los antibióticos en uso.

Con el propósito de formarse un juicio sobre el número de enfermos producidos por la epidemia, el Servicio Nacional de Salud realizó una encuesta retrospectiva de una muestra estratificada correspondiente al 1% de la población de Santiago. Los encuestadores fueron estudiantes de medicina de los últimos cursos, lo que garantiza la veracidad de los datos hasta

(*) El Comité Nacional de Influenza está formado por los doctores: Abraham Horwitz, que lo preside, Anibal Ariztia, Rone Kraljevic, M. Ossandón, E. Dussert, O. Avendaño, C. Ristori, H. Boccardo, J. M. Borgoño.

donde lo permiten estudios de esta naturaleza, sometidos a la influencia de variedades diversas. Nos hacemos un deber de agradecer su colaboración.

El análisis de la epidemia en Santiago, muestra el resultado de esta encuesta como base para estimar la incidencia. El trabajo detalla las características del brote y se extiende en las medidas de control que oportunamente se tomaron para reducir sus consecuencias a lo que es dado esperar en infecciones que comprometen gran número de personas, de todas edades, en un periodo corto. Se establece, con claridad, las razones por las que hubo imposibilidad material de usar vacuna específica para el virus A-305: no había sido producida en cantidades industriales en ningún país del mundo y no era posible prepararla en nuestro país desde que se obtuvo la cepa y menos aún, administrarla a 4.000.000 de personas, cifra mínima para lograr una inmunidad colectiva que impidiera la difusión de la enfermedad. Es más, dudamos hoy de la conveniencia de invertir US\$ 4.000.000 en un proceso de tan reducida letalidad. Con igual suma de dinero puede evitarse muchas muertes de lactantes y reducir nuestra elevada mortalidad infantil.

Hemos comprobado, con satisfacción, que en otros países, con recursos muy su-

periores a los nuestros, se están poniendo en práctica iguales medidas. El virus se está difundiendo con una velocidad muy superior a la capacidad de producción y aplicación de la vacuna y al interés de las personas por una epidemia que se ha revelado y ha sido calificada de benigna en todos los países. Investigadores y clínicos distinguidos del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, de algunas Universidades Americanas y de la Organización Mundial de la Salud, que nos visitaron al comienzo y durante la evolución de la epidemia, concordaron ampliamente con las medidas tomadas y esperan con particular interés el resultado de nuestras observaciones, algunas de las cuales pudieron recogerse personalmente durante su estada de 4 semanas en Chile.

Estamos ciertos que el conjunto de trabajos permitirá precisar conceptos sobre la epidemiología de la influenza y plantear cuestiones que nos proponemos investigar e informar en términos del país en abril próximo. Esperamos, por otra parte, que las críticas al Servicio Nacional de Salud, estimuladas por los sentimientos e impresiones derivadas de lo violento del fenómeno, quedarán desvirtuadas al comprender que lo que se hizo coincide con el mejor conocimiento y la experiencia sobre esta enfermedad".

DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD:

La Pandemia de Influenza de 1957

La epidemia de influenza comenzó en Asia y se propagó en pocos meses a ambos hemisferios. Sus características han puesto a prueba el temple de los epidemiólogos y autoridades sanitarias. Esta epidemia, aunque benigna, tiene tendencia a la difusión debido a las características del virus causal, que difiere considerablemente de los virus responsables de las epidemias de influenza de los últimos 25 años. Este virus pertenece al tipo A, y ha sido

denominado A Asia 57. Se destaca por ser uno de los virus más aberrantes y con mayores variaciones antigénicas que los conocidos hasta la fecha.

Las variaciones antigénicas del tipo A no son nuevas, y han aparecido en varias epidemias anteriores, como ocurrió, por ejemplo, en los años 1946 y 1947. Sin embargo, en los últimos años éstas han sido de poca importancia, hasta la aparición de esta nueva variedad en 1957.

Como la mayor parte de la población del mundo no había tenido contacto con este "nuevo virus" y, por consiguiente, no tenía inmunidad adquirida contra él, la difusión de la epidemia no encontró obstáculos.

Epidemiología. Los primeros casos fueron notificados el 4 de mayo a la Organización Mundial de la Salud, desde Singapur. Esta comunicación fue tardía, ya que la epidemia había comenzado varias semanas antes, lo que ha puesto en evidencia los vacíos que existen en el sistema epidemiológico de notificación internacional. La epidemia comenzó en el Norte de China a comienzos de marzo, y se propagó al interior de ese país, siendo aislado el virus por primera vez en la ciudad de Pekín. Posteriormente, a mediados de abril, aparecieron casos en Hong Kong. Durante los meses de mayo, junio y julio la epidemia se extendió rápidamente a las Filipinas, Japón, Asia Sur-Oriental, Australia y el Pacífico Occidental, y en seguida a India, el Golfo Pérsico, Irán, Sudán, Egipto, Siria, Jordania y América Central.

En julio aparecieron los primeros focos en la América del Sur, y especialmente en Chile. Durante el mes de agosto esta epidemia se extendió a Argentina y al sur del Brasil.

La epidemia atacó especialmente a las comunidades densamente pobladas, donde el contacto entre los individuos es fácil y frecuente. Así, en el Japón y en Holanda, por ejemplo, el número de casos ha alcanzado al 60% del total de la población, las escuelas e instituciones cerradas.

Parece que el número importante de casos producidos a bordo de los barcos ha jugado un rol más importante en la difusión de la enfermedad que los pocos casos transportados por vía aérea.

La Influenza no es una enfermedad de verano, lo que ha sido corroborado en esta oportunidad. Los países tropicales, donde las estaciones propiamente tales no existen, se han visto afectados, y no se ha encontrado una explicación satisfactoria para este hecho, vale decir, la propagación de la enfermedad en áreas don-

de la temperatura ambiente es elevada, mientras respetó el hemisferio norte durante los meses de verano. En el hemisferio sur la influenza ha comenzado en la época más favorable para su propagación, es decir, en pleno invierno, pero no se ha propagado con la rapidez que habría sido de esperar y la proporción de personas afectadas parece ser menor que la de algunos países tropicales.

Características clínicas. La enfermedad ha permanecido benigna y ha causado un reducido número de muertes, las que se han debido principalmente a las complicaciones pulmonares bacterianas. En algunos países, como las Filipinas, ha habido una tasa de mortalidad alta. Sin embargo, es difícil, en ausencia de un diagnóstico de laboratorio adecuado, distinguir entre las muertes debidas específicamente a la influenza y las correspondientes a otras enfermedades semejantes a la Gripe en su cuadro clínico.

El virus. El virus responsable de esta epidemia, de acuerdo con la prueba de fijación de complemento, pertenece al grupo A. Cabe destacar que este virus no tiene inmunidad cruzada en la prueba de inhibición de la hemoaglutinación.

El virus A-Asia-57 difiere considerablemente de los virus de la influenza que han causado epidemias durante los últimos 25 años, y tiene diferente composición antigénica que éstos. Recientemente, el profesor Mulder, de Holanda, y algunos investigadores de los Estados Unidos y de Australia, han comprobado que las personas mayores de 70 años poseen anticuerpos contra el "nuevo virus". Esto es posible, ya que el virus A (Asia) 57 se considera como el causante de la pandemia de 1889. Si este hecho se confirma, constituirá un paso fundamental en el conocimiento de la epidemiología de la Influenza.

Vacunación. En los últimos 20 años se han realizado varios ensayos de vacunación contra la influenza, usando para este objeto vacuna preparada en embrión de pollo e inactivada por el formol.

A pesar de la variabilidad de los resultados obtenidos, el Dr. Francis considera que la vacuna contra la influenza ha demostrado ser efectiva en nume-

rosas circunstancias cuando tiene una constitución adecuada y la potencia necesaria.

El papel decisivo que juegan los componentes de la vacuna y su poder antigénico ha sido destacado por el Dr. Von Magnus en las siguientes palabras: "el estudio de las variedades antigénicas de los virus de la influenza es de importancia no sólo para una mayor comprensión de la epidemiología de la enfermedad, sino también para el conocimiento de los problemas asociados con la efectividad de las vacunas". Se ha establecido que una vacuna constituida por cepas diferentes a la cepa epidémica no confiere protección contra la enfermedad epidémica en cuestión.

Se ha demostrado que una epidemia de influenza no puede ser controlada por la vacunación masiva. Lo que se obtiene con este procedimiento es la limitación de sus efectos, previniendo las altas tasas de mortalidad y el excesivo ausentismo, que puede desorganizar los servicios públicos de una comunidad. Se considera que la vacunación de ciertos grupos debe tener prioridad: en primer lugar el personal médico y paramédico; en segundo lugar el personal de los servicios públicos esenciales y de industrias básicas.

Las primeras cepas del virus A-Asia-57, tan pronto como se aislaron, fueron enviadas por el Centro Mundial de Influenza a las firmas americanas productoras de vacuna, con el propósito de elaborar este producto biológico. La tarea de ellos es la de estudiar la posibilidad de preparar una vacuna específica contra esta nueva cepa epidémica y poder producir las cantidades necesarias para un futuro cercano. La información recibida por la OMS. con respecto a la adaptabilidad de este nuevo virus para su uso en vacunas, no ha sido satisfactorio. De acuerdo con los estudios iniciados en diferentes laboratorios, en centros nacionales y en el Centro Mundial de Influenza, el virus tiene muy poca capacidad antigénica. Aún una cepa que crece en concentración satisfactoria en huevos, como lo demuestran su titulación en Unidades CCA., estimula muy poco la forma-

ción de anticuerpos antihemoaglutinantes en el hombre.

Esto puede ser explicado en parte, porque la mayoría de la población no ha tenido experiencia previa con este virus y, por lo tanto, la vacuna actúa como un estímulo primario. Si esto es así, pareciera que una dosis no sería suficiente para producir una inmunización satisfactoria en el hombre. La vacunación con virus inactivado, usada en los últimos tiempos, tiene el inconveniente de requerir considerable cantidad de material de cultivo; (de uno a 4 huevos por dosis). Se ha ensayado la producción de una vacuna a virus atenuado. La dosis requerida con este tipo de vacuna sería menor, ya que el virus se multiplica en el organismo. En una conferencia reciente de eminentes virólogos, realizada a sugestión de la OMS., fue descrito por investigadores soviéticos un nuevo procedimiento de vacunación.

Este procedimiento consiste en cultivar el virus en tejidos humanos embrionarios después de un pasaje inicial en huevo y nuevamente traspararlo a huevo; en seguida el líquido alantoideo, ya sea seco o líquido, se pulveriza en la cavidad nasal. En el niño puede producir la enfermedad en forma suave. En el momento actual la efectividad de este método está en discusión y controversia. El escaso poder antigénico del virus ha hecho fracasar también el uso del suero hiperinmune en la profilaxis de la enfermedad. Este suero se prepara inmunizando caballos y se coloca en forma de pulverizaciones en la cavidad nasal. Simultáneamente se ha podido apreciar que el virus A-Asia-57 provoca en los caballos la formación de muy pequeña cantidad de anticuerpos, los que son insuficientes para la protección contra la enfermedad.

Posibles relaciones entre la influenza humana y la influenza porcina

Poco después de la pandemia de influenza de 1918, una enfermedad similar, llamada influenza porcina, apareció entre los cerdos en el Medio Oeste de los Estados Unidos. Actualmente esta enfermedad ocurre en forma epidémica en po-

cos estados durante los meses de invierno, y se la considera una infección mixta a Virus y a Haemophilus suis.

En los períodos interepidémicos, el virus no ha sido encontrado en los tejidos del cerdo; sin embargo, los gusanos de la tierra de la granja donde se crían estos cerdos son portadores del virus inactivo, el que se transforma en activo en los cerdos que comen estos gusanos. Además, se puede aislar el virus de los pulmones de los cerdos infectados.

El problema a analizar es si el cerdo es en realidad el reservorio del virus o sólo un animal infectado secundariamen-

te por el Virus humano. La actual epidemia debe dar motivo a un estudio para investigar el papel de los animales en la epidemiología de la Influenza. Deben tomarse muestras de sangre de cerdos, caballos y otros animales en diferentes áreas no afectadas por la epidemia y tomar una segunda muestra de suero una vez que la epidemia haya aparecido, para comparar los títulos de anticuerpos de ambas muestras. La OMS. ha solicitado a los Servicios de Salud Pública y de Medicina Veterinaria de varios países, realizar este estudio en colaboración con el Centro de Influenza de esa Organización Mundial.



Juan Fernández de Navarrete, pintor de cámara de Felipe II, conocido también con el sobrenombre de "Tiziano español", quedó sordo a la edad de tres años como consecuencia de una enfermedad; esta sordera fue causa de que nunca aprendiese a hablar, de aquí que algunos cuadros suyos los firmó añadiendo el apodo "El Mudo".

Desarrollo del Programa de BCG.

El Programa de BCG. Rural abordó en los dos últimos meses del año, la provincia de Malleco, dándose término a estas actividades el 15 de diciembre.

La etapa se inició el 7 de noviembre, con una reunión realizada en la Intendencia de Malleco en la ciudad de Angol; asistieron las autoridades civiles y militares de la provincia, los Jefes de Zona y del Centro de Salud, representantes de diversas actividades y de la prensa.

Es interesante destacar la actitud de positivo interés demostrada por el Sr. Intendente, frente a los Programas y acciones de Protección de la Salud; especialmente en lo que se refiere a obras de saneamiento ambiental y doméstico e inmunizaciones. En un clima de gran cordialidad se obtuvo la promesa de colaboración de los presentes para la mejor ejecución del Programa. Estas reuniones efectuadas, sistemáticamente, al iniciar el trabajo en cada una de las provincias comprendidas en la Campaña, han tenido el innegable valor de obtener la cooperación de la comunidad representada por sus autoridades y organizaciones, a los propósitos del Programa. Además y tal vez de una mayor importancia que lo anterior, han servido para divulgar entre personas responsables aspectos generalmente desconocidos de las labores que desarrolla el Servicio Nacional de Salud. En cada una de dichas reuniones se han vertido conceptos sobre planificación, organización y administración de programas, se han relatado los pormenores del Programa BCG, y a través de éste se ha puesto énfasis en las tentativas que hace el Servicio para mejorar y extender los principios de administración que le permitirán mejorar el rendimiento de sus recursos y por este mecanismo superar sus actuales resultados.

En estas reuniones en mesa redonda, sin la formalidad de la conferencia, ha sido posible llevar hasta representantes del Ejecutivo, Directores Provinciales de Educación, Jefes Militares, Clero, Representantes de los productores agrícolas, la prensa y la radio, un comienzo de explicación del Servicio Nacional de Salud y el Programa BCG. Rural cree que esta pequeña contribución tiene también un gran valor, por lo que representa, en muchas oportunidades, de primeros contactos a ese nivel.

La vacunación se inició en el Centro de Salud de Angol, el 11 de noviembre, estableciéndose la base de operaciones en la ciudad de Angol. Como de costumbre, se contó con la más amplia colaboración de la estructura del Servicio, lo que facilitó la obtención de los objetivos numéricos fijados para dicha área de vacunación. Posteriormente la base se trasladó sucesivamente a Traiguén, Victoria y Curacautín.

Como es natural en este tipo de actividades que se realizan en forma de campañas intensivas, el trabajo diario sobrepasa a la jorna-

da habitual de ocho horas de labor, iniciándose la jornada a las siete de la mañana y dándosele término, en muchas oportunidades en la noche. Por razones técnicas deben trabajarse las semanas corridas, sin interrupción, aun en días feriados.

Una contribución importante de los Centros de Salud ha consistido en proporcionar, gratuitamente, desayuno a las 7,30 al personal, en sus hospitales; de esta manera se han evitado las demoras en la partida al terreno, que se producirían si cada funcionario estuviera sometido al horario de comidas de sus respectivas pensiones.

El equipo de BCG, ya suficientemente entrenado y con la disciplina adquirida en el curso de su actuación a lo largo de casi todo Chile, ha regularizado su eficiencia y rendimiento, al mismo tiempo que posee una técnica que asegura un alto porcentaje de prendimiento de la vacuna BCG.

En Malleco, como en Ñuble, se sobrepasaron los objetivos numéricos esperados, realizándose un total de 63.957 reacciones de Mantoux, sobre 52.701 pedidas; se vacunaron 30.090 personas con BCG, y personal propio de la Zona efectuó 2.416 primovacunas antivariólicas y 11.468 revacunaciones, además de 6.359 demostraciones de tratamientos de pediculosis.

Como una información preliminar, debemos destacar que la Campaña BCG. Rural, ha realizado desde enero de 1956 a diciembre de 1957, es decir en casi dos años de labor, 929.481 reacciones de Mantoux y 460.024 vacunaciones de BCG. En este mismo período, auxiliares propios de las Zonas de Salud han efectuado 302.867 vacunaciones antivariólicas y 89.231 demostraciones de tratamientos de pediculosis y sarna, lo que constituye un importante sub-producto de este Programa, obtenido sin aumentar sino en un pequeño grado, el costo total de la Campaña.

Durante los tres primeros meses de 1958 se abordarán las provincias de Concepción, Bio-Bio y Arauco, con lo cual se pondrá término a esta Campaña, en cuya realización se ha invertido un considerable esfuerzo por parte del Servicio.



Son muchos los que juzgan, mas los que aciertan raros.—

MORATIN.

Detrás de toda crueldad se oculta el miedo.— ANÓNIMO.

Proyecto de Programa de Divulgación del Servicio y de Relaciones con la Comunidad

El Día Mundial de la Salud que se conmemora el 7 de abril de cada año, tiene en 1958 el siguiente lema para sus actividades educativas y de información pública: "Salud Mundial: diez años de progreso".

De acuerdo con ese significado, la Dirección General del Servicio envió a las Zonas y Centros de Salud un conjunto de sugerencias programáticas relacionadas con esta celebración.

El Proyecto de Programa respectivo está dividido en dos etapas, a saber:

- 1.— Actos y ceremonias a realizarse el mismo 7 de abril.
- 2.— Actividades sistemáticas de educación y divulgación de los progresos sanitarios alcanzados por Chile durante el decenio 1948-1958, incluyendo en ellos la creación y realizaciones del Servicio, sus perspectivas futuras y un plan tendiente al perfeccionamiento de sus relaciones con la comunidad.

Transcribimos a continuación el proyecto de programa correspondiente a esta Segunda Etapa, que debe iniciarse a partir desde el 7 de abril y desarrollarse durante todo el año:

SEGUNDA ETAPA

VII.—PROGRAMA SISTEMÁTICO DE DIVULGACION DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD Y DE RELACIONES CON LA COMUNIDAD. AÑO 1958

A.—Área Escolar, padres de familia y organizaciones peri-escolares

1.—Objetivos Específicos

- a.—Integrar a los contenidos de educación para la salud de los programas oficiales, la información básica sobre conceptos actuales de salud, progresos del estado sanitario nacional e internacional y Servicio Nacional de Salud;
- b.—Difundir conocimientos sobre derechos y deberes en relación con la salud y las instituciones encargadas de su protección, fomento y reparación, en la escuela y en la comunidad;
- c.—Reforzar las enseñanzas y la práctica de aquellos conocimientos y hábitos que tiendan a formar una actitud de responsabilidad por la salud personal y social.

2.—Sugerencias de Actividades para los Establecimientos Educativos

a).—La Organización Mundial de la Salud

Fijar conceptos sobre la tendencia del mundo actual hacia la solidaridad internacional. La ONU y otras.

Leer, comentar y expresar en composiciones escritas el Preámbulo de la Constitución de la O. M. S. y los Derechos del Niño.

Discutir e interpretar por escrito, la definición de Salud formulada por la O. M. S. Concursos.

Referir la labores que cumplen en Chile algunos Organismos Internacionales como la FAO, UNICEF, UNESCO. Su influencia en el desarrollo cultural, económico y sanitario de nuestro país.

Hacer una reseña escrita y comentada de las principales realizaciones ejecutadas por la O. M. S. con motivo de cumplir 10 años de labor: 1948-1958.

Hacer en clase de Geografía el croquis del mapa mundi y ubicar en él las 6 Regiones de la O. M. S. ("Seis Frentes de Combate Contra las Enfermedades"): 1.—Región de las Américas, Washington. 2.—Región de Europa, Ginebra. 3.—Mediterráneo Oriental, Alejandria. 4.—Región de Africa, Brazzaville. 5.—Región Asia Sudoriental, Nueva Delhi. 6.—Región del Pacífico Occidental, Manila. Agregar el número de habitantes que se benefician con las acciones de este Organismo Internacional.

Convocar a concurso de afiches y dibujos conmemorativos de los 10 años de labor de la O. M. S. con el lema: "SALUD MUNDIAL, DIEZ AÑOS DE PROGRESO".

Entrevistar a médicos, enfermeras, ingenieros, agrónomos, periodistas, para obtener una información dinámica sobre las labores que cumplen entre nosotros algunos organismos internacionales (O. M. S., Unicef, F. A. O., Unesco, etc.).

Estas entrevistas pueden ser dadas a conocer por la radio, la Prensa o circunscribirse al Colegio.

Preparar albums de Salud con fotos, recortes de revistas con documentación gráfica sobre los organismos internacionales.

Señalar en dibujos o composiciones las ventajas de la solidaridad panamericana en los campos de la Salud y la Seguridad Social.

Iniciar correspondencia escolar con la O. M. S. Ginebra Director General y con la Oficina Sanitaria Panamericana de Washington. Director General, a fin de solicitar informaciones y otros materiales visuales para conocer mejor estos organismos.

b).—El Servicio Nacional de Salud

Destacar las relaciones entre el hombre y su medio ambiente físico y social. Corroborar estas relaciones en clases de Historia y Biología.

Mostrar que el hombre puede dominar su medio ambiente haciéndolo apto para la vida sana y la convivencia feliz.

Los temas anteriores serán discutidos en grupos, los cuales sacarán las conclusiones pertinentes para darlas a conocer por diversos medios informativos.

Los alumnos, con sus profesores o asesorados por un técnico del Centro de Salud, examinarán el medio físico de su comunidad. Lo harán con una actitud crítica con el fin de proponer las mejoras que se puedan introducir para sanearlo: desecar pantanos, alejar las basuras, porquerizas y todo foco de enfermedad. Promover las conexiones de alcantarillado y agua potable, establecer mercados higiénicos, sancionar la adulteración de alimentos, divulgar por todos los medios la importancia de la higiene ambiental, familiar y personal, etc. Proponer estas mejoras a las autoridades de Salud de la localidad y darles amplia publicidad.

Leer, comentar e interpretar algunas estadísticas de natalidad, mortalidad, morbilidad y mortalidad nacionales y locales (Registro Civil, Centro de Salud, etc.). Hacer las tablas y los gráficos correspondientes.

Hacer un estudio detenido del Centro de Salud o Consultorio local. Su personal, sus programas y funciones, calidad de las prestaciones, su rendimiento, cuantitativo y cualitativo, actitud de la colectividad frente al Centro, etc.

Después de comentado dicho estudio con las anotaciones o conclusiones respectivas, discutirlo con el Jefe del Centro.

nes de la comunidad y del Servicio, experiencias sobre la conducta del paciente y del público y del trato que debería dársele, persistencia de la identificación del personal con las ex-Instituciones que se fusionaron y de las razones que determinan tal hecho.

3.2.—Estudio por el Consejo Técnico de los problemas y situaciones revelados por la investigación precedente y de los programas tendientes a solucionarlos.

Determinación de la tendencia u orientación predominante que deben tener la información y las acciones respectivas, de acuerdo con los resultados de esa investigación.

3.3.—Realización de cursillos de información y seminarios dirigidos a ampliar el conocimiento del Servicio, por parte del personal.

3.4.—Información a todo el personal, graduada al nivel cultural de cada funcionario acerca de los programas y actividades generales del Servicio, de las Zonas y Centros de Salud.

3.5.—Preparación de Boletines mimeografiados o de diarios murales que incluyan informaciones sobre las marcha de la Zona y Centro de Salud, reproducción de artículos relacionados y aspectos sociales y de cultura general.

3.6.—Preocupación permanente por el bienestar del personal y por el reconocimiento y estímulo de su trabajo. Aplicación y desarrollo de los beneficios dispuestos por el Reglamento de bienestar del personal.

3.7.—Solución, dentro de las posibilidades de cada Zona y Centro de Salud, de los problemas materiales que afectan las buenas relaciones con el público: salas de espera, etc.

3.8.—Información permanente a las distintas categorías profesionales y funcionarias sobre las técnicas de atención al público y de relaciones humanas, a través de cursillos, distribución de impresos, proyección de películas, discusiones de grupo, estudio y realización de proyectos simples de solución de problemas derivados de relaciones insatisfactorias, interpretación y adaptación de normas, etc.

VIII.—RECURSOS NECESARIOS

A.—Programa de Conmemoración.

1.—Sector escolar

- a.—Normas impartidas por las Direcciones Generales de Educación y Comisión Mixta de Salud y Educación Pública;
- b.—Cartillas;
- c.—Folletos con los contenidos educativos básicos;
- d.—Affiches;
- e.—Banderines.

2.—Zonas y Centros de Salud

- a.—Circulares de la Dirección General;
- b.—Informativos de la O. M. S.;
- c.—Affiches;
- d.—Folletos con los contenidos educativos básicos;
- e.—Cartillas;
- f.—Recursos locales de prensa, radio difusión cine y otros.

B.—Programa sistemático de divulgación del Servicio.

1.—Sector Escolar

- a.—Normas impartidas por las Direcciones Generales de Educación;
- b.—Información local suministrada por las Zonas y Centros de Salud y las Comisiones Locales de Salud y Educación;
- c.—Folletos con los contenidos educativos básicos.

2.—Zonas y Centros de Salud

- a.—Normas impartidas por la Dirección General del Servicio sobre el programa mismo;
- b.—Folleto sobre el Servicio Nacional de Salud;
- c.—Serie de cuadros y gráficos sobre el Servicio;
- d.—Normativos con especial referencia a técnicas de atención al público en Oficinas y Salas de Espera de hospitales y uso del teléfono;
- e.—Cuestionario-guía para investigación de conocimientos y actitudes sobre el Servicio y sus relaciones con el público;
- f.—Normas para la celebración de Seminarios conjuntos de trabajadores, patrones y representantes del Servicio;
- g.—Normas para programas de desarrollo de la comunidad y constitución de Consejos Asesores;
- h.—Películas relacionadas con la identificación de los funcionarios con el Servicio y de técnicos de atención al público;
- i.—Carteles de divulgación;
- j.—Recursos locales de comunicación.

IX.—PRESUPUESTO

15.000	Affiches a \$ 100	\$ 1.500.000
15.000	Banderines a \$ 70	1.050.000
100.000	Cartillas a \$ 10	1.000.000
30.000	Contenidos educativo básico \$ 70	2.100.000
30.000	Folletos Servicio \$ 70	2.100.000
	Película-Técnica de atención al público. 18 copias	500.000
	Película "Nosotros". 18 copias	500.000
	Series de cuadros sobre el Servicio. 1.000 colecciones a \$ 1.000	1.000.000
4	Artículos OMS-20.000 páginas, Circulares, programas, 2 cajas stencils, papel roneo	100.000
	Imprevistos	150.000
	TOTAL	\$ 10.000.000

X.—CONTROL Y EVALUACION

A.—Primera etapa. Programa conmemorativo.

Tanto en el área escolar, como en las de adultos y público, la evaluación será cuantitativa: actos oficiales efectuados; número de charlas dictadas; asistencia de público a las reuniones programadas, comisiones Mixtas de Salud y Educación constituidas, cantidad de impresos y materiales distribuidos, Comités de otros organismos de cooperación local creados, información cuantitativa de prensa y radio-difusión, etc.

Los Sres. Jefes de Zona harán llegar oportunamente los informes respectivos a la Sub-Dirección General del Servicio.

B.—Segunda etapa. Programa sistemático de divulgación del Servicio y de relaciones con la comunidad

1.—Área escolar, padres de familia y organizaciones peri-escolares

La evaluación del trabajo educativo, propiamente tal, estará sujeto a las técnicas y normas pedagógicas específicas.

2.—Área de adultos y público en general

- a.—Evaluación cuantitativa de las actividades desarrolladas y de la información distribuida entre grupos de adultos y al público;
- b.—Conclusiones y recomendaciones obtenidas en los Seminarios conjuntos de patrones, obreros y médicos. Programas tendientes a la solución o corrección de los problemas planteados en dichas reuniones;

- c.—Constitución de Consejos Asesores y estimación de la participación activa de estos organismos en el estudio y solución de los problemas locales de salud;
- d.—Evaluación del cambio de actitudes del público hacia el Servicio, especialmente a través de la naturaleza positiva o negativa de los comentarios de prensa y radio y del apoyo que presten los grupos integrantes de las comunidades locales a los programas de salud.

3.—Area del personal del Servicio

- a.—Grado de conocimientos que posean los funcionarios acerca de la doctrina, características y proyecciones sociales del Servicio;
- b.—Información básica que se obtenga acerca de las relaciones de los funcionarios con el Servicio, el público y la comunidad; de las causas posibles relaciones humanas insatisfactorias y del nivel de comprensión de sus responsabilidades y de identificación de sus actitudes y modos de pensar con los propósitos y objetivos del Servicio;
- c.—Cambios observados en la conducta del personal entre sí y con el público, como efecto de los programas tendientes a perfeccionar el conocimiento del Servicio, a capacitar a los funcionarios en las técnicas de relaciones públicas y a solucionar los problemas económicos y de bienestar de los propios empleados.



La peste bubónica, que se transmite al hombre por medio de las pulgas, también ha contribuido mucho a diezmar poblaciones enteras, y se dice que la gran epidemia conocida con el nombre de la "Muerte negra", que empezó en el siglo XIV e hizo estragos durante cuatrocientos años, mató solamente en Europa a más de 25 millones de personas.

Algunas sugerencias sobre Conducción de Debates

Grupos de Trabajo.

El grupo de trabajo es un método de comunicación de ideas, en el cual un grupo de doce a veinte participantes elige un tema, compulsa sus tópicos principales, intercambia opiniones y llega finalmente a una conclusión.

Considerando que los participantes, como grupo, están familiarizados con la materia que van a discutir, la finalidad esencial de la discusión de grupo consiste en compartir esa información y las ideas y experiencias de cada cual. De esta manera se logra concretar el pensamiento del grupo sobre el tema.

Para lograr esa finalidad, es indispensable preparar adecuadamente las reuniones, rodearlas de cierto grado de informalidad y de simpatía tendientes a estimular la participación; no perder de vista los objetivos de las deliberaciones; evitar las reacciones emocionales que puedan producirse y el monopolio de la palabra por algunos participantes, etc.

Es indispensable, además, orientar a los participantes acerca de las preguntas que podrían formular, proporcionándoles cuestionarios, guías, informaciones específicas, referencias bibliográficas, etc.

El estudio de cada tema se iniciará con la lectura del relato correspondiente, en Sesión Plenaria y será continuado en los grupos, a base de una serie de preguntas que sugiera cada tema.

Los participantes se dividirán en grupos de trabajo formados por determinado número de miembros. Cada grupo elegirá un Director de Debates a fin de orientar las discusiones de acuerdo con el temario. Se elegirá, además, un Secretario que deberá sintetizar las discusiones respecto a cada problema. El presidente, el secretario y el relator del tema formará un Comité de Redacción que preparará el informe resumido del pensamiento de cada grupo sobre el tema en discusión. Este informe parcial deberá ser aprobado por cada grupo y en seguida pasará al Comité General de Redacción formado por el conjunto de Comités de Redacción de los grupos, para preparar el Informe sobre el Tema, en particular, el que será leído en Sesión Plenaria.

En la Sesión Plenaria de clausura se dará lectura a los Informes sobre cada Tema, que constituirán, así, el Informe Final de las reuniones.

NOTA —Las ideas principales de estas normas han sido tomadas del libro de José Arthur Ríos: "A educacao dos grupos".

Directores de Debates

A.—Naturaleza y características de su trabajo.

El Director de Debates en los grupos es un participante, con atribuciones de moderador y orientador de la discusión:

En este sentido, sus principales funciones son:

- 1.—Introducir y presentar el tópico que será objeto de discusión.
- 2.—Estimar el intercambio de conocimientos y de experiencias.
- 3.—Mantener perfectamente claros los objetivos de la reunión, frente al grupo.
- 4.—Orientar y guiar la discusión hacia los objetivos previstos, sin aparentarlo.

Entre las normas más usuales que pueden inspirar su labor, merecen citarse las siguientes:

- 1.1. Crear un ambiente de trabajo, confianza y comprensión que sea favorable a la participación y a la liberación de problemas y tensiones personales.
 - a. El director debe confundirse con los participantes, procurando no producir la impresión de que ellos están subordinados a su autoridad o a sus ideas.
El grupo debiera reunirse alrededor de una mesa circular, de manera que todos sus miembros puedan enfrentarse y que no exista ningún participante que se destaque en una posición externa de autoridad o superioridad.
 - b. Desestimar todo aspecto formal, o protocolar en la reunión. Coadyuvar a que los participantes se pongan cómodos y confortables; destinar unos cinco minutos iniciales a crear esa atmósfera cordial invitando al conocimiento mutuo, a conversaciones, a despojarse del paletó, si existe calor excesivo, a fumar, etc.
- 1.2. Comenzar la reunión a la hora precisa que se ha fijado y terminarla también a la hora fija. Si hay necesidad de adelantar o prorrogar el horario, será el grupo quien decida.
- 1.3. Evitar los discursos o el monopolio de las intervenciones por uno o más miembros del grupo.
"El discurso es enemigo del trabajo de grupo, transforma el debate en torneo verbal; excita la emotividad de los presentes, da carácter formal o solemne a la reunión; desvía la atención de los participantes hacia la sonoridad de las palabras. La mejor manera de prevenir esa situación es crear, desde el comienzo de la reunión, una atmósfera informal, seria y objetiva, equidistante de la charla de café y del discurso. También, se puede limitar el tiempo de cada intervención".
- 1.4. El grupo está constituido por participantes y no por asistentes. Toda persona que permanezca en silencio debe ser estimulada a dar a conocer su opinión.
- 1.5. Cada participante debe hablar, en lo posible, sin ser interrumpido. Si hay interrupciones éstas tienen que ser breves y precisas.
- 1.6. La actuación del director será discreta, sin perjuicio de que procure eliminar todo lo que se oponga al desarrollo normal del debate, las divagaciones o las intervenciones que no sean pertinentes.

- 1.7. La formación de la conciencia de grupo será una de sus principales preocupaciones. (Emplear "nosotros" en vez de "yo"; dirigir preguntas de preferencia al grupo y no individuales, etc.).
- 1.8. Escuchar atentamente y con simpatía. Permanecer alerta ante las reacciones de los miembros del grupo. (Evitar roces, reacciones emocionales, resentimientos personales).

B.—Planeamiento de la Discusión.

Los directores de debates deben planear cuidadosamente la discusión de grupo. Algunas sugerencias útiles, en este aspecto, podrán ser:

- a. Imponerse detenidamente del esquema de las disertaciones y del cuestionario distribuido por la Comisión Organizadora;
- b. Determinar los objetivos de la discusión y los puntos principales que se abordarán;
- c. Preparar la introducción al tema con la que iniciará la discusión. (La introducción debe ser explícita, pero breve);
- d. Pensar en la definición de términos y de conceptos esenciales, cuya diversa interpretación pudiera ser motivo de confusión, si se estimara necesario;
- e. Analizar y consignar por escrito, los aspectos fundamentales de la conducción del debate a saber:
 - e.1. Preguntas que provoquen respuestas, anécdotas, estudios de caso. Planear preguntas que mantengan la discusión activa; señalar los puntos de mayor importancia; limitar las digresiones.
 - e.2. Calcular las posibles respuestas del grupo. Estudiar las preguntas y comentarios que mantengan la continuidad de la discusión.
 - e.3. Para evitar los saltos de un subtema a otro, preparar declaraciones o preguntas que den continuidad y organización a la materia debatida.
 - e.4. Planear el momento en que se harán sumarios o resúmenes parciales y calcular aproximadamente el contenido de estos sumarios y el de las conclusiones de tema. Resumir conclusiones referentes a un subtema o más en el caso de que estén directamente relacionados. Pensar en las conclusiones generales posibles del Tema.

C.—Comienzo de la discusión.

Introducir el tema, de acuerdo con el plan establecido que debe ser lo suficientemente flexible como para adaptarse a situaciones que puedan surgir dentro del grupo. Después el director lanzará una pregunta o planteará un problema para abrir discusión. Si el grupo no definiera inmediatamente su pensamiento, se puede repetir la pregunta o problema o bien, anotarla en la pizarra. En el caso de que el director se convenza de que ha sido perfectamente comprendido y a pesar de ello se mantiene el silencio, deberá fragmentar la pregunta, en sus componentes más sencillos y de fácil respuesta. En último caso, dirigirse a un participante, elegido previamente, quien podrá estimular la discusión con una respuesta parcial o con intervenciones que deliberadamente muevan a la controversia.

D.—Control del Debate.

¿Cómo regular la discusión?

- a. Evite que los participantes hablen demasiado o muy poco;
- b. Use preguntas adecuadas para estimular o limitar la discusión;
- c. Determinar el límite en las digresiones.

¿Cómo enfocar la discusión en tema?

- a. Permanezca atento a las intervenciones;
- b. Recuerde siempre el tópico principal a los participantes;
- c. Emplee el pizarrón o ayudas visuales;
- d. Utilice preguntas específicas.

E.—¿Cómo guiar la discusión?

- a. Siga su plan o esquema mental;
- b. Mantenga la discusión centrada en el tópico principal, evitando digresiones exageradas o relatos prolongados;
- c. Sumarice con frecuencia y emplee ilustraciones y ejemplos;
- d. Utilice preguntas relacionadas para proseguir la discusión o para pasar de un tema a otro;
- e. Evite la argumentación que pueda provocar un debate apasionado y poco racional;
- f. Emplee preguntas e información objetiva para recuperar el control de la discusión cuando ésta se haya desviado del cauce necesario;
- g. Controle el tiempo para permitir sacar conclusiones sobre los principales tópicos del tema.

F.—¿Cuándo puede el director de debates dar su propia interpretación a las intervenciones de los miembros del grupo?

El Director puede interpretar, ante el grupo las ideas vertidas por los miembros de él:

- a. Cuando son incompletas o confusas;
- b. Cuando hay varias ideas mezcladas y expresadas con poca claridad;
- c. Cuando el grupo está dividido y sus miembros discuten varios tópicos;
- d. Cuando la discusión se ha apartado de sus objetivos básicos.

G.—¿Cuándo se puede detener la discusión?

- a. En el momento que Ud. considere conveniente consultar al grupo para pasar a otro subtema;
- b. En el momento en que Ud. desee recalcar o esclarecer un punto importante;
- c. Cuando considere conveniente hacer un sumario conclusiones. Además de los sumarios parciales, toda reunión de grupo debe llegar a un resumen de conclusiones. Es indispensable que el Secretario haga este resumen final y que se distribuya con oportunidad a los participantes.

SUGESTIONES SOBRE PARTICIPACION EN LAS DELIBERACIONES DE GRUPO

Para que el trabajo de cada grupo logre el cumplimiento de sus objetivos y alcance el máximo de provecho, tanto en lo que se refiere a sus finalidades específicas como al de fomentar el buen entendimiento entre sus miembros, se sugieren las siguientes normas a los participantes para el desarrollo de las deliberaciones:

1.—Recuerde que Ud. es un participante, con plenos atributos y derechos. De su activa participación en las deliberaciones depende el buen éxito de las reuniones.

2.—Hable francamente. Las ideas de cada participante son tan valiosas como las de todos los demás.

3.—Preste cuidadosa atención a las intervenciones de los demás. Considere, sin prejuicios, la posición de los integrantes del grupo, aunque esté en desacuerdo con su propia opinión. Analice los motivos que llevan a otros participantes a formular tal o cual afirmación.

4.—Si está en desacuerdo con algún punto del debate, dígalo. Hágalo siempre con naturalidad, sin exagerado énfasis, con buen humor.

5.—No monopolice la discusión. El discurso perturba el desarrollo racional y desapasionado de las deliberaciones del grupo. Si el interés decae, plantee preguntas destinadas a fortalecerlo.

6.—No interrumpa a quien está con la palabra. Espere que dicha persona termine de expresar su pensamiento para intervenir.

7.—Procure analizar las intervenciones de los integrantes del grupo a la luz de su propia experiencia. Si el pensamiento expuesto no está claro, formule preguntas. Exponga sus dudas. Pida hechos, ejemplos, casos concretos. No permanezca apático o indiferente.

8.—Nunca deje sus observaciones para después. Hable inmediatamente cuando sienta la necesidad de contribuir con su propia experiencia a la discusión o de esclarecer algún punto oscuro. No espere que el director de debates le pida su opinión.

9.—Traiga a cada reunión sus preguntas. Piense en las materias que se debatirán. Escriba notas, comentarios, críticas, opiniones con las cuales no concuerde, a fin de orientar su propio pensamiento.

10.—Lleve, también, los conceptos debatidos para una íntima reflexión en el seno del hogar. Este procedimiento siempre será útil para confrontar, con tranquilidad, las opiniones vertidas por Ud. con las de los demás y para elaborar sus planteamientos y puntos de vista personales en las reuniones siguientes.

11.—Estimule a los integrantes de su grupo a la confianza, a la cordialidad y a la eliminación de todo aspecto de formalidad innecesaria en las reuniones, que en lo posible, deben tener el carácter de conversaciones sobre problemas de interés común.

12.—Finalmente, es conveniente mencionar, en general, algunos tipos de comportamiento funcional que suelen obstaculizar las deliberaciones de grupo:

a.— La actitud agresiva en la discusión, cuando alguien procura sobresalir criticando o censurando a otros, mostrando hostilidad contra un grupo o una persona determinada o colocándolos en situación de inferioridad;

- b.— El bloqueo al trabajo, mediante actitudes tendientes a desviar al grupo de su objetivo principal, a interrumpir la libre expresión de otros, a destacar detalles sin importancia, a insistir en cuestiones de forma o a hablar en forma prolongada;
- c.— La exageración a la presentación de puntos de vista individuales o de intereses personales, descuidando la finalidad social de los temas en debate;
- d.— La actitud de competencia frente a los demás y no de equilibrada participación e intercambio de ideas y experiencias;
- e.— La permanente actitud de crítica o la exposición de posibles fracasos, sin las correspondientes sugerencias positivas y constructivas;
- f.— El desinterés frente a todo lo que no sea de su más inmediata predilección;
- g.— El comportamiento de quienes procuran singularizarse, a través de ideas excesivamente originales para concentrar la atención del grupo en sus personas. En el mismo sentido entran la atención del grupo frente a sus objetivos los narradores de anécdotas o de chistes, sin que ésto signifique que una proporción moderada de buen humor sea sistemáticamente excluida de las deliberaciones. Lo anterior se refiere, sólo a los factores que, por exceso, perturban el funcionamiento del grupo;
- h.— La actitud pasiva de quienes permanecen indiferentes, apáticos o distraídos;
- i.— La actitud exageradamente protocolar de quienes no conciben que haya reuniones desprovistas de formalidad o de etiqueta.



Quien aumenta el saber, aumenta el afán.—ECCLESIASTÉS.

No hay cosa más difícil bien mirado que conocer un necio si es callado.— ERICILLA.— LA ARAUCANA.

XI Congreso Cuadrienal del Consejo Internacional de Enfermeras

De un informe presentado a la Sub-Dirección Normativa por la Directora de la Escuela de Enfermería "Carlos Van Buren", de Valparaíso, Sra. Iris Monardes, extractamos los siguientes aspectos principales del XI Congreso Cuadrienal del Consejo Internacional de Enfermeras, realizado en el Palacio de la Exposición Universal de Roma, desde el 27 de mayo al 3 de junio del año ppdo., y al cual asistió la señora Monardes como Delegada de nuestro país. El Consejo Internacional de Enfermeras es la más antigua de las organizaciones internacionales de mujeres profesionales. Fue fundada en 1899 por la ciudadana inglesa Bedford Fenwick, y colaboran en ella enfermeras de todos los países. Su objetivo central es abocarse a la tarea de investigar hechos, establecer standards y coordinar trabajos dentro del campo de la enfermería. La Comisión Oficial estuvo compuesta por las siguientes enfermeras, señoritas: Isabel Villagómez, Gina Togliatti, Hilda Moreira, Marta Lorca, Clara Ebensperger, Iris Monardes.

Administra el Consejo Internacional de Enfermeras, un Directorio formado por funcionarias del I.C.N. y por las presidentas de las asociaciones activas. Este directorio se reúne cada dos años, entre una y otra reunión del Gran Consejo. El Gran Consejo es el organismo votante del I.C.N., y se reúne cada cuatro años durante los Congresos Cuadrienales. El Gran Consejo lo componen los miembros del directorio y cinco miembros acreditados de cada asociación activa.

El I.C.N. figura en el Comité Consultivo del Consejo Económico-Social de la N. U. Oficialmente está ligado a la Organización Mundial de la Salud, lo que le permite colaborar en los programas que dicho organismo desarrolla. También está asociado a la Federación Mundial de la Salud Mental y a la Federación Internacional de Hospitales. Mantiene además el

I.C.N., relaciones amistosas e intercambios con otras asociaciones, como la Liga de Sociedades de la Cruz Roja y la Asociación Mundial de la Salud.

Entre otras de las actividades del I.C.N., figura el intercambio de enfermeras, ya sea que éstas deseen trabajar en otro país, estudiar o asesorar en un país asociado. Para ello mantiene al día un registro de las diversas oportunidades que puedan interesar a las enfermeras del mundo.

Constante preocupación del I.C.N. es lograr y mantener el status de las escuelas de enfermería, como asimismo el status profesional de sus miembros.

A fin de mantener informada a sus asociaciones, el I.C.N. publica la Revista Internacional de Enfermeras. Un Boletín mensual se envía a todos los países miembros y pueden solicitarse además otras

publicaciones relacionadas con investigaciones y estudios que se realizan bajo el patrocinio del I.C.N.

Delegación de Chile

Le cupo a la delegación chilena participar en las discusiones sobre preparación básica de las Enfermeras, haciendo ver la responsabilidad que le cabe a la administración y cuerpo docente de una Escuela, el de ofrecer un Programa de Estudios que estimule a las estudiantes de calidad a continuar en la escuela y evitar el éxodo que se produce debido a los factores negativos que interfieren con la educación. Se hace hincapié en que las Escuelas chilenas están constantemente evaluando y adaptando sus programas y orientándolos en el sentido de ofrecer una buena educación de enfermería y no de un simple entrenamiento.

En la discusión sobre Selección de Enfermeras, se hace ver el problema que existe debido al número escaso de candidatas en relación a las necesidades del país, especialmente para poder desarrollar los amplios programas que el Servicio Nacional de Salud desea realizar.

Le cupo también a la delegación chilena participar en cuatro reuniones al margen de las Sesiones Plenarias y de Grupo y a la de Directorio del día 3 de junio. Al intercambiar ideas, pudo dar a conocer algunos aspectos de nuestro trabajo en Chile, como asimismo conocer lo que en otros países se está haciendo.

Además la delegación fue invitada por Radio Roma a expresar sus impresiones sobre el Congreso.

Comentario de los debates y conclusiones

No se estima que en este informe deba darse cuenta de todas las resoluciones que se aprobaron o modificaron en las Sesiones del Gran Consejo y del Directorio, sólo se dará a conocer aquellas que, a nuestro juicio, fueron las más sobresalientes.

1.— Se resuelve que el Consejo Internacional de Enfermería apoye la creación de los Centros Materno-Infantiles y solicite de las Asociaciones nacionales, en

donde sea posible, interesar a las autoridades respectivas a fin de desarrollar dichos centros.

2.— En relación al Comité de Admisión se resuelve aceptar como miembro al Colegio de Enfermeras de Chile, en reemplazo de la Asociación de Enfermeras de Chile.

3.— En relación al Comité de Ética, se recomienda usar todos los medios posibles a fin de despertar en las enfermeras el cumplimiento de los principios éticos, y que en las escuelas de enfermería se integre la enseñanza de la ética en las diferentes materias que se enseñan.

4.— El Congreso resuelve que se debe conservar el principio de la enseñanza básica general y amplia como base de la enseñanza de enfermería en especialidades y que este principio debe ser difundido en cada país.

5.— En relación al Comité de Intercambio de Enfermeras, se resuelve que la enfermera que solicite un cambio por intermedio de la organización nacional de su país, deberá tener por lo menos 12 meses de experiencia profesional.

6.— En relación al informe de la Consultora sobre asuntos económicos, se resuelve que el Consejo Internacional de Enfermería formule una política bien definida en relación a las condiciones económico-sociales de las enfermeras y de acuerdo a ciertos principios: a) Que las asociaciones nacionales u otro organismo profesional, debe estar debidamente representado y en condiciones iguales en las comisiones que estudian el salario y condiciones de servicio de la enfermera. b) Que las condiciones de servicio deben ser tales que le den a la enfermera el debido reconocimiento de sus status profesional y responsabilidad.

7.— En relación al informe presentado por el Directorio, reunido en Stambul en 1955, se resuelve que el I.C.N. cree un comité especial que estudie los deberes y responsabilidades de la enfermera.

Comentario de los hechos fundamentales.

En la discusión de los temas oficiales, se aprecian algunos conceptos interesantes que nos han preocupado a las enfer-

meras chilenas en nuestras reuniones nacionales y que hemos ido cumpliendo a medida que ha sido posible.

Así, por ejemplo, en relación al tema "Rol de la Enfermera en un Programa General de Salud", se desprende lo siguiente:

1.— Que debe darse énfasis al cumplimiento de las funciones de la enfermera de hoy, de acuerdo como queda estipulado en la Asamblea Mundial de la Salud en 1956. Estas funciones son las siguientes: a) Dar un cuidado eficiente de enfermería al enfermo e incapacitado considerando sus necesidades físicas, emocionales y espirituales, sea que esta atención se dé en los hospitales, hogares, escuelas o industrias. b) Servir como maestra de salud o consejera a pacientes y familiares, en sus hogares, hospitales, escuelas o industrias. c) Conocer a través de una aguda observación las diferentes situaciones y condiciones físicas y emocionales que interfieren con los problemas de salud, y comunicar dichas observaciones a otros miembros del equipo de salud o instituciones encargadas de solucionar aquellas condiciones. d) Seleccionar, entrenar y orientar al personal auxiliar que se necesita para realizar los servicios de enfermería en los hospitales o centros de salud. e) Participar con otros miembros del team en el análisis de las necesidades de salud, determinando los servicios que se requieren y colaborar en la construcción hospitalaria y en la dotación de equipos y otras facilidades, a fin de llevar a cabo dichos servicios en forma efectiva.

2.— Se reconoce el hecho de que no es posible dar una atención eficiente de enfermería, si no se considera al paciente en sus múltiples y complejas necesidades. De ahí la importancia de que la educación de la enfermera de hoy contemple la preparación integral de estas profesionales. Chile está cumpliendo esta etapa. De ahí la reforma de los Programas de Estudios realizada en 1951.

3.— Se señala que aún no se ha reconocido ampliamente el aporte que enfermería profesional puede dar en el planeamiento y organización de las actividades en todos los niveles de la administración de la salud pública, pues se estima que

su lugar está necesariamente junto a la cabecera de un enfermo.

4.— Se hace notar que a medida que mejoran y aumentan los planes de previsión y que el standard de vida de las gentes se eleva, la demanda de atención aumenta paralelamente, y ésta debe orientarse cada vez más hacia el hogar, ya que los hospitales no pueden extenderse indefinidamente.

5.— Es interesante observar que aun cuando ha aumentado el número de enfermeras en las diferentes partes del mundo, para dar una atención de enfermería adecuada, la falta de enfermeras y del servicio que ellas realizan, es notorio. Algunos factores se hacen notar como causantes de esta situación: disminución de las horas de trabajo de las enfermeras y personal de enfermería; una franca disminución del servicio realizado por alumnas, algunos países siguen utilizando este sistema que Chile no ha aceptado dentro de sus normas educacionales; aumento del volumen del contenido de enfermería, y una mayor complejidad en los servicios hospitalarios.

6.— Se hace notar la estrecha relación que existe entre la capacidad que la enfermera tiene para realizar las funciones que la necesidad actual le demanda (estipuladas en la Asamblea Mundial de la Salud) y la educación que se da a la alumna de enfermería, la cual debe ser profunda, de tipo profesional, que proporcione a la estudiante habilidades en relacionarse con los demás y que aprenda a investigar los problemas inherentes a enfermería. Además de todo esto, se deja en claro que ninguna tarea de la enfermera será efectiva sin una buena administración de los servicios de salud en general.

En cuanto al tema "Responsabilidad en la Selección de Enfermeras", se desprende el siguiente comentario:

1.— Se hace ver la responsabilidad que le cabe a la Escuela de Enfermería en relación a la selección de las estudiantes, utilizando los instrumentos que la psicología y pedagogía moderna han colocado al servicio de la educación.

Comentando la utilización que se hace de los expertos en materia de selección, se discute el beneficio que aportaría la

cooperación de estos técnicos para seleccionar al personal en los servicios de acuerdo a sus intereses vocacionales. Esto sería corroborado con la debida orientación posterior.

2.— Al discutirse el hecho de la escasa afluencia de estudiantes para la carrera, y del abandono de los estudios o trabajos como graduada después, se hace notar que es imprescindible para el futuro profesional, descubrir y eliminar, hasta donde sea posible, aquellos factores y condiciones de la educación y servicio de enfermería que no sean estimulantes y agradables para la gente joven.

3.— Se hace notar que deben agotarse los medios para ayudar a aquellas candidatas idóneas para la carrera, mediante becas u otros recursos posibles, cuando éstas no posean los medios económicos.

En relación al tema "Responsabilidad en la Educación de Enfermeras", vale la pena detenerse en algunos conceptos muy brevemente, por la estrecha relación que existe entre educación de enfermería y servicio de enfermería. Una sin la otra no podrían existir.

1.— Se analiza el rumbo que enfermería moderna va tomando, orientada fundamentalmente en relación a los rápidos cambios y progresos que las ciencias médicas y sociales están experimentando.

2.— Se reconoce la enorme importancia que tiene en la educación básica de las enfermeras el estudio de las ciencias sociales, dadas las nuevas orientaciones que enfermería va adquiriendo como integrante de un equipo de salud.

3.— La enseñanza básica de enfermería para cumplir con las demandas que la sociedad actual le exige, debe integrar los conceptos de salud pública, sociales y de salud mental.

Sobre el tema "Principios de Administración". El tema de fondo sobre principios de Administración, estuvo a cargo del experto economista inglés y asesor especialista sobre organización y administración de industrias, Sr. E. F. L. Brech, quien a su vez es autor de varios libros sobre administración en Inglaterra.

La discusión de este tema se abordó desde dos puntos de vista: Administración

aplicada a la Educación de Enfermeras, y Administración aplicada al Servicio de Enfermería.

Llamaron la atención los siguientes conceptos:

1.— Tan importantes son los principios y práctica de la administración, que ningún avance técnico puede paliar las pérdidas producidas por una inadecuada administración.

2.— La efectividad administrativa es un factor determinante de la calidad de los cuidados de enfermería, de ahí la importancia de considerar seriamente este factor.

3.— Se hace notar el hecho de que a medida que se abren nuevas posibilidades y responsabilidades a las enfermeras en los diversos servicios públicos y privados que requieren de ella habilidades de organización, administración, coordinación, etc., su preparación básica debe incluir los principios de administración e investigación de Chile.

4.— Importantes discusiones hubo sobre la necesidad de establecer cursos regulares de administración, que incluyen ciencias afines como psicología, pedagogía, economía y sociología, a fin de preparar a las enfermeras para sus cargos administrativos.

5.— Se reconoce la importancia de que se desarrolle una educación en servicios para las enfermeras graduadas, de acuerdo a las necesidades del servicio, a fin de mejorar la atención que se está dando y estimular a dicho personal en su propio crecimiento profesional. Esta educación en servicio puede darse a través de conferencias, estudios de problemas, visitas a otras instituciones, discusiones de grupo, etc.

6.— Es ampliamente reconocida la necesidad del trabajo en equipo como método para dar una atención adecuada. De ahí que la administración debe estimular esta forma de trabajo, a fin de lograr resultados positivos. Esto no sólo debe aplicarse a la administración de los servicios de enfermería, sino a la administración general de los servicios de salud.

7.— La supervisión es uno de los elementos educativos más importantes, a través de la cual el administrador pue-

de apreciar el éxito que se está logrando en el desarrollo del programa de trabajo, cuando ella está siendo debidamente ejecutada.

8.— En relación a la administración aplicada a educación, se reconoce la necesidad de seleccionar el personal docente de instructores, a fin de lograr un grupo docente calificado. A este personal debe reconocérsele su status docente en igual forma que se reconoce a otros profesores de la Universidad o institución de Educación Superior.

9.— Debe dársele a este personal docente las más amplias oportunidades para su perfeccionamiento profesional, a través de cursos de postgraduados en Educación, asistencia a seminarios, desarrollo de un buen programa de educación en servicio, etc., que lo mantengan al día en sus conocimientos y práctica de enfermería.

Hasta aquí los comentarios más significativos de este XI Congreso Internacional de Enfermeras, que movió a más de 3.000 colegas de todas partes del mundo a aportar entusiastamente sus experiencias en el campo de la enfermería.

Impresiona el hecho de que problemas parecidos enfrenta enfermería en todas partes del mundo, que se analizan seriamente estos problemas preocupando a sus líderes para que la profesión ocupe el lugar que le corresponde, y que estímulo y comprensión se reciba de aquellos que enfermería sirve, y de los que junto a ella comparten la noble misión de proteger, fomentar y reparar la salud individual y colectiva.

Educación de Enfermería en Gran Bretaña

Aprovechando mi estada en Europa, y gracias a la gentileza del British Council, tuve oportunidad de conocer brevemente algunos aspectos de la Educación de Enfermería en Gran Bretaña.

Fue así como visité la famosa Escuela de Enfermería Florence Nightingale, que funciona en el Hospital de Santo Tomás, en Londres, y que fundara Florence Nightingale en 1860. Esto fue posible gra-

cias a un acuerdo establecido entre el Hospital y la Fundación Florence Nightingale, institución creada por subscripción pública en memoria de la insigne enfermera, para que se destinaran sus fondos a la creación de una Escuela.

La Escuela desarrolla un programa de estudios de tres años, pero en el presente año se ha iniciado una reforma en el sentido de ampliarlo a cuatro años. La enseñanza teórica la realizan las Sister Tutor, médicos y profesores de la Universidad de Londres y en la enseñanza práctica colaboran estrechamente las enfermeras jefes de salas y médicos del hospital.

Existe cada vez más el deseo de incluir las Escuelas de Enfermería de las universidades, en beneficio de la educación misma y del personal y alumnas de las escuelas.

La Escuela ofrece, además del Curso Básico, cursos especiales, realizados en conexión con Universidades y hospitales, tales como el Curso Integrado en Salud Pública, que tiene un carácter de experimental, y lo realizan la Universidad de Southampton y la Escuela de Enfermeras Florence Nightingale. Su duración es de cuatro años y nueve meses.

El primer año se realiza exclusivamente en la Universidad, y los otros restantes en la Escuela de Enfermeras, durante los cuales se da la parte general de Obstetricia. Los últimos seis meses la estudiante debe pasarlos en la Universidad y dar el examen de Enfermera de Salud Pública.

La matrícula es limitada a un número muy reducido de alumnas.

Merece especial atención la magnífica organización que sobre Educación Post-Graduada existe en este país, para estimular a las enfermeras a estar al día en sus conocimientos y adquirir una educación para posiciones más altas. Esta tarea está a cargo del Royal College of Nursing, a través de su departamento de Educación. Fue fundado en 1916 y reconocido por el Ministerio de Educación como el Establecimiento oficial para la educación superior de las enfermeras.

Dado su carácter de oficial, es además la institución que confiere a las enferme-

ras el certificado que las acredita para ejercer, una vez aprobado el examen correspondiente.

El Departamento de Educación ofrece cursos a las enfermeras que reúnan los requisitos de admisión. Entre estos cursos vale la pena anotar el que prepara enfermeras para instructoras, y cuya duración es de dos años. El diploma lo entrega la Universidad de Londres. Administración de servicios de enfermería, se da a aquellas enfermeras que deseen prepararse para ocupar cargos administrativos en enfermería, sea en el campo hospitalario o de salud pública. Su duración es de un año.

Existen, además, cursos especiales para enfermeras extranjeras, de acuerdo a las necesidades individuales. Estos cursos son de una duración mínima de un año.

A fin de estimular a las enfermeras en su educación posterior, el Real Colegio de Enfermería dispone de becas otorgadas por él mismo y otras instituciones interesadas en enfermería. Asimismo dispone de todos los elementos necesarios para el desarrollo de estos programas, entre los cuales merece especial mención la Biblioteca de Enfermería, que cuenta con 12.000 volúmenes y está suscrita a 60 revistas profesionales.

Las visitas que tuve la oportunidad de realizar en Londres, fueron planeadas por el I.C.N., cuya magnífica organización hizo posible en tan breve tiempo pudiera conocer lo más importante que en relación a Educación de Enfermería se está llevando a efecto en Inglaterra.



La inteligencia tiene el instinto de la verdad; la conciencia el instinto de la justicia; el corazón, el instinto del amor.— ANÓNIMO.

Conclusiones del Primer Congreso Latinoamericano de Inspectores de Saneamiento

A iniciativa del XI Curso de Higiene Ambiental para Inspectores de la Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile, se realizó el Primer Congreso Latinoamericano de Inspectores de Saneamiento, durante los días 9, 10 y 11 de diciembre ppdo., en Santiago. De este torneo, damos a continuación un resumen de las principales conclusiones relacionadas con esta profesión y los problemas de salud en que le corresponde intervenir:

TEMA 1.— “Determinar claramente las funciones y actividades del Inspector de Saneamiento Latinoamericano, dentro del equipo de Salud Pública”.

El Congreso aprueba las siguientes funciones y actividades generales del Inspector de Saneamiento en Latinoamérica, con arreglo, en particular, a las necesidades a nivel de áreas y considerando, en cada caso, la existencia de profesionales especializados: I.— Abastecimiento de agua potable; control de abastos de agua; control cloro residual; toma de muestras; promoción de extensión de redes; supervisión de los servicios de agua potable. II.— Control de excretas: control de las Plantas de Tratamiento; saneamiento urbano y rural; promoción de extensión de redes de alcantarillado. III.— Preservación y control de alimentos: saneamiento de locales; higiene del producto; higiene del manipulador. IV.— Control disposición de basuras y desperdicios: recolección; transporte; disposición, y tratamiento. V.— Control de insectos y roedores de interés sanitario. VI.— Salubridad de la vivienda y locales de uso público. VII.— Higiene, seguridad y medicina del trabajo: saneamiento de edificios industriales; disposición de residuos industriales; accidentes del trabajo (funciones de cooperación con los téc-

nicos especialistas). VIII.— Control de balnearios y playas: piscinas; baños públicos y termales. IX.— Sanidad marítima, aérea y de las fronteras. X.— Urbanización y otros: pequeño saneamiento en: aire atmosférico, desinfección animales domésticos, mercados, ferias, vendedores ambulantes, vehículos de movilización colectiva y transporte; ruidos molestos; control de cementerios; gimnasios; campamentos; templos; protección de accidentes y control de radiaciones. XI.— Control de enfermedades transmisibles. XII.— Participación en la confección de Programas de Saneamiento. XIII.— Participación en la organización y funcionamiento de las oficinas de saneamiento. XIV.— Actividades anexas: control de carnes; zoonosis; control de la rabia; control de manipuladores.

TEMA 2.— “Denominación específica para el Inspector de Saneamiento en Latinoamérica (estudio de la OMS del Inspector y sus categorías)”.

1.—“La denominación del funcionario que ejerce labores inspectivas en Higiene Ambiental, será en América Latina, la de Inspector de Saneamiento”.

2.—“El Inspector de Saneamiento es un profesional de colaboración paramédica”.

"El desempeño de las Jefaturas de las Oficinas de Saneamiento, debe ser ejercido por un Inspector de Saneamiento. Estas oficinas serán supervisadas por un Inspector de Saneamiento, el que a su vez aplicará las normas que imparta otro Inspector de Saneamiento que actuará a nivel de las Direcciones Generales de los Servicios de Salud Pública, supervigilando y obteniendo el cumplimiento de las instrucciones que emanen de estas Direcciones Generales", y

"Se acuerda: recomendar a los Servicios de Salud Pública latinoamericanos, las confecciones de Escalafones funcionales para los Inspectores de Saneamiento, de manera que se les asegure una carrera estable, segura y contemplando en ellos una renta acorde a la importancia de la función que desempeña y sus antecedentes personales".

TEMA 3.— "Organización Internacional de Inspectores de Saneamiento Latinoamericanos y creación de su sede oficial".

Apruébase la creación de un Organismo que agrupe a los Inspectores de Saneamiento de Latinoamérica, cuya denominación será "Organizaciones Latinoamericanas de Inspectores de Saneamiento" (O.L.A.I.S.). Su sede oficial será la ciudad de Santiago de Chile, hasta la realización del Segundo Congreso, que deberá efectuarse en la República Argentina. Dicha organización tendrá como nueva sede la República mencionada, en un lapso no mayor a dos años.

TEMA 4. — "La carrera del Inspector de Saneamiento en Latinoamérica".

Dada la importancia del saneamiento ambiental y el auge que estos últimos años ha tomado esta rama de la Salud Pública, y existiendo la necesidad imperiosa de dignificar el cargo del Inspector de Saneamiento, situándolo al nivel del profesional universitario, se acuerda:

1.— Solicitar de las autoridades respectivas de cada país, la creación de la carrera profesional del Inspector de Saneamiento.

2.— Solicitar de las autoridades sanitarias de cada país y de la OMS, otor-

guen las facultades necesarias a los Inspectores de Saneamiento, para concurrir a las diferentes escuelas de salubridad.

3.— Considerando que por tratarse de una profesión paramédica de suma importancia en la Medicina Social, se estima que esta carrera comprenderá un mínimo de tres años de estudios universitarios en cualquiera de las Universidades latinoamericanas o, en su defecto, estudios equivalentes, y

4.— Fomentar el intercambio de Inspectores de Saneamiento en Latinoamérica.

TEMA 5.— "Propiciar la creación de organizaciones de Inspectores de Saneamiento y cursos de perfeccionamiento a nivel nacional".

TEMA 6.— "Temas libres".

Presentados diferentes trabajos sobre funciones, importancia, consideraciones y otros, sobre el Inspector de Saneamiento latinoamericano, se aprueban las siguientes conclusiones:

1.— Para ingresar como Inspector de Saneamiento, se deberá estar en posesión de la instrucción previa que se exige al ingreso de una carrera universitaria, o estudios equivalentes.

2.— El Servicio de Salud Pública estará obligado a prestar al Inspector de Saneamiento, asistencia médica, y acogerlo a algún organismo de previsión social del que recibirá sus beneficios.

3.— La institución de Salud Pública a que pertenezca el Inspector, deberá mantenerlo informado en las técnicas que digan relación con sus funciones.

4.— En atención a que está demostrada la capacidad técnica del Inspector de Saneamiento, debe tener prioridad en la dirección de Oficinas y Programas de Saneamiento del ambiente.

5.— Siendo el Inspector de Saneamiento, uno de los miembros integrantes del equipo paramédico de salud pública, de gran importancia, su rendimiento y eficiencia se encuentra situado en relación directa con su preparación funcionaria, que le permita gozar de una carrera a nivel de otros funcionarios de este mismo equipo y, por ende, disponer de igual trato económico.

Resumen de los acuerdos más importantes del Honorable Consejo Nacional de Salud

ACTA DE LA SESION N° 344, DE 11 DE DICIEMBRE DE 1957

La Contraloría dictamina que el Consejo Nacional de Salud no tiene facultades para mejorar rentas de funcionarios

N° 711.— En sus Sesiones N°s 337, 338 y 339, el H. Consejo examinó el reparo de la Contraloría General de la República al Decreto de la Dirección General de Salud N° 37820, de 1956, referente al perfeccionamiento de los Acuerdos N°s 370, 430, 624, 666, 736, 776, 779, 41 y 100 de las Sesiones N°s 267, 271, 283, 286, 291, 293, 294, 298 y 300, relacionados con la fijación de nuevas Plantas de Empleos para Profesionales Funcionarios del Servicio no afectos a la Ley N° 10.223.

La Dirección General de Salud concretó en su Nota N° 26317, de 8 de noviembre pasado, los puntos de vista del Servicio frente a la situación creada, y expresó a la Contraloría su convencimiento de que el asunto lo resolvería en la forma más adecuada al interés y necesidades de la Institución.

En respuesta, se recibió el Oficio N° 67051, de 29 del mes anterior, declarando que la Contraloría General mantiene en todas sus partes el criterio jurídico ya manifestado acerca de la materia en su Oficio N° 56940, de 16 de octubre ppdo., y, por consiguiente, estima agotada la vía administrativa como medio de solucionar los problemas que el Servicio planteó en el Oficio N° 26317, de manera que el único camino posible de obtener esa resolución sería la dictación de una ley, de iniciativa del Ejecutivo, que ratificara la nueva Planta de Profesionales no médicos del Servicio Nacional de Salud, a que se refiere el Decreto N° 37820, de 1956.

Vistos los antecedentes, se acordó:

I.— Anexar al Acta de la presente Sesión, copia de los Oficios N°s 26317 y 67051 citados y de la versión taquigráfica de las opiniones emitidas durante el análisis de esta materia.

II.— Formular una declaración pública señalando que el Consejo Nacional de Salud no tiene facultades para mejorar las rentas de sus Funcionarios, según dictámenes expresos de la Contraloría General de la República, y sólo a virtud de una Ley podrá alcanzarse ese propósito.

III.— Esperar la tramitación de la Ley correspondiente para adoptar un pronunciamiento definitivo sobre el mantenimiento de los referidos Acuerdos N°s 370, 430, 624, 666, 736, 776, 779, 41 y 100 o el restablecimiento de la situación anterior al 1° de diciembre de 1956.

ANEXOS RELATIVOS AL ACUERDO N° 711

**Oficio de la Dirección General de Salud N° 26317,
de 8 de noviembre de 1957.**

"En sesiones celebradas los días 23 y 30 de octubre último, el H. Consejo del Servicio analizó detenidamente las observaciones formuladas por esa Contraloría sobre la materia citada en el rubro, en su oficio N° 56040, de 16 de octubre último, en el cual literalmente se concluye en que "el Contralor General infrascrito desconoce eficacia al Decreto N° 37820, de 1956, de ese Servicio Nacional de Salud, que no ha alcanzado a ejecutarse y estima que, para restablecer las cosas a su estado legal, debe ser derogado por el Consejo de ese Servicio"; y en que ese organismo contralor previene que, "para todos los efectos legales, considera en pleno vigor la planta de profesionales no médicos existente con anterioridad a la dictación del citado Decreto N° 37820, de 1956, sin reconocer valor alguno a las modificaciones dispuestas por dicho Decreto."

"El Consejo, como se ha expresado, examinó en todos sus aspectos el problema. Recordó que el Decreto N° 37820 fue dictado por el Director General para dar cumplimiento a los acuerdos N°s 370, 430, 624 y 666, que había adoptado el 20 de julio de 1956, el 18 de julio, el 17 de octubre y el 7 de noviembre del mismo año, acuerdos en virtud de los cuales se fijó nuevas plantas para determinados profesionales del Servicio, atendidas las necesidades de creaciones de cargos, jerarquización de funciones y remuneración proporcionada a los deberes y exigencias que el Servicio impone a sus profesionales.

"Los señores Consejeros estuvieron acordes en que, al emitir sus votos en las sesiones indicadas, procedieron en el convencimiento absoluto de que actuaban dentro de la estricta legalidad y responsabilidad que inspiran todas sus actuaciones, circunstancia que en la especie estaba confirmada por las numerosas transformaciones de planta tramitadas con anterioridad por esa Contraloría, y también después del referido Decreto N° 37820, y, particularmente, por la doctrina contenida en el Dictamen N° 64997, de 30 de diciembre de 1954, de ese mismo organismo, por la cual se reconoce al Consejo la facultad de modificar la planta del personal del Servicio en forma que la modificación pueda significar aumento de remuneraciones, ya que no habiendo distinguido la Ley en cuanto a la naturaleza de las modificaciones que pueda experimentar la planta, debe entenderse que dentro de dicha facultad se comprenden todas las formas que constituyen modificación de dicha planta, ya sea suprimiendo cargos existentes o creando otros, los que pueden ser con las mismas rentas que los existentes o bien con rentas superiores o inferiores a las de los cargos que existían con anterioridad.

"También los miembros del Consejo analizaron en forma especial la circunstancia de que sus acuerdos fueron válidamente reducidos a Decreto por el Director General, y que este Decreto fue oportunamente tomado razón por esa Contraloría con fecha 18 de marzo de 1957. Pesó considerablemente en sus ánimos, que por virtud de haberse cumplido con este trámite de la toma de razón, que significa el reconocimiento expreso de la Contraloría General a la legalidad del De-

creto, el Servicio tuvo por única planta de profesionales la contenida en el citado Decreto, de tal manera que conforme a ella se ha procedido a numerosos nombramientos, incluso de Jefes de Departamentos, se ha efectuado contrataciones; se ha organizado en su estructura definitiva los Departamentos respectivos; y, en general, se ha cumplido numerosas actuaciones que no habrían podido llevarse a efecto con la antigua planta, como ser designaciones de Fiscal para instruir sumarios administrativos según la categoría de los inculpados, para no citar más ejemplos.

"Paralelamente, consideraron otra situación con caracteres de hecho y de derecho producida al amparo del Decreto N° 37820 debidamente tomado razón por esa Contraloría. Los profesionales integrantes de las plantas respectivas, por haber desempeñado funciones desde el 1° de diciembre último, cobran sus remuneraciones conforme a los grados contenidos en la nueva planta, expresando que la antigua dejó de existir en la misma fecha en que la Contraloría tomó razón del Decreto varias veces citado; y sostienen con acopio de antecedentes legales esta pretensión, adquiriendo el problema un aspecto de orden patrimonial a cuya solución queda vinculada la responsabilidad de los mismos Consejeros en conformidad a la Ley.

"Todo lo expuesto, en opinión del Consejo, demuestra que hay numerosas situaciones producidas con ocasión de la nueva planta, de las cuales no es fácil desentenderse, más aún, cuyo desconocimiento puede producir serios trastornos en el orden institucional, administrativo y patrimonial; y que estos hechos se han originado en actos del Consejo y demás autoridades, actuando todos en la seguridad de que han obrado en el adecuado ejercicio de sus facultades. Estas circunstancias hacen abrigar a los señores Consejeros la confianza de que para la solución del problema pendiente será necesario tener especialmente presente lo señalado.

"Por este oficio, cumplo con el deber de hacer llegar al señor Contralor el pensamiento del Consejo del Servicio, y aprovecho la oportunidad de expresarle el convencimiento en que está esta Dirección General, en cuanto a que el asunto de que se trata será resuelto por esa Contraloría en la forma más adecuada al interés y necesidades de la Institución.

**Oficio de la Contraloría General de la República
N° 67051, de 29 de noviembre de 1957.**

"Expresa Ud. que el H. Consejo de ese Servicio, en sus sesiones de 23 y 30 de octubre ppdo., analizó detenidamente las observaciones formuladas por esta Contraloría General en su oficio N° 56.940, de 16 del mismo mes, con relación a la planta de profesionales no regidos por la Ley N° 10.223 y aprobada por el decreto N° 37.820, de 1956, de ese Servicio, en el que se concluye que este Organismo Contralor desconoce toda eficacia al referido decreto N° 37.820, que no ha alcanzado a ejecutarse y estima que, para restablecer las cosas a su estado legal, debe ser derogado por el Consejo de ese Servicio, previéndole, al mismo tiempo que, para todos los efectos legales, considera en pleno vigor la planta de profesionales no médicos existente con anterioridad a la dictación del citado decreto.

"Agrega Ud. que el H. Consejo, al analizar el problema en todos sus aspectos, recordó que el citado decreto N° 37.820 fue dictado

por el Director General para dar cumplimiento a diversos acuerdos del Consejo que tenían por objeto modificar la planta para determinados profesionales de acuerdo con las necesidades del Servicio y la importancia y jerarquía de sus funciones y que los señores Consejeros, al concurrir con sus votos a la adopción de tales acuerdos, procedieron en el convencimiento absoluto de que actuaban dentro de la estricta legalidad y responsabilidad que inspiran todas sus actuaciones, convencimiento que se veía abonado por la circunstancia de que la Ley ha concedido al Consejo la facultad de aprobar y modificar la planta del personal, sin distinguir en cuanto a la naturaleza de esas modificaciones, y de que hasta esa fecha se habían tramitado por esta Contraloría General numerosas transformaciones de planta que importaban alteración en las remuneraciones de los funcionarios. Se destacó también que el referido decreto N° 37.820, que traducía esos acuerdos, fue cursado sin observaciones por esta Contraloría con fecha 18 de marzo de 1957, por cuyo motivo el Servicio tuvo por única planta de profesionales la contenida en ese decreto, dando margen para que se cumplieran numerosas actuaciones que no habrían podido llevarse a efecto con la antigua planta. Consideraron, igualmente, la situación de los profesionales integrantes de las plantas respectivas, quienes, con acopio de antecedentes, cobran sus remuneraciones conforme a las contenidas en la nueva planta, sosteniendo que la antigua dejó de existir en la misma fecha en que se tomó razón del citado decreto. Todas estas circunstancias, en opinión del Consejo, demuestran que hay numerosas situaciones producidas con ocasión de la nueva planta, de las cuales no es posible desentenderse y cuyo desconocimiento puede producir serios trastornos de orden institucional, administrativo y patrimonial, y que estos hechos se han originado en actos del Consejo y demás autoridades realizados en el convencimiento de que obraban en el adecuado ejercicio de sus facultades.

"Termina expresando Ud. que el H. Consejo del Servicio Nacional de Salud acordó hacer llegar todas estas reflexiones a conocimiento del Contralor General infrascrito, a fin de que, ponderando detenidamente las circunstancias que se dejan señaladas, estudie nuevamente el problema y le dé la solución que estime más adecuada al interés y necesidades de la Institución.

"Sobre el particular, y después de analizar detenidamente el texto del oficio de la referencia, el Contralor General infrascrito puede manifestar lo siguiente:

"El problema de la legalidad del decreto N° 37.820, de 1956, de ese Servicio, que fijó la nueva planta de los profesionales no médicos del Servicio Nacional de Salud, ya fue analizado minuciosamente en el oficio N° 56.940, de 16 de octubre pasado, por el que esta Contraloría General devolvió sin tramitar diversos decretos que disponían el encasillamiento del personal en los cargos consultados en esa planta, oportunidad en la que este Organismo Contralor fijó su pensamiento definitivo acerca de la materia en mérito de los fundamentos de orden constitucional y legal que ahí se desarrollaron y que lo llevaron a la conclusión de que el Consejo Nacional de Salud, no obstante lo dispuesto en la letra b) del artículo 69 de la Ley N° 10.383, que lo faculta para "Aprobar y modificar la planta del personal", carecía de atribuciones para adoptar los acuerdos que dieron origen a dicho decreto, por cuanto esos acuerdos importaban un simple aumento de re-

muneraciones para su personal, aumentos que sólo pueden otorgarse por medio de una ley de iniciativa del Ejecutivo, como lo manda el artículo 45 de la Constitución Política del Estado.

"Los fundamentos de dicha conclusión, y que latamente se desarrollaron en el citado oficio N° 56.940, no logran ser desvirtuados por las consideraciones que se hacen valer en el oficio de la suma, de manera que el Contralor General infrascrito, en cumplimiento del deber que le impone el artículo 13 de la Ley Orgánica de esta Contraloría General, de velar por la legalidad de los decretos y resoluciones que se tramitan ante este Organismo, se ve en la imprescindible necesidad de mantener en todas sus partes los reparos ya formulados al respecto, sin que para modificar esa conclusión de orden estrictamente jurídico pueda siquiera entrar a juzgar o ponderar las situaciones de conveniencia o equidad que, desde otro punto de vista, pudieran justificar el procedimiento empleado, porque esas consideraciones escapan a su misión fiscalizadora, como ya tuvo ocasión de anticiparlo en el citado oficio.

"En todo caso, y a propósito de lo expresado por los señores miembros del Consejo Nacional de Salud, en el sentido de dejar constancia que al concurrir con sus votos a la adopción de los acuerdos que dieron origen al comentado decreto N° 37.820, procedieron en el convencimiento absoluto de que actuaban dentro de la estricta legalidad y responsabilidad que inspiran todas sus actuaciones, lo que lleva implícito el propósito de levantar algún cargo que al respecto creen ver en el rechazo por esta Contraloría General de la nueva planta fijada en ese decreto, el Contralor General infrascrito estima oportuno dejar establecido que al formular los reparos que se consignan en el oficio N° 56.940, de 16 de octubre ppdo., se limitó, como era su deber, a analizar el problema planteado desde el punto de vista estrictamente jurídico, sin pretender, en modo alguno, juzgar la buena fe con que seguramente han actuado los señores Consejeros y demás autoridades de ese Servicio.

"Es también posible que, tal como lo expresa el Consejo de ese Servicio, con motivo del rechazo de la nueva planta de profesionales no médicos de la Institución se hayan producido algunos de los trastornos que se mencionan en el oficio de la suma, materia sobre la cual el infrascrito no se pronuncia, por tratarse, como se ha dicho, de situaciones que escapan a la competencia de este Organismo Contralor, que en este caso debe limitar su acción al terreno estrictamente jurídico, en cuyo campo ya ha manifestado su opinión definitiva en los términos de que da cuenta el comentado oficio N° 56.940.

"En suma, el Contralor General infrascrito mantiene en todas sus partes el criterio jurídico ya manifestado acerca de la materia en su oficio N° 56.940, de 16 de octubre ppdo., y, por consiguiente, estima agotada la vía administrativa como medio de solucionar los problemas que ese Servicio plantea en el oficio de la referencia, de manera que el único camino posible de obtener esa solución sería la dictación de una Ley, de iniciativa del Ejecutivo, que ratificara la nueva planta de profesionales no médicos de ese Servicio Nacional de Salud, a que se refiere el decreto N° 37.820, de 1956."

Nº 713.— Designación Jefe IV Zona de Salud y Jefe del Centro de Salud - Director del Hospital de Rancagua.

D. Hipólito Vergara Muñoz y D. Haydée López Cassou, respectivamente, a contar desde el 11 de diciembre de 1957; dejando constancia de que por razones impostergables de buen servicio asumirán de inmediato sus funciones.

Nº 714.— Nombramiento de Jefe del Departamento de Atención Médica.

Lamperein; estableciendo que deberá asumir de inmediato sus funciones en mérito a necesidades inaplazables de buen servicio que así lo aconsejan.

Nº 715.— Fija texto definitivo del Acuerdo Nº 684 de la Sesión Nº 342. Aclara Acuerdo Nº 147 de la Sesión Nº 303.

contratadas, al cargo de Médico con 6 horas, Enfermedades Profesionales, del Servicio de Higiene y Seguridad Industrial de Santiago, dependiente de la Jefatura de la VI Zona de Salud, desempeñado con dedicación exclusiva por el señor **Alejandro Valenzuela Patiño**, a contar desde el 27 de noviembre de 1957".

Dejar establecido que la Jefatura de la Sección Poliomiéltis del Instituto Bacteriológico de Chile a que se refiere el Anexo 2 del Acuerdo Nº 147 de la Sesión Nº 303, está desempeñada por el Dr. **Guillermo Contreras Da Silva**, Médico-Ayudante del Departamento de Virus, con 6 horas, Rol 759 M. y, en consecuencia, deberá aplicarse a esta plaza sobre el sueldo base del Grado 5º correspondiente a las horas contratadas, el cuarenta por ciento (40%) de Asignación de Estímulo, conferido en el mencionado Acuerdo Nº 147.

Nº 723.— Creación cargos de Técnico Cinematografista y Educadores Sanitarios.

Departamento de Educación Sanitaria: 1 Técnico Cinematografista, 6ª Categoría; y 10 Educadores Sanitarios, Grado 1º.

Designar, en mérito a las proposiciones respectivas, Jefes de la IV Zona de Salud y del Centro de Salud - Director del Hospital de Rancagua, con 6 horas, dedicación exclusiva, 55 y 50% de Asignación de Responsabilidad, a los doctores

Nombrar Jefe del Departamento de Atención Médica, con 6 horas, dedicación exclusiva y 55% de asignación de Responsabilidad, a contar desde el 11 de diciembre del año en curso, al Dr. **Raúl Vera**

Fijar el texto del Punto Primero del Acuerdo Nº 684 de la Sesión Nº 342, en los siguientes términos definitivos:

"1.—Conceder treinta y cinco por ciento (35%) por concepto de Asignación de Estímulo, calculado sobre el sueldo base del Grado 5º correspondiente a las horas

Crear en la Planta "A" de Empleos de la Dirección General los siguientes cargos, a contar desde el 1º de abril de 1958:

Sub-Dirección Normativa, Departamento de Servicios Técnicos Generales, Sub-Departamento de Educación Sanitaria: 1 Técnico Cinematografista, 6ª Categoría; y 10 Educadores Sanitarios, Grado 1º.

Aprueba Balance ejercicio 1956-1957 Gerencia Agrícola

Nº 725.— Vistos, la recomendación a la H. Comisión de Fondos y Propiedades, de fecha 10 de diciembre de 1957, y lo dispuesto en los artículos 69, letra g) y 70 de la Ley 10.383, se acordó: aprobar el Balance de la Gerencia Agrícola correspondiente al Ejercicio 1956-57, conforme al siguiente detalle:

1º de julio de 1956 - 30 de junio de 1957

A C T I V O**I.—ACTIVO INMOVILIZADO.**

Terrenos	\$	724.256.340
Edificios y Construcciones		132.366.367
Cierros y Mejoras Varias		26.163.011
Maquinarias y Enseres de Trabajo		42.803.229
Muebles y Utiles		6.286.159
Material y Rodante		48.942.115
Plantaciones		16.193.497

II.—ACTIVO REALIZABLE.

Existencia de Animales		307.278.105
Productos de Cultivo		143.257.310
Materiales en Bodega		111.632.958
Cereales en Bodega		58.284.037
Productos Varios en Bodega		125.833.668
Otras Existencias		4.725.921
Productos Chacareria en Bodega		53.405.492
Cuentas Corrientes		6.898.837
Documentos por Cobrar		28.305.302
Cuentas por Cobrar		154.716.649
Acciones		26.030

III.—ACTIVO DISPONIBLE.

Caja		4.345.210
Bancos		5.519.708

IV.—ACTIVO TRANSITORIO.

Operaciones Pendientes		7.863.419
----------------------------------	--	-----------

TOTAL DEL ACTIVO \$ 2.009.103.414

P A S I V O**I.—PASIVO NO EXIGIBLE.****Capital**

Bienes Raíces	928.457.076	
Servicio Nac. de Salud	384.765.199	1.313.222.275
Reservas Varias		
Para diferencias Inventarios	3.098.791	
Para Plantaciones Forestales	500.000	
Para Incendios	7.739.165	
Para Deudores Ctas. Ctes. y Varios	4.878.953	
Para Reajustes Jornales El Peral	397.800	
Para reposición Ganado Vacuno	13.905.329	30.520.038

II.—PASIVO EXIGIBLE.

A Largo Plazo		
Bco. Hipotecario	8.948.426	
Banco del Estado, ex Caja de Crédito Hipotecario	1.424.958	
Corporación de Fomento (Construcción casas)	823.379	
A Corto Plazo		
Banco del Estado		
Préstamo Hipotecario	4.000.000	
Banco del Estado		
Depto. Agrícola	136.250.742	
Documentos por pagar	107.991.599	
Participaciones		
Ejercicios Anter.	7.935.103	
Bancos		
Sobregiros en Cta. Cte.	8.320.970	
Juntas Locales de Benef. (Arriendos)	7.418.000	
Acreedores Varios	177.930.490	
Ley 11.575 Impuesto s/compra-venta	2.905.636	
Dirección General		
Servicio Nacional de Salud	47.000.000	510.949.303

III.—PASIVO TRANSITORIO.

Provisión para participaciones del Ejercicio	12.437.595	
Menos: Abonos	3.545.155	8.892.440
Operaciones Pendientes	39.542.023	39.542.023
UTILIDAD LIQUIDA DEL EJERCICIO		105.977.335
TOTAL DEL PASIVO		\$ 2.009.103.414
Las ganancias llegaron en este Ejercicio a	\$ 142.436.812	
Y las pérdidas, incluidos \$ 1.559.316 de Participaciones, a		36.459.477
La diferencia corresponde a la Utilidad Líquida señalada, de	\$ 105.977.335	

Las cuentas que arrojaron utilidad y las que produjeron pérdidas cuyos resultados concurren a la formación de la ganancia líquida anotada, son las siguientes:

G A N A N C I A S

Cuncumén	\$ 4.084.397
Tahuinco	1.594.509

Lo Valledor	3.239.654	
Los Bajos de Mena	2.582.590	
Hospital	47.862.314	
Santa Inés	45.337.221	
Los Arcángelos	10.540.903	
San Gerardo	11.831.680	
Millauquén	161.767	
Santa Fe	14.325.620	
Santa Cruz	205.159	
Coipín	670.998	
		\$ 142.436.812

P E R D I D A S

Gastos Financieros Gerencia	14.957.874	
Gastos Generales Gerencia	52.364.122	
	67.321.996	
Menos Cargados a Explo. Fondos	67.321.996	
Participaciones contractuales		
Administradores y Empleados Fdos.	10.878.279	
Menos: Provisión con cargo a Fdos.	10.878.279	
Participación contractual	1.559.316	
Gerente y Asesor Agrícola	1.022.000	
Arriendos a Juntas Locales		
Pérdida en Explotación		
Fundo San Luis de Panimávida . .	980.269	
Hacienda San Lorenzo	4.137.332	
Hacienda Quelén	10.507.583	
Hacienda Tranquilla	5.218.014	
Fundo El Molino	5.628.695	
Fundo El Peral	5.264.559	
Viña San Luis	123.573	
Fundo Santa Elena	2.018.136	\$ 36.459.477
UTILIDAD LIQUIDA DEL EJERCICIO		\$ 105.977.335
T O T A L :		\$ 142.436.812

Este Balance, de conformidad con lo prevenido en el Artículo 21 de la Constitución Política de la República, conjugado con el Artículo 70 de la Ley 10.383, deberá someterse a la consideración de la Contraloría General de la República. El Departamento de Finanzas y Presupuestos proyectará el texto de la comunicación destinada al cumplimiento de esta diligencia.

Ratificar las medidas tomadas por la H. Comisión de Fondos y Propiedades, en orden a investigar la pérdida de ganado constatada en diversos fundos, especialmente en los del Valle del Choapa y, en caso de que no aparezca plenamente justificada, instruir los sumarios a que hubiere lugar, a fin de establecer su causa y las responsabilidades consiguientes.

ACTA DE LA SESION N° 345, DE 18 DE DICIEMBRE DE 1957

N° 732.— Reemplaza la Sección Registro del Personal por Departamento del Personal.

Reemplazar en el Presupuesto vigente de la Dirección General de Salud el texto de las partes que se indican por la redacción que se señala en cada caso, a contar desde el 18 de noviembre del año en curso:

Texto Actual	Nueva Redacción
Grupo K. Gastos del Personal	Grupo K. Gastos del Personal
Capítulo I. Sueldos y Sobresueldos fijos.	Capítulo I. Sueldos y Sobresueldos fijos.
K. 1 Sueldos Fijos	K. 1 Sueldos Fijos.
Planta A.	Planta A.
Dirección General	Dirección General
Sub-Dirección General	Sub-Dirección General
Sec. Registro del Personal	Departamento del Personal
—Categoría 4ª Jefe	—Categoría 4ª Jefe
—Categoría 5ª Sub-Jefe	—Categoría 5ª Sub-Jefe
Sub-Sección Secretaría	Secretaría
Sub-Sección Ley 10.223	
Sub-Sección DFL. 256	Sección Registro

Encomendar al Departamento de Finanzas y Presupuestos la redacción del proyecto de decreto destinado a materializar esta determinación, estableciendo que su vigencia no importa ni significará mayor gasto de ninguna naturaleza.

Dejar constancia de que la Dirección General propondrá en una próxima Sesión el nombre de los funcionarios que deberán ocupar la Jefatura y Sub-Jefatura del nuevo Departamento del Personal, y el cargo de Jefe de la Sección Registro del mismo Departamento.

N° 734. —Designaciones.

Designar a los funcionarios que se mencionan para que desempeñen en propiedad, salvo las excepciones que se consignan, los cargos que se señalan, a contar desde las fechas que se especifican:

nan, los cargos que se señalan, a contar desde las fechas que se especifican:

Médico Epidemiólogo Zonal de Concepción, a tiempo completo, con exclusión del ejercicio privado de la profesión o de cualquiera otra función remunerada, y 30% de Asignación de Estímulo, al Dr. Abelardo Neira Fernández, a contar desde el 18 de diciembre de 1957.

Jefe del Centro de Salud de Vicuña, con 6 horas y 15% de Asignación de Estímulo, al Dr. **Guido Díaz Paci**, a contar desde la fecha de la presente Sesión.

Jefe del Centro de Salud-Director del Hospital de Castro, con 6 horas, dedicación exclusiva y 20% de Asignación de Estímulo, al Dr. **Moisés Ortega García**, a contar desde el 18 de diciembre en curso.

Director del Consultorio de Maipú, Rol 1575 M., con 4 horas, dependiente del Centro de Salud N° 5, de la VI Zona, en carácter de interino, por el período comprendido entre el 1° de noviembre de 1956 y el 31 de octubre de 1957, a D. **Irma Morán Mazzetti**.

Médico Director y Medicina de la Casa de Socorros de Peralillo, Rol N° 898 M., con 6 horas y las Asignaciones correspondientes, en el carácter de interino, a contar desde el 1° de noviembre y hasta el 31 de diciembre de 1957, al Dr. **Orlando Leyton Astorga**.

Contratar a los Abogados que se mencionan para que se desempeñen en las Reparticiones que se detallan, a contar desde el 1° de enero y hasta el 31 de diciembre de 1958, con las rentas que se indican y derecho a percibir la Asignación contemplada en el Artículo 75 del DFL N° 256, de 29 de julio de 1953:

Jefatura de la III Zona de Salud: D. **Alejandro Jiliberto Zepeda**, Grado 2°.

Dirección General de Salud, Departamento Jurídico: D. **Jorge Dupuis Pinillos**, Jefe encargado de la Sección Bienes, 4ª Categoría; D. **Abraham Abusleme Saquel**, 5ª Categoría; D. **Moisés Rosenberg Melnick**, 5ª Categoría; D. **Fernando Aranda Coddou**, 5ª Categoría; D. **Isabel Gundelach Faúndez**, 5ª Categoría; D. **Marcial Zegers Gandarillas**, 5ª Categoría; D. **Fernando Castro Castillo**, 5ª Categoría; y D. **Sergio Rosel Cowper**, 5ª Categoría.

N° 736.— **Legado instituido por D. Ercilia Díaz Peredo.** Ratificar la Resolución N° 1, de 9 de junio de 1957, del Delegado de los Servicios de Beneficencia y Asistencia Social de Curicó, en orden a aceptar el legado a favor de la H. Junta de Beneficencia y Asistencia Social de la localidad mencionada, impuesto por D. Ercilia Díaz Peredo en su testamento otorgado el 10 de febrero de 1956, ante el Notario del Departamento de Mataquito, señor Augusto Santelices Valenzuela.

El Departamento Jurídico propondrá a la Dirección General de Salud las medidas encaminadas al perfeccionamiento legal de esta *determinación*, y la Secretaría de la Corporación proyectará el Oficio de agradecimiento a la Sucesión de la señora Ercilia Díaz Peredo.

N° 738.— **Adquisición mejoras para instalación Postas en Futaleufú.** Adquirir en la suma de \$ 210.000, al contado, a D. Abelardo Blanco Alberich, las mejoras de su propiedad construidas en el pueblo de Futaleufú sobre terrenos del dominio fiscal. Las mejoras de que se trata consisten en una casa habitación de 10 x 9 metros, de un piso y medio, en madera, con 4 piezas en el primer piso, y en el segundo o medio piso capacidad para construir 3 piezas más; un galpón de 4 x 5 metros, de dos pisos, en madera; cercos y cierros en madera; pozo negro y pozo para extraer agua potable.

ACTA DE LA SESION N° 346, DE 20 DE DICIEMBRE DE 1957

Aprueba Presupuesto del Servicio para 1958

Vistos, la recomendación de la H. Comisión de Finanzas N° 743.— y Presupuestos de fecha 17 del actual y lo dispuesto en el Artículo 69, letra a) de la Ley 10.383, se acordó aprobar el siguiente Presupuesto del Servicio para el Ejercicio de 1958, ascendente a cincuenta y dos mil quinientos ochenta y tres millones setecientos cuarenta y ocho mil ochocientos sesenta y dos pesos (\$ 52.583.748.862):

E N T R A D A S

GRUPO A.— Subvenciones y Aportes.

A. 1 Subvención Fiscal conforme al Artículo 65º, letra c) de la Ley N° 10.383	23.290.000.000	
A. 2 Otras subvenciones fiscales	16.000.000	
A. 3 Aportes al Servicio:		
a) Del Servicio de Seguro Social, conforme a la letra b) del inciso 1º del Artículo 59	18.800.000.000	
b) De la Caja de la Marina Mercante Nacional	356.000.000	19.156.000.000
A. 4 Aportes Municipales	824.000	
A. 5 Subvenciones particulares	246.000	42.463.070.000

GRUPO B.— Rentas de Bienes Raíces y Valores Mobiliarios.

B. 1 Arriendos	138.019.571	
B. 2 Censos	718.638	
B. 3 Acciones y bonos	24.682.208	
B. 4 Intereses	3.794.894	167.215.311

GRUPO C.— Productos de Explotaciones.

C. 1 Explotación de fundos y otros predios agrícolas.		
a) Otros predios agrícolas	1.255.000	
b) Explotación de fundos	1.500.000.000	1.501.255.000

C. 2	Explotación de industrias.		
a)	De industria	2.152.963.000	
b)	De Pompas Fúnebres	588.000.000	2.740.963.000
		<hr/>	
C. 3	Productos de establecimientos		85.064.800
C. 4	Valor de otras ventas		416.596.800
			<hr/>
			4.743.879.600
GRUPO D.— Participaciones Legales.			
D. 1	Apuestas Mutuas		423.000.000
D. 3	Casino de Viña del Mar		400.000.000
D. 4	Lotería de Concepción		130.000.000
D. 5	Polla Chilena de Beneficencia		160.000.000
			<hr/>
			1.113.000.000
GRUPO E.— Prestación de Servicios.			
E. 1	Pensionados:		
a)	Hospitalización	548.772.000	
b)	Acompañantes	43.710.100	
c)	Extras	5.729.500	598.211.600
		<hr/>	
			96.963.000
E. 2	Derechos de Pabellón		
E. 3	Institutos científicos:		
a)	Rayos X	28.269.500	
b)	Radioterapia	4.987.000	
c)	Fisioterapia y Kinesioterapia		2.027.500
d)	Laboratorios	23.257.500	
e)	Anatomía Patológica	70.000	
f)	Diatermia	1.187.400	
g)	Otros	2.127.000	61.925.900
		<hr/>	
E. 4	Hospitalización de accidentados del trabajo		54.754.000
E. 5	Hospitalización de particulares en sala común		250.106.500
E. 6	Hospitalización de Ferroviarios, Fuerza de la Defensa Nacional, Carabineros e Instituciones Semifiscales en sala común		81.749.500
E. 7	Atenciones en policlínicas		172.208.000
E. 8	Atenciones domiciliares		5.225.000
E. 9	Venta de medicamentos		313.117.400

E. 10 Servicio de ambulancias		19.580.000	
E. 11 Otros servicios		2.243.312	
E. 12 Entradas de cementerios:			
a) Cementerios	450.070.682		
b) Venta terrenos cementerio	58.230.000	508.300.682	2.164.384.894

GRUPO F.— Entradas Varias.

F. 1 Herencias, legados y donaciones		3.686.100	
F. 3 Otras entradas		1.928.512.957	1.932.199.057
TOTAL			<u>52.583.748.862</u>

G A S T O S

GRUPO K.— Gastos del Personal
Capítulo I.— Sueldos y Sobresueldos Fijos.

K. 1 Sueldos Fijos

Personal Técnico	2.899.181.520	
Personal Administrativo	2.667.914.464	
Personal Auxiliar y de Servicio	3.569.089.644	9.136.185.628

K. 2 Sobresueldos Fijos

a) Por años de servicios:		
1. Remuneración por categoría personal afecto Ley 10.223 y goce de grado superior	460.095.439	
2. Pago de quinquenios personal afecto a Ley 10.223 sexenios y trienios	3.057.453.049	
b) Por residencia en ciertas zonas	420.078.435	
c) Por asignaciones del Artículo 11º de la Ley 10.223	548.859.078	
d) Por asig. familiar	2.412.378.727	
e) Por otros conceptos	5.582.217.740	12.481.082.468

Capítulo III.— Previsión Social

K. 5 Aporte patronal a las Cajas de Previsión		1.288.392.809	
---	--	---------------	--

Capítulo IV.— Gastos Variables del Personal.

K. 7 Reemplazos. Personal a contrata:			
a) Reemplazos	102.448.000		
b) Personal a contrata . .	583.335.640		
K. 8 Desahucios	300.000		
K. 9 Personal a jornal	1.192.561.100		
K. 10 Horas extraordinarias . .	187.370.000		
K. 11 Viáticos	55.861.000		
K. 13 Comisiones a vendedores y recaudadores . . .	13.074.000		
K. 14 Indemnizaciones, Traslados, Franquicias . . .	61.757.600		
K. 15 B e c a s. Perfeccionamiento del personal . .	107.430.000		
K. 16 Bienestar del personal	13.143.000	2.317.280.340	

Capítulo V.— Jubilaciones y Pensiones.

K. 17 Jubilaciones	24.207.675		
K. 18 Pensiones de Gracia . .	4.456.251		
K. 19 Montepíos	3.928.929	32.592.355	

Capítulo VI.— Subvenciones por Servicios Religiosos.

K. 20 A religiosas por prestación de servicios	55.560.000		
K. 21 A comunidades religiosas	388.680	55.948.680	25.311.432.780

GRUPO L.— Gastos Generales.

L. 1 Alimentación:			
a) De enfermos	2.507.880.000		
b) Del personal	461.698.000	2.969.578.000	
L. 3 Farmacia		2.329.085.000	
L. 4 Agua, luz y lumbre . .		1.178.455.800	
L. 5 Lavandería		425.678.000	
L. 6 Ropería		301.617.300	
L. 7 Aseo e higiene		130.295.800	

L. 8	Mantenimiento y conservación de medios de locomoción:		
a)	Combustible	198.700.000	
b)	Reparaciones	153.002.000	351.702.000
L. 9	Publicaciones, encuadernaciones, formularios, impresos y útiles de escritorio. Subscripciones. Fomento de Bibliotecas		305.847.000
L. 10	Movilización y pasajes. Traslado de enfermos:		
a)	Del personal	60.200.000	
b)	De enfermos	65.009.000	125.209.000
L. 11	Materias primas para explotaciones industriales o agrícolas:		
a)	Establecimientos	1.574.673.160	
b)	Gastos Pompas Fúnebres	588.000.000	
c)	Gastos explotación de fundos Gerencia Agrícola	1.500.000.000	3.662.673.160
L. 12	Franqueo, telegramas y teléfonos		76.577.000
L. 13	Colocación familiar. Atención maternal		216.548.000
L. 14	Gastos de enseñanza, gastos de educación sanitaria e investigación científica		49.320.000
L. 15	Remuneraciones a Consejeros		600.000
L. 16	Imprevistos		194.801.904
			12.317.897.964

GRUPO M.— Gastos de Bienes Muebles e Inmuebles.

M. 1	Construcciones	216.500.000
M. 2	Edificaciones menores	337.622.320
M. 3	Adquisición de muebles y útiles	427.242.000
M. 4	Adquisición de instrumental médico	135.677.000
M. 5	Reparación y conservación de edificios	862.322.480
M. 6	Reparación y conservación de muebles, útiles e instrumental	146.703.500

M. 7 Seguros de bienes, muebles e inmuebles. Contribuciones	48.287.438	
M. 8 Arriendos	55.278.563	2.229.633.301
GRUPO N.— Servicio de Obligaciones		
N. 1 Obligaciones e intereses:		
a) Varios	641.411.249	
b) Venta terrenos cementerios	58.230.000	
d) Aporte a Contraloría General y Superintendencia de Seguro Social	12.819.682	712.460.931
N. 2 Sufragios		100.046
N. 3 Subsidios		3.600.744.960
N. 4 Auxilios de lactancia:		
b) Alimentación Infantil	2.300.000.000	6.613.305.937
GRUPO O.— Aportes y Contribuciones.		
O. 2 Cumplimiento de planes de Salubridad de acuerdo con convenios internacionales	176.500.000	
O. 4 Otros	788.587.880	965.087.880
GRUPO P.— Imprevistos Generales.		
P. 1 Campañas Sanitarias	66.500.000	
P. 2 Auxilios extraordinarios	5.079.841.000	5.146.341.000
TOTAL		52.583.748.862

Las informaciones sobre diversos aspectos del Presupuesto de que se trata, se anexarán al Acta de la presente Sesión, y sin esperar su asenso se comunicará este Acuerdo, a fin de que el Departamento de Finanzas y Presupuestos proyecte de urgencia el decreto destinado a materializarlo.

Convenio de Prestaciones Médicas y Beneficios con Servicio de Seguro Social y Cía. de Acero del Pacífico S. A. (Isla Guarello)

Nº 746.— Autoriza a la Dirección General de Salud para suscribir el siguiente Convenio de Prestaciones Médicas y Beneficios con el Servicio de Seguro Social y la Compañía de Acero del Pacífico S. A. y, en conexión con su cláusula 16ª, fijar las fechas de iniciación y de término:

PRIMERO.— La Cía. se obliga a prestar los beneficios contemplados en la cláusula 2ª del presente convenio a todos los asegurados de la Ley 10.383, ya sea en calidad de obreros de la Compañía, de sus empleados o de cualesquiera otros patrones, a sus cónyuges, y a sus hijos comprendidos en el Art. 26º de la Ley Nº 10.383, siempre que éstos residan y trabajen en la Isla Guarello.

SEGUNDO.— Las personas a que se refiere la cláusula anterior tendrán derecho a recibir en la forma y condiciones que establecen la Ley 10.383, la Ley 6.174, sobre Medicina Preventiva en cuanto les afecte y los reglamentos correspondientes, las prestaciones médicas y dentales que en ella se establecen, las que se enumeran a continuación:

- a) Al examen sistemático y obligatorio de salud establecido en la Ley 6.174 y en su Reglamento Orgánico, en la forma y con la periodicidad que determine el Consejo del Servicio Nacional de Salud. Este examen será destinado a descubrir los estados iniciales de las enfermedades crónicas, en los individuos aparentemente sanos;
- b) Asistencia médica, que incluye tratamiento médico, quirúrgico y demás que el Servicio da a los asegurados;
- c) Atención dental, en la forma que determine el reglamento;
- d) Las aseguradas y las cónyuges de los asegurados, tendrán derecho, además, a las prestaciones médicas propias del embarazo, parto y puerperio. La madre que amamante a su hijo, tendrá derecho a recibir alimentos suplementarios en la forma que determine el reglamento. En el caso de la asegurada, el derecho a recibir alimentos suplementarios, sólo se hará efectivo en la séptima semana después del parto, y podrá ser sustituido por un auxilio de lactancia equivalente al 25% del monto bruto del subsidio establecido en el Art. 27º;
- e) Los hijos del asegurado comprendidos en el Art. 26º de la Ley 10.383, tendrán derecho a las siguientes prestaciones médicas:
 - 1) Desde el nacimiento hasta cumplir dos años de edad, atención médica, preventiva y curativa, que incluye tratamientos médico y quirúrgico gratuito en Consultorios Externos o en hospitalización en lugares de atención cerrada, según lo requiera el caso, así como los alimentos terapéuticos y suplementarios que necesite, en la forma que establece el reglamento.

- 2) Desde los dos hasta los quince años, atención médica que incluye tratamiento médico y quirúrgico gratuito en Consultorios Externos. Si requiere hospitalización, la Compañía podrá cobrar al asegurado una suma no superior al costo de la alimentación que se le proporcione.

TERCERO.— La Compañía queda obligada a atender a las personas señaladas en la cláusula 2ª del presente convenio, mientras cumplan las condiciones que en ellas se indican y mientras dure la enfermedad, siempre que ella se hubiere iniciado cuando el asegurado estaba al servicio de ésta y hubiese estado en tratamiento, hecho que certificará el médico de la Compañía que lo estuvo atendiendo.

Cuando un asegurado abandone la Compañía, por causa ajena a su voluntad, estando enfermo, los médicos del Servicio y de la Compañía, establecerán a cuál de los dos, corresponde la responsabilidad de seguir atendiéndolo, debiendo extender un documento en que se resumirá las razones en que se funda esta resolución dentro de un plazo de quince días a contar desde la fecha en que el asegurado dejó el trabajo. En el caso de que el asegurado se encontrara acogido a reposo preventivo, la Compañía no podrá poner fin a sus servicios hasta 12 meses después de haber sido dado de alta, declarándolo incapacitado para el trabajo a menos que, el despido se funde en alguna causal de caducidad de las contempladas en el Art. 9º del Código del Trabajo, reconocida por sentencia judicial firme. Para estos efectos se excluyen de las causales de caducidad del contrato, las señaladas en el inciso 4º del referido Art. 9º y lo dispuesto en el Art. 10º del Código del Trabajo. En ningún caso será causal bastante, la mera enfermedad del obrero o empleado que haya determinado la sujeción de éste al régimen de reposo preventivo.

Si el asegurado se negare a seguir tratamiento, o dejare voluntariamente de vivir en el campamento de la Compañía, cesará respecto de él toda obligación que este Convenio impone a la Compañía.

CUARTO.— La Compañía mantendrá las instalaciones, personal médico y hospitalario actualmente en funciones y no podrá modificar sus servicios actuales, para restringirlos, sino por acuerdo de las partes. Deberá instalar puestos de emergencia en los Campamentos que tengan más de 1.000 personas con derecho a atención.

QUINTO.— Estas prestaciones se harán en Consultorios Externos, en atenciones domiciliarias u hospitalización o lugares de atención cerradas según la naturaleza del caso, lo que será determinado por el Médico de la Compañía.

SEXTO.— En los casos de exámenes o de atenciones especializadas que ordene el Médico Jefe y que no pueda realizar la Compañía, se seguirán las siguientes normas: "La Compañía pagará el traslado del enfermo de ida y de regreso hasta el Establecimiento del Servicio a que haya sido destinado y pagará asimismo la atención médica que allí reciba según las tarifas vigentes para la atención a particulares en el citado establecimiento y, en caso de hospitalización, la de sala común. Esta obligación se extenderá hasta el vencimiento del plazo mencionado en la cláusula 3ª de este Convenio. El establecimiento del Servicio facturará mensualmente y cobrará directamente a la Compañía el valor de estas prestaciones.

SEPTIMO.— La Compañía se compromete a pagar a los asegurados a su cargo, todos los subsidios y auxilios en las condiciones que establecen la Ley 6.174 y la Ley 10.383, en los Arts. 27, 28, 29 y 32 y en los Reglamentos respectivos.

"Si el asegurado fuere hospitalizado, la Compañía podrá descontar a su favor del monto del subsidio, un 15% para cubrir el costo de su alimentación en el Hospital".

OCTAVO.— El beneficiario de subsidio puede ser declarado inválido en cualquier momento por la Comisión Mixta, formada por representantes del "Seguro" y del "Servicio". Para este efecto, cuando los Servicios Médicos de la Compañía estimaren inválido a un beneficiario de subsidio, deberán proceder a confeccionar la documentación necesaria para solicitar la declaración de invalidez a la Comisión Mixta referida.

Si la declaración de invalidez no se produjera dentro de las primeras 52 semanas de estar recibiendo el asegurado, subsidio, al término de ellas, será sometido a examen por el Médico o la Comisión que determinará el Médico Jefe de la Compañía para establecer si procede estimarlo inválido o si debe continuar en goce de subsidio. Si se estimare inválido, se elevarán los antecedentes a la Comisión Mixta indicada, en la misma forma señalada precedentemente.

Si se establece que el asegurado debe continuar gozando del subsidio, la prestación será prolongada hasta por 26 semanas más. Se exceptuarán los casos de enfermedades que según el reglamento tengan un curso prolongado y que permitan recuperación de más largo plazo, los que deberán ser sometidos a examen cada tres meses para establecer si continúan recibiendo subsidios o se acogen a pensión.

NOVENO.— La Compañía queda obligada a llevar las estadísticas de sus servicios médicos en la misma forma en que los lleva el "Seguro" y el "Servicio". Igualmente deberá usar las fichas clínicas y demás formularios vigentes en estos servicios. Para este efecto las mencionadas instituciones indicarán a la Compañía los formularios y reglamentación a que debe atenerse, notificándola oportunamente de cualquiera modificación que se produzca.

DECIMO.— Las prestaciones otorgadas por el presente convenio serán supervigiladas por el "Seguro" y por el "Servicio", quedando la Compañía obligada a someterse a las normas técnicas que se le impongan. Para estos efectos, el "Servicio" encargará al Médico Zonal de las inspecciones correspondientes, quien deberá entenderse con el Médico Jefe de la Compañía.

UNDECIMO.— El "Servicio" queda obligado a venderle al costo a la Compañía cuando ésta desee adquirirlos, los formularios de su uso y los medicamentos de su stock que sean productos del Laboratorio Chile, del Instituto Bacteriológico, o de cualquier otro Laboratorio que expenda productos al público y en conformidad a la Ley 10.383, se encuentren comprendidos en el "Servicio". Igual obligación adquiere el "Seguro" respecto a los formularios que tenga en uso.

DECIMO SEGUNDO.— En compensación de los servicios médicos señalados en las cláusulas precedentes el "Seguro" devolverá a la Compañía en el momento de la compra de las estampillas, con cargo a las cuotas que el "Seguro" le entrega al "Servicio" una suma igual al

4,19% de los salarios por los cuales ella impone en las oficinas y plantas que se indican en la cláusula primera. La Compañía quedará exenta del pago de la cifra de negocios en lo que se refiere a la inversión de la suma señalada precedentemente, en virtud de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo setenta y seis y artículo ochenta y uno, inciso primero de la Ley diez mil trescientos ochenta y tres.

DECIMO TERCERO.— La Compañía queda facultada para traspasar estampillas adquiridas por ella sólo a las personas que tengan calidad de patrones de los asegurados comprendidos en el presente convenio según la cláusula primera.

DECIMO CUARTO.— La Compañía se obliga a pagar a los familiares de un asegurado fallecido y por cuenta del "Seguro" las cuotas mortuorias que se deban en conformidad al artículo cuarenta de la Ley 10.383 y a los Reglamentos respectivos, las que serán del monto que el "Seguro" fija anualmente. Estas cuotas serán reembolsadas a la Compañía por el "Seguro". Para este efecto, la Compañía presentará al "Seguro" una planilla detallada de estos gastos y acompañada de toda documentación que la justifica, acto en el cual el "Seguro" efectuará el reembolso.

DECIMO QUINTO.— En el caso de producirse desacuerdo sobre el presente convenio, en cuanto a su alcance, interpretación o liquidación, las partes se comprometen a designar un árbitro arbitrador para que resuelva la cuestión controvertida sin ulterior recurso.

DECIMO SEXTO.— Se inicia la vigencia del presente convenio, el día y su término será el y se entenderá tácitamente renovado por el período de un año, si tres meses antes de cada uno de los vencimientos ninguna de las partes diera a la otra aviso por carta certificada que desea ponerle término. Sin embargo, si con posterioridad a la firma de este convenio entrare en vigencia alguna Ley o Decreto que en cualquier forma altere sus bases, queda la parte afectada en libertad de requerir en cualquier fecha su revisión o deshaucio, previo aviso por carta certificada con tres meses de anticipación. Igual derecho podrá ejercer la Compañía si el Servicio exigiere de ella aumento de personal, equipos o reformas en sus establecimientos de atención médica, cuyo costo fuere superior a sus disponibilidades para estos servicios. Este deshaucio podrá comprender todos o algunos de los campamentos y oficinas señaladas en la cláusula primera. En todo caso, las partes no podrán hacerse cargo por perjuicios reales o aparentes que les cause la terminación anticipada total o parcial del convenio ni podrá exigirse pago de indemnización alguna por este concepto.

DECIMO SEPTIMO.— Quedan caducados los convenios celebrados anteriormente.

DECIMO OCTAVO.— Para todos los efectos de este convenio las partes fijan su domicilio en la ciudad de Santiago.

Aprueba Reglamento para los Talleres Sanitarios del Servicio

Vistos el Informe del Departamento Jurídico, N° 706 de N° 748.— 30 de noviembre último, y lo dispuesto en el Artículo 69, letra f) de la Ley N° 10.383, se acordó aprobar el siguiente Reglamento para los Talleres Sanitarios del Servicio:

Párrafo I

Disposiciones generales y finalidades

Art. 1°.— Los Talleres Sanitarios son los servicios especializados encargados de ejecutar obras sanitarias de acuerdo con los programas de los Centros de Salud.

Art. 2°.— Los Talleres Sanitarios dependerán de la Jefatura del Centro de Salud cuando sirvan las necesidades de un solo Centro, pero en el caso de que estén al servicio de más de un Centro de Salud, tendrán la dependencia que el Director General les fije.

Art. 3°.— Los Talleres Sanitarios podrán desarrollar todas o algunas de las siguientes acciones, de acuerdo con los programas locales:

- a) Construir e instalar sistemas de abastecimiento de agua potable en zonas rurales;
- b) Construir e instalar sistemas de eliminación de aguas servidas en zonas rurales;
- c) Construir instalaciones domiciliarias de alcantarillado y agua potable en zonas urbanas que cuenten con redes públicas de agua potable y alcantarillado;
- d) Efectuar trabajos de desratización y desinsectación incluyendo tanto el mejoramiento de las viviendas para hacerlas a prueba de insectos y roedores como la eliminación directa de éstos;
- e) Efectuar obras de saneamiento de focos de insalubridad, tales como relleno sanitario de basurales;
- f) Prestar asesoría técnica a propietarios de escasos recursos para que construyan o mejoren sus viviendas;
- g) Efectuar reparaciones y ampliaciones en los edificios del Servicio, de acuerdo con lo establecido en la reglamentación interna.

Art. 4°.— Todas las construcciones, instalaciones y servicios ejecutados o prestados por Talleres Sanitarios deberán ser de tipo económico y en ellas se pretenderá alcanzar los niveles sanitarios mínimos que establezcan el Servicio en cada caso. En lo posible, ellas se efectuarán de acuerdo con los planes y especificaciones de tipo.

Art. 5°.— En general, todas las construcciones, instalaciones y prestación de servicios de los Talleres Sanitarios deberán ser pagados

al contado por los particulares o reparticiones del Servicio, beneficiadas con ellos. No obstante, en ciertos casos el Jefe Médico del cual depende el Taller podrá otorgar facilidades de pago y aún conceder gratuidades, de acuerdo con lo dispuesto en los Arts. 20º, 21º y 22º del presente Reglamento.

Párrafo II

De la estructura

Art. 6º— Los Talleres Sanitarios estarán a cargo y bajo la responsabilidad de un Jefe, Ingeniero o Constructor Civil.

Art. 7º— Podrán existir comités asesores del Jefe del Taller en los casos en que el Servicio desarrolle programas en colaboración con otras instituciones públicas o privadas. Estos comités serán presididos por el Jefe de Zona o su delegado.

Art. 8º— Para el cumplimiento de sus funciones, los Talleres Sanitarios podrán estructurarse en Secciones Técnicas, cada una de las cuales estará a cargo de un profesional o de un técnico que será responsable ante el Jefe del funcionamiento y rendimiento de su Sección.

Art. 9º— Existirá, además, una Sección Administrativa encargada del mantenimiento del stock de materias primas; de la recepción y despacho de materiales, de la facturación y cobranzas de las cuentas; de los pagos al personal, del cumplimiento de las Leyes sociales y tributarias, del registro de las operaciones y de todas las demás funciones administrativas que sean necesarias para el normal y adecuado desarrollo de los fines contemplados en el presente Reglamento.

Esta Sección estará encargada especialmente del estudio de los costos de las obras que proyecten y ejecuten los Talleres.

Párrafo III

Del Jefe de los Talleres Sanitarios

Art. 10º— El profesional Jefe de Talleres Sanitarios tendrá los siguientes deberes y atribuciones:

- a) Proponer a quien corresponda los nombramientos del personal técnico y administrativo;
- b) Celebrar contratos de trabajo con obreros, en conformidad al Código del Trabajo; y efectuar los desahucios correspondientes.
- c) Aplicar las normas administrativas y contables del Servicio en el Taller a su cargo;
- d) Preparar el presupuesto de gastos e ingresos para cada ejercicio anual y el plan de trabajo, de acuerdo con los programas de la Zona y de sus Centros de Salud;
- e) Mantener la disciplina, aplicando las disposiciones contempladas en el Estatuto Administrativo y las contenidas en el Código del Trabajo, según el caso.
- f) Celebrar los contratos necesarios para el cumplimiento de los programas de acuerdo con el presente Reglamento.

- g) Ordenar o proponer, según el caso, las compras de materias primas, herramientas, equipos y demás elementos de trabajo, de acuerdo con lo dispuesto en el presente Reglamento.
- h) Abrir y mantener en la sucursal de la localidad del Banco del Estado, las cuentas corrientes necesarias, previa autorización del Director General; endosar y enviar en cobranza las letras de cambio giradas a favor del Taller por particulares.
- i) Firmar, conjuntamente con el Jefe Administrativo del Taller, los cheques de pago.
- j) Rendir fianza y velar por que la rindan los funcionarios de su dependencia.
- k) Establecer los costos y proponer al Jefe Médico de quien dependan los Talleres, los precios de venta de las construcciones, instalaciones y prestaciones de servicios que ejecutan los Talleres, de acuerdo con las normas elaboradas por el Departamento de Higiene Ambiental.

PARRAFO IV

Del Capital y Financiamiento

Art. 11º— Del Capital.

Los Talleres Sanitarios contarán con el capital que se considere necesario para el desarrollo normal de sus actividades, el cual se formará de la siguiente manera:

- a) Con los bienes actuales o futuros destinados a este objeto.
- b) Con el aporte que el Consejo fije anualmente en el Presupuesto del Servicio.
- c) Con los aportes o donaciones de instituciones internacionales, nacionales o particulares.

Art. 12º— Del Financiamiento.

Los Talleres Sanitarios se financiarán, en su ejercicio anual:

- a) Con los fondos del Presupuesto del Servicio Nacional de Salud destinados a esta finalidad.
- b) Con los aportes de otras instituciones, destinados por leyes u obtenidos por convenio.
- c) Con las entradas propias del Taller.

PARRAFO V

De la ejecución de sus fines

A.— De las Adquisiciones.

Art. 13º— Los Talleres Sanitarios podrán efectuar sus adquisiciones por compra directa, por propuesta privada o por propuesta pública.

La petición de propuestas para los Talleres de la Zona de Santiago y demás Zonas que determine el Director General, se hará a través de la Central de Abastecimientos. La Comisión que verá las propuestas estará obligadamente integrada por el Jefe del Taller de Santiago.

En las demás Zonas, las peticiones de propuestas se harán a través de la Sección Adquisiciones de la Zona. Su resolución se hará previo informe escrito del Jefe del Taller correspondiente.

Art. 14.— La compra directa procederá en los siguientes casos:

- a) En las adquisiciones inferiores a la suma que fije anualmente el Director General, las que se harán previa petición de tres cotizaciones.
- b) En las adquisiciones de materiales que tienen precio oficial.

Art. 15º.— Las propuestas privadas procederán en los siguientes casos:

- a) En toda adquisición superior al límite establecido en la letra a) del Art. 14º, e inferior a la suma que anualmente fije el Director General.
- b) En casos calificados y previa autorización del Médico Jefe de Zona.

En esta clase de compra se requerirán, a lo menos, tres propuestas, las que se solicitarán a comerciantes mayoristas acreditados en el ramo.

Art. 16º.— Las propuestas públicas procederán en todas las adquisiciones superiores al límite establecido anualmente por el Director General, y en ellas se observarán las siguientes normas generales:

- a) El aviso de petición de propuestas públicas deberá insertarse en uno de los diarios de mayor circulación de la localidad en que esté ubicado el Taller y en un diario de gran circulación de Santiago, por tres veces en cada uno de ellos, mediando un lapso de diez días entre el último aviso y la fecha de apertura de la propuesta.
- b) En las bases de las propuestas públicas que se entregarán a todos los proponentes que lo soliciten, se establecerá que éstas deberán indicar características de los artículos, especificando marcas, sellos, etiquetas comerciales, envases, calidad y precios, así como lugar, plazo, forma de entrega y condiciones de pago, obligatoriedad de acompañar muestras en los casos en que sea necesario. Asimismo, se indicará el plazo de vigencia de la propuesta, el que en ningún caso será inferior a 30 días.
- c) Se estipulará claramente que el Servicio se reserva, sin derecho a reclamo de parte de los proponentes, la facultad de rechazar todas las propuestas, fraccionarlas o aceptar la que estime más conveniente.
- d) Se exigirá a los proponentes acompañar a su oferta una Boleta de Garantía o Vale-Vista por un porcentaje que se establecerá en cada caso y que no podrá ser inferior al 10% del valor de la propuesta.
- e) Las boletas de garantía o los "vale-vista" serán devueltos a los proponentes una vez finalizada la propuesta, salvo la del proponente favorecido.

- La boleta de garantía se hará efectiva en el caso que el proponente favorecido no cumpla con las condiciones del contrato.
- f) En un plazo de diez días, a partir de la fecha de apertura de las propuestas, el Jefe de Talleres presentará al organismo encargado de las adquisiciones el cuadro comparativo de las propuestas, acompañado de todos los antecedentes, y un informe detallado que facilite su resolución; dicho organismo deberá pronunciarse en un plazo no superior a diez días.
- g) Una vez aprobada la propuesta, se procederá a comunicar el resultado al proponente favorecido, acompañando la respectiva "Orden de Compra".

B.— De los presupuestos, precios de venta, facilidades de pago y gratuidades.

Art. 17º— Antes de efectuar cualquier trabajo a particulares, los Talleres Sanitarios deberán presentar un presupuesto, el cual deberá ser aceptado por escrito por el interesado, en un formulario de "Aceptación de Presupuestos".

Art. 18º— Los precios de venta de las distintas instalaciones y prestaciones de servicios de los Talleres Sanitarios, se establecerán agregando a los costos de producción un porcentaje a título de valor de reposición de las especies.

Este porcentaje será variable según el tipo de trabajo y los plazos que se concedan para su cancelación, pero en ningún caso podrá exceder del 15%.

Los precios de venta resultantes no podrán ser superiores a los que ofrezcan comerciantes, contratistas o constructores particulares, debidamente acreditados, por un trabajo similar.

Art. 19º— Los costos de producción deberán ser legítimos, debiendo incluir en ellos, además del costo directo, todos los gastos generales, amortización, etc., que procedan.

Art. 20º— Las facilidades de pago a que se refiere el Art. 5º serán fijadas por el Consejo Nacional para cada tipo de actividad. En el presupuesto de cada Taller, en calidad de fondos reembolsables, se consultarán las cantidades necesarias para financiar el ejercicio anual. En ningún caso podrán concederse plazos superiores a cinco años.

Art. 21º— Los deudores firmarán letras mensuales a favor de: Servicio Nacional de Salud. Taller Sanitario.

Art. 22º— El Jefe de la Zona o del Centro de Salud del cual dependa el Taller, podrá autorizarlo para ejecutar trabajos gratuitos a particulares sólo en los siguientes casos:

- a) Cuando los trabajos se efectúen con fondos donados por alguna institución nacional e internacional, siempre que ésta haya establecido la gratuidad como condición expresa de la donación.
- b) Cuando exista peligro de epidemia y siempre que el Consejo Nacional haya destinado los fondos necesarios.

- c) En el caso de propietarios indigentes, cuyas condiciones de vida signifiquen un peligro para la salud de sus vecinos. El estado de indigencia deberá ser acreditado por el Centro de Salud correspondiente.

C.— Del pago de la obra de mano.

Art. 23º— El pago de los obreros se efectuará en cada Taller estableciendo jornales diarios o tratos para los distintos tipos de trabajo.

Art. 24º— El sistema de pago a jornal se utilizará solamente en el caso de obreros que desempeñen faenas diversas e indeterminadas, en las cuales no sea práctico o posible el sistema de pago a trato.

Art. 25º— El pago a trato será el sistema normal de pago a los obreros. Para este efecto, el Jefe de Taller, al determinar los costos a que se refiere el Art. 19º, propondrá al Jefe que corresponda las listas de precios unitarios de obra de mano que se pagarán a los obreros por las distintas faenas que ejecuten los Talleres.

Art. 26º— Tanto los jornales como los tratos deberán corresponder a los precios que se paguen normalmente por las mismas faenas en la localidad en que están ubicados los Talleres, y no podrán alzarse más de una vez al año.

Art. 27º— La celebración de contratos de obra de mano se ajustará a las siguientes modalidades:

- a) El porcentaje que se fije a los contratistas por concepto de inspección técnica en el terreno, pruebas y recepciones, gastos generales, imprevistos, utilidad, intereses y amortización del capital invertido, será variable según el tipo de trabajo, pero en ningún caso podrá exceder del 30% del costo directo de la obra de mano.

Se entenderá por costo directo de obra de mano los precios unitarios de trato para obreros a que se refiere el Art. 25º, aumentado en lo que corresponde a las leyes sociales.

En ningún caso podrá concederse al contratista un porcentaje por los materiales que le entregue el Taller para la ejecución de las obras.

- b) El precio de venta que resulte con el sistema de contratistas no podrá ser superior al que correspondería si se ejecuta la obra por administración, calculado según el Art. 18º del presente Reglamento.

Art. 28º— Los contratistas deberán cumplir los siguientes requisitos, de los cuales quedará constancia en el contrato respectivo:

- a) Comprobar su idoneidad técnica, ya sea por su título profesional o acreditando una práctica no inferior a cinco años en la especialidad de que se trate.
- b) Estar inscrito como contratista en la Repartición Técnica correspondiente, cuando se trate de trabajos en que exista este requisito.

- c) Presentar una boleta de garantía por los materiales del Servicio que se le entregan y para garantizar el cumplimiento de las leyes sociales, cuyo monto no podrá ser inferior al 25% del promedio mensual de sus estados de pago, con un mínimo que fije el Director General.
- d) Presentar una Póliza contra Accidentes del Trabajo a favor de sus obreros.
- e) Aceptar las condiciones de pago, plazos de entrega y multas por atrasos, que establezcan los Talleres.
- f) Si las obras contratadas tienen un plazo de entrega inferior a 45 días, el contratista presentará un solo estado de pago, una vez terminadas y recibidas conforme dichas obras.
- g) Aceptar los porcentajes establecidos por los Talleres para los distintos tipos de trabajos.
- h) Garantizar una adecuada inspección técnica y supervigilancia de los trabajos contratados.

La Sub-Dirección General adoptará las providencias que permitan el perfeccionamiento de este Acuerdo en conformidad a las normas vigentes.

ACTA DE LA SESION N° 347, DE 8 DE ENERO DE 1958

N° 5.— Destino utilidades fondos administrados por la Gerencia Agrícola.

Dejar constancia en Acta de haber tomado conocimiento de los Oficios de la Gerencia Agrícola y del Departamento de Finanzas y Presupuestos, N°s. 17-C/54 y 5776, de 17 y 6 de diciembre de 1957, señalando que las utilidades de los fondos administrados directamente por el Servicio se han destinado a mejoras, construcciones, adquisición de maquinarias y dotación de ganado vacuno y lanar, en conformidad al Decreto Supremo del Ministerio de Salud Pública y Previsión Social, N° 1137, de 11 de junio de 1953, en la cuenta Depósitos de la Dirección General de Salud, se encuentra contabilizada la suma de \$ 2.348.224.37, correspondiente a saldos de utilidades de los mismos predios durante los años 1946/48, cuando estaban a cargo del ex Consorcio de Administraciones Agrícolas.

N° 7.— Designaciones, Encomienda funciones y Contratos.

Designar a los funcionarios que se mencionan para que desempeñen en propiedad los cargos que se señalan, a contar desde las fechas que se especifican: Oficial Administrativo, 7ª Categoría, de la Central de Talleres, a contar desde el 1º de mayo de 1957, a D. **Octavio Torres Cartagena**; Ingeniero, 6ª Categoría, de la Jefatura de la II Zona de Salud, a contar desde el 16 de noviembre de 1957, a D. **Eduardo Campusano Ravenna**; Jefe del Departamento del Personal de la Dirección General de Salud, 4ª Categoría, a contar desde el 18 de noviembre de 1957, a D. **Raúl Pepper Castellón**; Sub-Jefe del Departamento del Personal de la Dirección General de Salud, 5ª Categoría, a contar desde el 18 de noviembre de 1957, a D. **Alejandro Antonucci Montañez**; Jefe de la Sección Registro del Departamento del Personal de la Dirección General de Salud, Grado 2º, a contar desde el 18 de noviembre de 1957, a D. **Mario Guzmán Matta**.

Encomendar las funciones que se enumeran, sin perjuicio de sus propias obligaciones ni derecho a mayor remuneración, a contar desde las fechas que se señalan, a los siguientes funcionarios: Director del Hospital de Emergencia, desde el 2 de noviembre y hasta el 31 de diciembre de 1957, al Dr. **Juan Riquelme Vargas**, Médico con 6 horas, Grado 2º, Rol 339 M., del Hospital San Juan de Dios de Santiago, en mérito a que el titular usó de su feriado legal durante el período señalado; Director del Hospicio de Talca, a contar desde la fecha de la presente Sesión, a D. **Jorge Alvear Riquelme**, Médico de Medicina Interna, con 6 horas, Grado 4º, Rol 32 M., del Hospital de la misma localidad; Director del Cementerio de Talca, a contar desde la fecha de la presente Sesión, a D. **Alfonso Medina Araneda**, Oficial Grado 3º, de la Jefatura de la XI Zona de Salud.

Contratar a las personas que se mencionan para que desempeñen los cargos que se señalan, a contar desde las fechas que se indican: D. **Wenceslao Vivanco Marre**, con 6ª Categoría, a contar desde el 1º de enero y hasta el 30 de junio de 1958, a fin de que asesore a la Dirección General de Salud en los programas de habilitación, normalización, montaje, instalación, reparación, funcionamiento y racionalización de las lavanderías del Servicio; a D. **Silfo Cuevas Rodríguez**, como Auxiliar Técnico, Grado 2º, de la Jefatura de la III Zona de Salud, desde el 1º de enero y hasta el 31 de diciembre del presente año.

TECNICOS.— Jefatura II Zona de Salud, Grado 1º: D. **Salomón Yapor Guerrero**; Grado 2º: D. **Waldo Sergio Bustos de la Fuente**; Jefatura V Zona de Salud: D. **Pedro Ovidio Muñoz Ramírez**; Jefatura VI Zona de Salud: D. **Carlos Dionisio Pérez Izarzugaza**, D. **Belisario Stolle Díaz**; Jefatura XIV Zona de Salud: D. **Juan Cárdenas Vera**; Constructores Civiles, Grado 2º, Jefatura V Zona de Salud: D. **Sergio Edgardo González Muñoz**; Jefatura VI Zona de Salud: D. **Servando Hernán Morales Carrasco**; Químicos Industriales: Grado 2º, Jefatura VI Zona de Salud, D. **José Antonio Araya Moya**.

Nº 9.— Cancelación gastos funerales. Autorizar a la Dirección General mencionada para cancelar a la Empresa de Pompas Fúnebres "La San Francisco", con cargo al Item Nº 5 de su Presupuesto vigente; previa inclusión del compromiso entre las Obligaciones por Cumplir del Balance al 31 de diciembre de 1957; Item L. 16, la suma de \$ 39.200, correspondiente al valor de los funerales de Sor Victoria Jacome Latorre, fallecida el 18 de noviembre del año último, después de prestar servicios durante 21 años en el Hospicio de Santiago.

Nº 11.— Designa HH. Consejeros integrarán la Junta Calificadora.

de la Planta B. del Servicio.

Confirmar la designación de los HH. Consejeros señores Alfredo Espinoza Contreras, René García Valenzuela y José Manuel Jiménez San Juan, para que integren la Junta Calificadora del Personal

Reglamento para Programas Cooperativos de Salud

Nº 16.— Aprueba con salvedades se especifican Reglamento para Programas Cooperativos de Salud.

Aprobar el siguiente **Reglamento para Programas Cooperativos de Salud**, con las salvedades de facultar al Director General de Salud para redactar los Párrafos N°s. 1.5 y 1.6 sobre Funciones del Consejo Directivo, y 2.3 relativo al Comité Ejecutivo, en condiciones que contemplen los preceptos de la Ley N° 10.383, que entregan en sus Artículos 68 y 69, letra c) la dirección superior del Servicio Nacional de Salud al Director General y al H. Consejo la designación y remoción del Personal Administrativo de los dos primeros grados de la Planta de Empleos, respectivamente; y desglosar de su texto todo el capítulo referente a la Contabilidad, por contener normas sujetas a modificaciones en relación con los sistemas que el Servicio ha implantado o estime conveniente introducir en el futuro y corresponder su instauración a una facultad propia del Director General de Salud:

1.—Consejo Directivo.

Funciones

- 1.1 Estudiar y aprobar los programas de trabajo sometidos a su consideración por los organismos correspondientes.
- 1.2 Conocer de los recursos de que anualmente dispondrán los Proyectos.
- 1.3 Distribuir los Presupuestos de acuerdo con los programas que se aprueben.
- 1.4 Velar por la eficiente administración y ejecución de los programas, manteniéndose informado permanentemente sobre el desarrollo de éstos.
- 1.5 Resolver en último término los problemas que surjan en la ejecución de los programas.
- 1.6 Representar por intermedio de los organismos correspondientes ante los Gobiernos que han suscrito los Programas, la conveniencia de mantener o aumentar los recursos necesarios para extender los programas o acordar otros.
- 1.7 Mantener relaciones regulares con los Proyectos y delegar su representación en alguno de sus miembros cuando lo estime conveniente.
- 1.8 Delegar en algunos de sus miembros las atribuciones que estime conveniente.
- 1.9 Fijar las normas de Contabilidad para el manejo de los Fondos Cooperativos, de acuerdo con los sistemas en uso, y establecer la política de adquisiciones.
- 1.10 Fijar las atribuciones y obligaciones del Comité Ejecutivo.
- 1.11 Adoptar todas las medidas tendientes a facilitar la buena marcha de los programas.

Presidirá este Consejo el Sub-Director General del Servicio Nacional de Salud, y actuará como Secretario el Inspector Médico Coordinador.

El presidente convocará a reuniones extraordinarias cuando lo estime necesario o a solicitud de alguno de sus miembros. En cada reunión se fijará la sede, día y hora, de la próxima sesión.

2.— Comité Ejecutivo.

- 2.1 Llevar a la práctica las resoluciones del Consejo Directivo.
- 2.2 Supervigilar el funcionamiento de la Oficina Central de los Programas.
- 2.3 Proponer al Director General de Salud la designación del Jefe de la Oficina Central de los Programas.
- 2.4 Informar oportunamente a los Jefes de Proyectos de los recursos de que dispondrán anualmente.
- 2.5 Procurar la Asesoría Técnica, nacional e internacional, a petición de los Jefes de Proyectos o cuando así lo estime conveniente.
- 2.6 Coordinar la acción de los asesores y reunirlos cuando lo estime necesario o lo solicite uno de ellos.
- 2.7 Coordinar la utilización de los recursos comunes para los diferentes proyectos.
- 2.8 Proponer a las autoridades correspondientes todas las medidas que fueren necesarias para la buena marcha de los Programas.
- 2.9 Someter al Consejo Directivo un informe mensual sobre la marcha de los programas, a base de las informaciones que deban presentar los Jefes de Zona y de Departamento.
- 2.10 Adoptar todas las medidas convenientes para asegurar el mejor desarrollo de los Programas.
- 2.11 Otras funciones y atribuciones que le fije el Consejo Directivo.

Este Comité será presidido por el Sub-Director Normativo, y se reunirá a lo menos una vez al mes. Podrá reunirse extraordinariamente a solicitud de cualquiera de sus miembros.

El Inspector Médico Coordinador desempeñará las funciones de Secretario Ejecutivo del Comité y, en tal carácter, presidirá las sesiones del Consejo Inter-Zonal y será el Relacionador de los Programas Cooperativos de Salud.

3.— Consejo Inter-Zonal.

Funciones

- 3.1 Estudiar, modificar, cuando sea necesario, y proponer al Consejo Directivo los programas y presupuestos elaborados por los Jefes de Proyectos.
- 3.2 Revisar los programas en ejecución, cuando sea necesario.

En cada reunión, el Consejo fijará la sede, día y hora de la próxima sesión. En su primera reunión designará un Secretario de entre el personal del Servicio Nacional de Salud.

4.— Jefes de Zona.

Funciones

- 4.1 Analizar los problemas de la zona y formular los programas de trabajo y presupuestos al Consejo Inter-Zonal.
- 4.2 Supervisar, evaluar y responsabilizarse de la ejecución de los programas de su jurisdicción.

- 4.3 Preparar los informes mensuales y estados presupuestarios sobre la base de la información recibida de los Jefes de Centros de Salud, Asesores Técnicos y Contabilidad Zonal, remitiéndolas oportunamente al Comité Ejecutivo.
 - 4.4 Formular al Comité Ejecutivo, solicitudes de asesoría, de personal, y toda otra representación necesaria.
 - 4.5 Participar activamente en el Consejo Inter-Zonal.
- 5.— **Jefe del Centro de Salud.**

Funciones

- 5.1 Ejecutar en el área señalada en su Centro los Programas aprobados.
 - 5.2 Informar mensualmente al Jefe de Zona sobre el desarrollo de los Programas, de acuerdo con las instrucciones que se imparten al respecto.
 - 5.3 Representar al Jefe de la Zona sus necesidades y problemas, y en general todo lo relacionado con la marcha de sus programas.
 - 5.4 Participar activamente en el Consejo Inter-Zonal.
- 6.— **Asesoría Técnica.**
- 6.1 El Servicio Nacional de Salud y el Instituto de Asuntos Interamericanos proporcionarán asesoría técnica suficiente y oportuna para la elaboración, desarrollo y evaluación de los programas.
 - 6.2 Los Asesores Técnicos nacionales e internacionales tendrán todas las atribuciones, deberes y responsabilidades que les señalen las Instituciones a que pertenecen.
 - 6.3 Su actuación en el terreno se circunscribirá a asesorar a los Jefes responsables en las materias de su especialidad y en ningún modo asumirán funciones ejecutivas.

A.— De la Oficina Central

- 1.— Del Comité Ejecutivo dependerán directamente las Oficinas ubicadas en Santiago, que tomarán el nombre de "Oficina Central de los Programas Cooperativos de Salud".
- 2.— Actuará como Jefe de esta Oficina, un representante del Servicio Nacional de Salud, propuesto por el Comité Ejecutivo. Será asesorado por un funcionario designado por el Instituto de Asuntos Interamericanos.
- 3.— Este Jefe será responsable de la buena marcha de la Oficina. Podrá proponer al Comité Ejecutivo la adopción de las medidas que estime necesarias para tal objeto.
- 4.— Serán funciones principales de esta Oficina:
 - a) Dar el trámite correspondiente a las inversiones que se hayan consultado en los diversos Programas Cooperativos de Salud.
 - b) Velar por que los Fondos Cooperativos se inviertan en la forma programada.
 - c) Proponer el presupuesto anual necesario para el desarrollo de las actividades de la Oficina.
 - d) Adoptar todas las medidas tendientes a facilitar el desarrollo de los Programas.

5.— Para el desarrollo de sus actividades, esta Oficina contará con las siguientes Secciones:

- a) Secretaría (Oficina de Partes, Personal y Movilización).
- b) Contabilidad.
- c) Aprovisionamiento.

C.— De los Proyectos

Art. 10º—

Presupuestos.

- a) Los Jefes de Proyectos recibirán por intermedio del Depto. de Contabilidad de la Oficina Central de Programas, la comunicación oficial del presupuesto que se le asigna para operar de acuerdo con las disposiciones específicas de los Convenios Generales del Servicio.
- b) Las cantidades asignadas primitivamente a cada Proyecto, en ningún caso podrán ser rebajadas o aumentadas, salvo convenios anexos o especiales que lo autoricen. En todo caso, este cambio deberá ser comunicado directamente por la Oficina Central de Programas.

Art. 11º—

Avances.

Los Jefes de Proyectos podrán obtener de la Oficina Central, si las necesidades del Servicio lo requieren, un avance para atender los gastos menores de urgencia, por los cuales se rendirá cuenta documentada. El monto será fijado por el Comité Ejecutivo.

Art. 12º—

Entradas.

El Taller Sanitario de Chillán dispondrá en su Presupuesto, de los fondos necesarios para fabricar las letrinas y otros artículos contemplados en su respectivo programa.

Los Centros de Salud adquirirán directamente al Taller Sanitario las letrinas que necesiten para el desarrollo de sus programas. Pagarán al Taller el costo de los materiales únicamente.

Art. 13º—

Los Centros de Salud venderán al público estas letrinas con un 25% de recargo, pudiendo otorgar las facilidades de pago que crean convenientes, pero que en ningún caso deben ser mayores de 10 meses.

La diferencia de precio servirá a los Centros de Salud para financiar las instalaciones que deben hacer a título gratuito o a precios rebajados, según las circunstancias.

Las entradas que perciban los Centros de Salud por concepto de venta de letrinas y otros artículos que a su vez debe adquirir al Taller Sanitario, ingresarán a una cuenta especial y serán destinadas exclusivamente al pago de estas obligaciones.

Los fondos que el Taller Sanitario recibe por este concepto serán destinados a financiar nuevos planes de trabajo por acuerdo del Consejo Directivo.

En su informe mensual, los Jefes de Centro de Salud deberán consignar detalladamente el estado de los ingresos y gastos que se originen por este concepto.

Art. 14º—

Mensualmente los Jefes de Proyecto enviarán a la Contabilidad Central, un certificado expedido por el Banco, acompañado de la reconciliación del mismo, para confrontar los saldos de las Ctas. Ctes. abiertas a nombre de "Programas Cooperativos de Salud".

Art. 15º—

Podrán obtenerse para los Proyectos, aportes de terceras partes, ya sea de entidades públicas o privadas, pero siempre que éstos sean con el fin de contribuir en el plan de trabajo que se determine en cada Proyecto, de acuerdo con los Convenios Generales del Servicio. Los aportes serán aprobados por el Comité Ejecutivo.

Las normas de contabilidad y uso de estos fondos, los propondrá la Oficina Central de Programas al Consejo Directivo.

De los Gastos.

Art. 16º—

Los jefes de Proyectos podrán efectuar gastos menores cuyo monto será fijado por el Comité Ejecutivo. Para gastos superiores a esta suma y hasta por la suma fijada por el Comité Ejecutivo, deberá girarse Orden de Compra, de acuerdo a las normas de la Sección Aprobamiento del presente Reglamento.

Art. 17º—

Los proyectos que tengan gastos por concepto de manutención del personal, se les asignará un Avance de acuerdo a las necesidades del Plan de Trabajo. Por este concepto se rendirá cuenta documentada por separado.

Art. 18º—

Las rendiciones de cuentas por "Gastos Menores" se harán a lo menos 2 veces al mes y en ningún caso podrá exceder su total a la cantidad asignada como avance al Proyecto.

Art. 19º—

Los Proyectos que estén autorizados para girar Ordenes de Compra y hacer pagos locales contra Cta. Cte. abierta en el Banco del Estado de Chile a nombre de Programas Cooperativos de Salud, deberán enviar "Detalles de Pagos" efectuados con cheques, a lo menos 2 veces al mes, donde se detallarán el Nº del cheque, su valor, nombre a quien se giró, imputación de gasto y número del Comprobante.

Art. 20º—

Para obtener efectivo en los Proyectos que dispongan de Cta. Cte. en el Banco, el Jefe correspondiente girará un cheque por el total de la planilla de Rendición de Cuentas y lo incluirá en el "Detalle de Pagos" efectuados con cheques, al igual que un pago cualquiera e insertará el motivo de su giro: "Caja Chica".

Art. 21º—

Los gastos que se efectúen serán única y exclusivamente para atender necesidades de acuerdo a las labores específicas detalladas dentro del plan de trabajo de cada Proyecto, y la documentación deberá mantenerse totalmente separada a la de los servicios que no pertenezcan al Proyecto.

Art. 22º—

La Oficina Central, por intermedio de los Proyectos o directamente, podrá contratar servicios con alguna dependencia del S. N. S. y los cancelará en igual forma que al comercio, es decir, previa presentación de factura debidamente autorizada y siempre que haya cumplido con las normas de adquisiciones.

Control de Presupuesto**Art. 23º—**

Para los efectos que el Jefe de Proyecto lleve el control de su presupuesto, se llevará un libro denominado "Mayor de Asignaciones" o Libro de Presupuesto.

Art. 24º—

El funcionamiento del Libro Mayor de Asignaciones o Libro de Presupuesto, estará sujeto a las disposiciones establecidas en los Arts. N°s. 3, 4, 5, 7 y 8 del presente Reglamento.

D.— De los Inventarios**Art. 25º—**

El control de la existencia de los bienes muebles de "Programas Cooperativos de Salud" será llevado por la Oficina de Inventarios, dependiente de la Sección Contabilidad.

Art. 26º—

La existencia de cada artículo, equipo o juego de especies, será registrada en una tarjeta especial que se denominará "Tarjeta de Existencia".

Art. 27º—

El inventario de cada Proyecto se llevará por separado, y los datos para su mantenimiento serán proporcionados por la Sección Contabilidad.

Art. 28º—

Los movimientos de altas, bajas y traslados se harán mensualmente, y los saldos de existencias deberán corresponder a los que arroje la documentación de Contabilidad.

Art. 29º—

Sin perjuicio de las Tarjetas de Existencia, deberán confeccionarse los inventarios por proyectos en los formularios en uso en el Servicio Nacional de Salud (Planillas murales).

En estos formularios se confeccionarán los inventarios por dependencias (Oficinas, Salas, Talleres, Bodegas, etc.); sin embargo, en aquellos proyectos que ello no sea posible hacer, se harán por el cargo general.

Un ejemplar de estos inventarios se guardará en la Oficina a cargo de ellos, otro en la Sección Contabilidad de la Oficina Central, y otro será colocado en cada dependencia, en los marcos confeccionados ad-hoc y en uso en la Administración Pública.

En la confección de los inventarios, las especies se clasificarán en: a) Muebles para Oficina; b) Muebles para Técnicos, Útiles para Oficina, Útiles para Técnicos, Maquinarias y Equipos Especiales Técnicos, Herramientas, Varios, y Vehículos Motorizados.

Art. 30º—

Para clasificar los bienes de equipo (Item 09) se tendrán en consideración los siguientes factores: Costo de Adquisición, Durabilidad, Recuperación.

Art. 31º—

Se inventariarán todos los bienes muebles adquiridos con cargo al Item 09 (Equipo); pero en lo que corresponda al stock de Bodega (Proyecto 65) también se llevará inventario del Item 08.

Art. 32º—

Cada proyecto, al igual que la Oficina de Inventarios, deberá llevar un tarjetero de las existencias del cargo 09 y, además, otro de control de materiales (Item 08).

Art. 33º—

Para efectuar los movimientos de altas, bajas y traslados, se usarán los formularios que determine la Oficina Central, de acuerdo con las modalidades propias de este Servicio.

Art. 34º—

Para proceder a la baja de especies, regirán las siguientes normas: Una comisión formada por el Jefe de Contabilidad, Jefe de Inventario y Jefe de Aprovisionamiento, verificará el mal estado de las especies a dar de baja, levantando un Acta.

Art. 35º—

El Jefe de Proyecto enviará a la Bodega Central el equipo que estime necesario darle de baja o que no sea de utilidad en el Proyecto.

Art. 36º—

El control de los Inventarios lo ejercerá el encargado de la Oficina de Inventarios, bajo la responsabilidad del Jefe de la Sección Contabilidad.

Art. 37º—

El control físico de las existencias se efectuará al 31 de diciembre, y los Proyectos deberán enviar la relación a más tardar el 15 de enero, en la forma que lo determine la Oficina Central.

Art. 38º—

Los problemas que se presenten para el correcto desenvolvimiento de control y funcionamiento de la Oficina de Inventario, serán estudiados por el Jefe de Contabilidad a Inventario, los que deberán hacer, cuando corresponda, la proposición del caso a la Jefatura de la Oficina Central para su resolución.

E.— Aprovevisionamiento.**Art. 39º—**

La Sección Aprovevisionamiento tendrá a su cargo las adquisiciones de toda especie que realicen los Programas Cooperativos de Salud, y actuará en base a pedidos autorizados por los Jefes de Proyectos o de la Oficina Central. En provincias, el Jefe de Proyecto queda facultado para hacer adquisiciones directas en la localidad hasta por la suma que fije el Comité Ejecutivo, siempre que se trate de compras de emergencia justificadas.

Art. 40º—

A la Sección Aprovevisionamiento le corresponde solicitar las propuestas o cotizaciones respectivas, y será responsable de que se haya consultado a los productores del artículo o a las principales casas comerciales que tengan existencia del material solicitado. En lo posible, se aprovecharán los servicios de la Central de Abastecimiento del Servicio Nacional de Salud.

Art. 41º—

Sección Aprovevisionamiento se ceñirá al siguiente procedimiento para la extensión de Ordenes de Compra:

- a) El Comité Ejecutivo fijará el monto por los cuales se podrán emitir Ordenes de Compra sin necesidad de ofertas, con un mínimo de tres cotizaciones y por propuestas cerradas. Las propuestas cerradas serán abiertas en lugar y hora consignado en las mismas, ante el Comité de Adquisiciones, que estará integrado por un miembro de la Oficina Central y el Jefe de la Sección Aprovevisionamiento, pudiendo concurrir también el Jefe del Proyecto solicitante, además de los oponentes que lo deseen.

- b) La mercadería de producción monopólica o que se encuentre sujeta a precios oficiales, aunque la operación signifique un gasto superior al monto fijado para propuestas cerradas, se hará directamente a los fabricantes o distribuidores autorizados, sin el procedimiento de oferta previa. En nota inserta en la Orden de Compra se consignará la explicación precedente.
- c) Se seguirá igual procedimiento al indicado en el inciso anterior para las adquisiciones que por su especificación en el Pedido determine: marca, modelo, tipo o condición que los particularice cuando la compra se haga a los fabricantes, representantes de los productores o a distribuidores exclusivos. El mismo procedimiento se seguirá para el pago de servicios especializados.
- d) Si por cualquier motivo no pudiera darse cumplimiento a estas exigencias, Sección Aprovevisionamiento requerirá el Vº Bº de la Oficina Central en la respectiva Orden de Compra.

Art. 42º—

Sección Aprovevisionamiento tendrá el control y entrega de las mercaderías en stock y en custodia depositadas en la Bodega Central.

Asimismo, tendrá bajo su control todo material o equipo adquirido, hasta el momento de su entrega al Proyecto de destino.

Bodega Central

Art. 43º—

Dependiendo de la Sección Aprovevisionamiento, funcionará una Bodega Central, que será la oficina en que se centralizarán las recepciones, custodia y entrega de materiales para los diversos Proyectos.

Art. 44º—

Deberá llevar tarjeteros de existencias separados por Proyectos, en los cuales conste la descripción, cantidad y ubicación de toda mercadería existente en Bodega. Será preocupación preferente de los funcionarios de Bodega, mantener esta información al día.

Art. 45º—

Es responsabilidad de Bodega Central, mantener el nivel de stock máximo y mínimo de los materiales que determine la Oficina Central, para lo cual formulará oportunamente los Pedidos que correspondan.

Art. 46º—

Bodega Central deberá tener los elementos, instalaciones y equipos necesarios para la correcta, expedita y oportuna recepción, revisión, control, mantención y entrega de las existencias.

F.— Movilización.

Art. 47º—

La Sección Movilización tendrá por misión el control y conservación de los vehículos motorizados de los Programas Cooperativos de Salud y velará por el cumplimiento de las siguientes disposiciones.

Art. 48º—

Los vehículos de "Programas" son para uso exclusivo de actos del Servicio, y en ningún caso para funciones de carácter particular.

Art. 49º—

La velocidad observada por los vehículos de Programas será la establecida por las Disposiciones del Tránsito.

Art. 50º—

Los vehículos deben guardarse exclusivamente en los garages o locales autorizados.

Art. 51º—

Sólo podrán conducir estos vehículos los funcionarios que sean expresamente encargados para esta función.

Art. 52º—

En caso de accidente de cualquier naturaleza, la Sección Movilización o el Jefe del Proyecto respectivo, iniciará de inmediato un sumario que determine responsabilidad del accidente y cuantía de los daños, procurando obtener fotografías en el lugar mismo del suceso, y de cuyo resultado será informada oportunamente la Oficina Central.

Art. 53º—

Todo vehículo de "Programas" llevará claramente, y en forma exclusiva, de preferencia en ambas puertas delanteras, el siguiente rótulo:

PROGRAMAS COOPERATIVOS DE SALUD

Servicio Nacional de Salud

Instituto de Asuntos Interamericanos

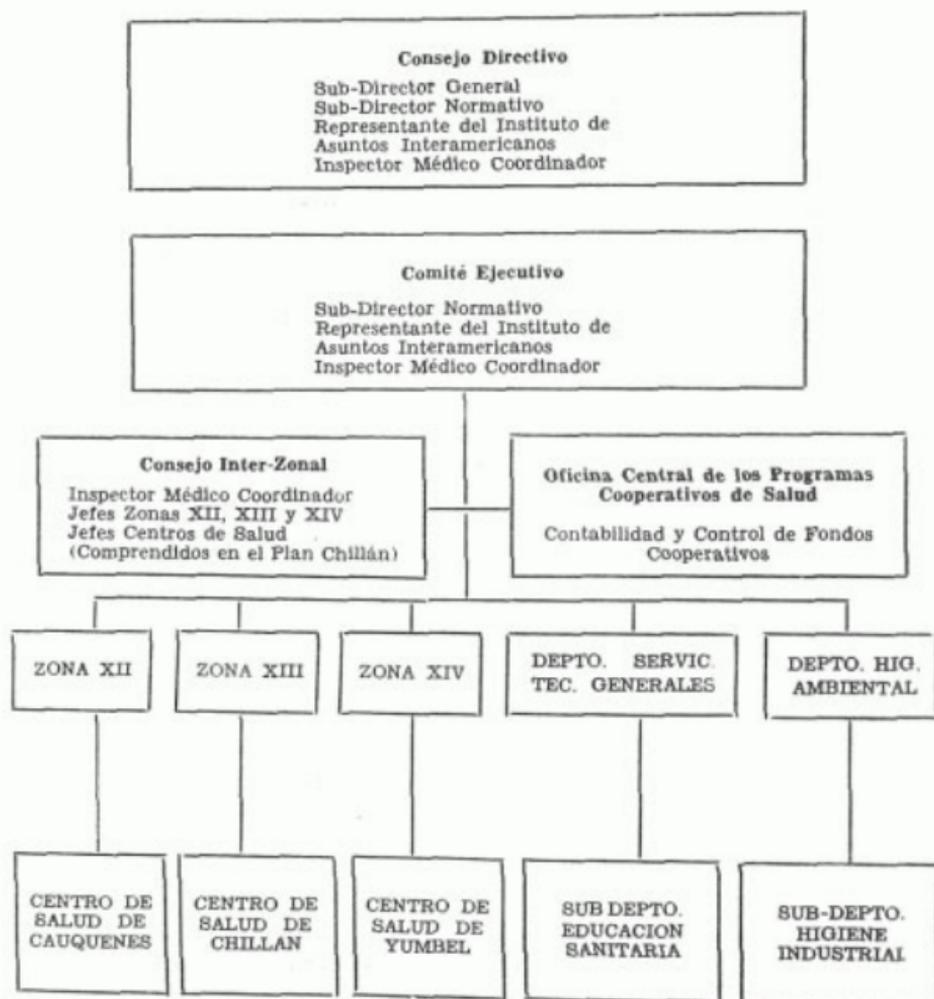
Art. 54º—

La Sección de Movilización procurará la obtención de los equipos, materiales y repuestos necesarios para el buen mantenimiento de los vehículos.

Art. 55º—

Los vehículos de "Programas" asignados a Proyectos se usarán exclusivamente en actividades propias a la labor que desarrollan dichos Proyectos.

ESQUEMA DE ORGANIZACION DE LOS PROGRAMAS COOPERATIVOS DE SALUD EN CHILE



- 1.— Tanto los Jefes de Zona como los de Departamentos, podrán integrar el Consejo Directivo cuando éste así lo determine.
- 2.— La Asesoría Técnica, tanto nacional como internacional, podrá ejercerse en todos los niveles, según se solicite.

Nº 20.— Designa Comisión proponga procedimiento nombrar Profesores de la Facultad de Medicina como Jefes de Servicios en Establecimientos del Servicio.

que permita una solución sobre la base de las ideas expuestas durante el debate.

Vistos los antecedentes, se acordó designar a los señores miembros del Consejo Nacional de Salud que representan a la Facultad de Medicina y al Colegio Médico de Chile para que, en conjunto con el Director General de Salud y presididos por éste, estudien todos los aspectos de esta materia y recomienden la fórmula

ACTA DE LA SESION Nº 348 DE 15 DE ENERO DE 1958.

Nº 22.— Decreto Supremo sobre fijación Asignaciones de Responsabilidad y Estímulo a profesionales funcionarios que trabajan en el Servicio Médico Legal

que "el monto de las Asignaciones de Responsabilidad o Estímulo para los profesionales funcionarios que prestan sus servicios en el Servicio Médico Legal, será fijado por el Ministerio de Justicia".

Vistos el Diario Oficial Nº 23942, de 10 de enero en curso, se acordó dejar constancia en Acta de haber tomado conocimiento del Decreto del Ministerio de Salud Pública y Previsión Social, Nº 1364 de 27 de noviembre de 1957, agregando al Artículo 16 del Reglamento de la Ley Nº 10.223 un nuevo inciso en que se dispone

Nº 24.— Nombramiento Director del Hospital Luis Calvo Mackenna

Luis Calvo Mackenna, con 6 horas, dedicación exclusiva y 40% de Asignación de Estímulo, a contar desde la fecha de la presente sesión, al Dr. Luis Infante Varas, estableciendo que deberá asumir de inmediato sus funciones en mérito a necesidades inaplazables de buen servicio que así lo aconsejan.

Ratificar las recomendaciones de la H. Comisión encargada del Concurso, contenidas en sus Informes de los días 8 de noviembre y 30 de diciembre de 1957; Nombrar Médico-Director del Hospital

ACTA DE LA SESION Nº 349 DE 22 DE ENERO DE 1958.

Nº 32.— Plan de construcciones Hospitalarias y necesidad se incluyan localidades omitidas

Antofagasta, Calama, San Pedro de Atacama, Ollagüe, Vallenar, Andacollo, Ovalle, Salamanca, Llay Llay, La Ligua, Valparaíso, Escuela de Enfermeras de Santiago, Instituto Nacional del Radium, Ampliación Hospital San Juan de Dios de Santiago, Hospital Barros Luco, San Antonio, Graneros, Rengo, La Florida, Paine, San Fernando, Curicó, Talca, Parral (Consultorio Externo), Ampliación Hospital de Chillán.

Dejar constancia en Acta de haber tomado conocimiento del Decreto Supremo del Ministerio de Salud Pública y Previsión Social, Nº 1455 de 20 de diciembre de 1957, aprobando el siguiente Plan de Edificaciones Hospitalarias (Hospitales, Casas de Socorros y Postas): Pica,

Nº 35.— Contrataciones

Contratar a las personas que se mencionan para que desempeñen los cargos que se señalan en las Reparticiones que se enumeran a contar desde el 1º de enero de 1958 y mientras sus servicios continúen siendo necesarios: **Centro de Salud de Copiapó:** Don **Vicente Rodríguez Bull**, como Técnico, 6ª Categoría, con derecho a percibir asignación de Título; **Jefatura de la XVII Zona de Salud:** Don **Hugo Sergio Ocampo Paniagua**, como abogado, Grado 1º.

Nº 44.— Aporte del Servicio Nacional de Salud a la Escuela de Salubridad durante 1958

general de Salud.

La suma señalada se pagará por duodécimos al término de cada mes.

Nº 45.— Herencia instituida por D. Ercilia Arellano R., a favor de los Hospitales San José y Roberto del Río y Hospicio de Santiago

Aceptar, con beneficio de inventario, el legado a favor de los Hospitales San José y Roberto del Río y el Hospicio de Santiago, impuesto por D. Ercilia Arellano Riveros en su testamento otorgado el 24 de enero de 1948, ante el Notario de Santiago señor Pedro Cuevas, constituido por el remanente de sus bienes consistentes en una propiedad ubicada en Santiago, Calle Portugal Nº 893; algunas acciones de la Cía. de Gas de Santiago y la suma de \$ 58.804.— depositadas en Cuenta de Ahorros de la Sucursal de Vicuña Mackenna del Banco del Estado.

Al mismo tiempo se resolvió, como demostración de gratitud, designar en cada uno de los Establecimientos mencionados dos camas con el nombre de D. Ercilia Arellano Riveros.

Nº 46.— Acepta y agradece donación terreno y edificio en construcción futuro hospital de Quellón

Aceptar la donación ofrecida por el Dr. **Eduardo Ahués Salame**, a favor del Servicio Nacional de Salud, constituida por un terreno de 2.202 m²., ubicado en la ciudad de Quellón, y un edificio en construcción destinado al Hospital de esa localidad.

Suscribir en acciones de la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios la suma de \$ 21.000.000.—, a fin de encarar la terminación del edificio del Hospital.

Para este efecto, el Departamento de Arquitectura y el Departamento de Atención Médica someterán a la consideración de la Dirección General los planos y demás antecedentes que correspondan y, con su conformidad previa, elevarán los antecedentes a conocimiento de la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios, a cuyo cargo estará el desarrollo de los trabajos, la petición de propuestas y el financiamiento del gasto.

La H. Corporación rindió homenaje al pueblo de Quellón por el esfuerzo extraordinario que realizó para reunir los dineros que per-

mitieron la construcción de la obra gruesa del edificio de que se trata, destacando que su ejemplo debería ser imitado en el país y, por intermedio del Dr. Ahués, resolvió manifestarle su gratitud y reconocimiento.

ACTA DE LA SESION N° 350 DE 29 DE ENERO DE 1958

N° 50.— Designaciones y Contratas.

Designar a los funcionarios que se mencionan para que desempeñen los cargos que se señalan en las Reparticiones que se indican, a contar desde las fechas que se especifican: **Dirección General de Salud, Departamento de Arquitectura:** Ayudante Especializado de Cálculo, Grado 2º en el carácter de titular, a contar desde el 1º de enero de 1958, a D. **Waldo Iturra Farr;** **Jefatura de la III Zona de Salud:** Veterinario, Grado 1º, en el carácter de interino, por los meses de enero y febrero de 1958, a D. **Alfredo Dirck Piel Herbach;** **Jefatura de la V Zona de Salud:** Jefe del Centro de Salud "Puerto", con 6 horas, dedicación exclusiva y 50% de Asignación de Estímulo, en el carácter de titular, a contar desde el 29 de enero de 1958, a D. **Alberto Boudeguer Guerra**, propuesto por la H. Comisión que conoció del concurso a que se convocó por Circular N° 1.100, de 3 de septiembre de 1957; **Jefatura de la VI Zona de Salud:** Médico Tisio-Radiólogo y Director del Preventorio San Luis, con 2 horas, Grado 5º, en el carácter de interino, a contar desde el 1º de enero y hasta el 30 de junio de 1958, a D. **Raúl Matte Larrain**.

Contratar a las personas que se mencionan para que desempeñen los cargos que se señalan en las reparticiones que se indican, a contar desde las fechas que se anotan: **Sub-Dirección General:** Contador, 7º Categoría, a contar desde el 1º de enero de 1958 y mientras sus servicios sean necesarios, a D. **Juan Stagno Vallebuona;** **Jefatura de la X Zona de Salud:** Arquitecto, Grado 1º, a contar desde el 1º de enero de 1958 y mientras sus servicios sean necesarios, a D. **Antonio A. Estévez Arrue;** Abogado, Grado 1º, a contar desde el 1º de enero de 1958 y mientras sus servicios sean necesarios, a D. **Ernesto Mejía Gutiérrez**.

ACTA DE LA SESION N° 351, DE 5 DE FEBRERO DE 1958

N° 59.— Designaciones y Contratas.

Designar a los funcionarios que se mencionan para que desempeñen los cargos que se señalan en las reparticiones que se indican, a contar desde las fechas que se especifican: **Dirección General, Sub-Dirección Normativa, Departamento de Servicios Técnicos Generales, Sección Control de Profesiones Médicas:** Médico, 6 horas, dedicación exclusiva y 25% por Asignación de Estímulo, en el carácter de titular, a contar desde el 5 de febrero de 1958, a D. **Guy Pelissier Ferhman**, propuesto por la H. Comisión que conoció del concurso a que se convocó por Circular N° 1099, de 3 de septiembre de 1957; **Jefatura XVII Zona:** Enfermera, Grado 2º, en el carácter de interina, a partir del 1º de enero de 1958, a D. **Noemi Mayorga Soto**.

Contratar a las personas que se mencionan para que desempeñen los cargos que se señalan en las Reparticiones que se indican, a contar desde las fechas que se anotan: **Jefatura V Zona de Salud:** Secretario-Abogado, 7ª Categoría, a contar desde el 1º de enero de 1958, y mientras sean necesarios sus servicios, a D. **Sergio Alvarez Rojas**; **XIV Zona, Centro de Salud de Mulchén:** Auxiliar-Técnico, Grado 1º, de la Posta El Morro, a partir del 1º de enero de 1958 y mientras sus servicios sean necesarios, a D. **Antonio Zalvidea Lersundi**; **Jefatura XV Zona de Salud:** Abogado, Grado 1º, a contar desde el 1º de enero de 1958 y mientras sean necesarios sus servicios, a D. **Sergio San Martín Henríquez**; **Jefatura XVII Zona:** Matrona, Grado 2º, con 100% de gratificación de zona, a fin de que se desempeñe en Futaleufú, a partir del 1º de enero de 1958 y mientras sean necesarios sus servicios en la localidad mencionada, a D. **Berta Flores Olivares**; **Jefatura XVIII Zona:** Matrona, Grado 2º, con gratificación de zona, en el Consultorio de Porvenir, desde el 1º de enero de 1958 y mientras sean necesarios sus servicios en dicho Establecimiento, a D. **Celia Olcay Rivera**.

Nº 60.— Aprueba planos para Construcción Talleres Sanitarios en Chillán.

cuya realización supone la suma de \$ 28.152.000.

Aprobar planos, especificaciones y presupuesto para la construcción de los Talleres Sanitarios de Chillán, confeccionados por el Sub-Departamento de Viviendas del Departamento de Higiene Ambiental,

Nº 61.— Construcción nuevo Hospital de Salamanca.

El costo general del Hospital terminado, ascenderá a \$ 103.427.130.

Aprobar planos, memoria explicativa, especificaciones técnicas y administrativas y Presupuesto detallado para la construcción del nuevo edificio destinado al Hospital de Salamanca.

Nº 65.— Donación.

Parcela Nº 1 del Plano Nº 15 de Agua Fresca en Punta Arenas, a fin de que el Servicio Nacional de Salud lo destine al Hogar del Niño en situación irregular.

Aceptar la donación que hace el Departamento de Bienestar de la Fuerza Aérea de Chile, de un edificio construido en la

El Hospital Regional de Punta Arenas realizará, gratuitamente, en subsidio, durante 10 años, los exámenes radiológicos y de laboratorio que solicite el Departamento de Bienestar de la Fuerza Aérea de Chile en dicha localidad para sus imponentes y familiares.

Autorizar al Jefe de la XVIII Zona para reducir a escritura pública la presente decisión y la inscriba conjuntamente con la donación.

ACTA DE LA SESION Nº 352, DE 12 DE FEBRERO DE 1958

Incorporación actividades H. Consejo nuevo Director del Servicio de Seguro Social.

El señor Ministro de Salud Pública y Previsión Social, D. Jorge Torreblanca, expresó el agrado con que veía integrarse al Consejo al Dr. Manuel de Viado, que recientemente ha sido designado Direc-

tor General del Servicio de Seguro Social. Añadió que la personalidad del Dr. de Viado era un antecedente de todos conocido, de manera que estimaba impropio que lo expusiera.

Hizo presente que para el Gobierno había sido motivo de satisfacción que hubiera llegado a este cargo tan importante un hombre con los antecedentes de este médico, y su nombramiento había sido muy bien recibido, dado el hecho de que es un técnico en seguridad social, con preparación de todos apreciada.

Por su parte, el Dr. Manuel de Viado manifestó que al incorporarse por mandato de la Ley al H. Consejo, lo hacía con mucho agrado, porque ello le permitirá, en su nuevo carácter de Director del Servicio de Seguro Social, colaborar estrechamente con los ideales que inspiran a los señores Consejeros y a los funcionarios que son el eco de ellos, y porque puede ofrecer a sus maestros y amigos, que lo honran sentándose junto a él en el Consejo, la seguridad absoluta de que continuará siendo su discípulo que escuchará sus consejos, que han de servirle mucho más que su experiencia.

Terminó presentando a los señores miembros de la H. Corporación, maestros y amigos, su más sincero y emocionado saludo.

El señor Director General de Salud, a su vez, indicó al Dr. de Viado que para todos ellos era sumamente grato que pasara a formar parte del Consejo, porque lo conocen bastante, lo estiman mucho y saben su capacidad y sus condiciones humanas, y están felices de que el Gobierno haya hecho una designación como la suya.

Agregó que no quería volver a repetir lo que le había dicho en el seno del H. Consejo del Servicio de Seguro Social, y le pidió aceptara sus felicitaciones en nombre del H. Consejo Nacional de Salud.

Nº 70.— Información señor Ministro de Salud, sobre firma por S. E. el Presidente de la República, Ley aumenta en dos grados personal Servicio Nacional de Salud. Estudio proyecto financie el Servicio.

El señor Ministro de Salud Pública y Previsión Social, informó que el martes 11 del actual, S. E. el Presidente de la República firmó el Decreto que promulga la Ley que concedió un aumento de dos grados al personal del Servicio Nacional de Salud.

Destacó la favorable acogida que en la tramitación de este proyecto en el Congreso encontró en parlamentarios de todos los sectores, y señaló que se pudo comprobar, a través de los debates, la información bastante adecuada que tienen respecto de las necesidades económicas no solamente del personal, sino que del Servicio mismo.

Añadió que encontró apoyo en todas las bancas y se hacía un deber en agradecer esta forma de actuar de los señores Parlamentarios.

Hizo presente que se le insistió durante los debates en la necesidad de que el Gobierno enviara a la brevedad posible un proyecto que financie al Servicio, asegurándosele que no habría inconvenientes de importancia, salvo diferencias superficiales de opinión, que no entrarían en el despacho de esta Ley.

Este proyecto sería enviado cuando el Parlamento reinicie sus sesiones en marzo próximo.

Nº 72.— **Prorroga Interinato y Contrata.**

mientras el cargo se provee por Concurso en conformidad a las disposiciones reglamentarias en vigor, dejando constancia de que deberá servirlo a tiempo completo y exclusión del ejercicio privado de la profesión o de cualquiera otra función remunerada, sin perjuicio de que continúe atendiendo ad-honores la Dirección del Hospital Exequiel González Cortés.

Contratar a D. **Jorge Prado Jaramillo**, como Abogado, 6ª Categoría, de la Jefatura de la XVIII Zona, desde el 1º de enero y hasta el 30 de junio del presente año.

Contrato de Prestaciones Médicas y Beneficios con Servicio de Seguro Social y la Empresa Nacional de Electricidad S. A. (ENDESA)

Ante mí, Notario Público y testigos que a la conclusión se Nº 79.— indican, comparecen por una parte el señor Félix Garay Figueroa, en su carácter de Director General y en representación, según se dirá, del Servicio de Seguro Social, que en el cuerpo de este Convenio se denominará el "Seguro", creado por la Ley 10.383, y por la otra el señor Reinaldo Harnecker von Kretschmann, en el carácter de Gerente General y en representación, según se acreditará, de la Empresa Nacional de Electricidad S. A. (ENDESA), que en el cuerpo de este Convenio se denominará la "Empresa", y exponen que han convenido sobre las prestaciones de Servicios Médicos y Beneficios que consta en las estipulaciones que más abajo se indican.

También comparece don Guillermo Valenzuela Lavín, en su carácter de Director General y en representación, según se dirá, del Servicio Nacional de Salud, que en el cuerpo de este Convenio se denominará el "Servicio", organizado por la Ley 10.383, quien presta su aprobación al presente Convenio.

1º) La Empresa se obliga a prestar los beneficios contemplados en la cláusula 2ª del presente Convenio, a todos los asegurados de la Ley 10.383 que residan y trabajen en las Oficinas y Campamentos de su dependencia, ya sea en calidad de obreros de la Empresa, o en calidad de obreros de empleados de la Empresa o en calidad de obreros de cualquiera otra persona que, con autorización de la Empresa, resida o trabaje en sus oficinas o campamentos.

Las oficinas y campamentos sujetos a las modalidades establecidas en este Convenio, serán determinados con posterioridad entre los pactantes, mediante convenios complementarios, de los que se dejará constancia en documentos privados extendidos en duplicados.

2º) Las personas a que se refiere la cláusula anterior tendrán derecho a recibir en la forma y condiciones que establecen la Ley 10.383, la Ley 6174 sobre Medicina Preventiva en cuanto los afecte, y los reglamentos correspondientes, las prestaciones médicas y dentales que en ella se establecen, las que a continuación se enumeran en líneas generales:

a) El examen sistemático y obligatorio de salud establecido en la Ley 6174 y en su reglamento orgánico en la forma y con la periodicidad que determine el Consejo del Servicio Nacional de Salud. Este examen será destinado a descubrir los estados iniciales de las enfermedades crónicas, en los individuos aparentemente sanos.

b) Asistencia médica, que incluye tratamiento médico, quirúrgico y demás que el Servicio dé a los asegurados.

c) Atención dental, en la forma que determine el Reglamento.

d) Las aseguradas y las cónyuges de los asegurados tendrán además derecho a las prestaciones médicas propias del embarazo, parto y puerperio. La madre que amamante a su hijo tendrá derecho a recibir alimentos suplementarios en la forma que determine el Reglamento. En el caso de la asegurada, el derecho a recibir alimentos suplementarios sólo se hará efectivo a partir de la séptima semana después del parto, y podrá ser sustituido por un auxilio de lactancia equivalente al 25% del monto bruto del subsidio establecido en el Art. 27º.

3º) Los hijos del asegurado comprendidos en el Art. 26º de la Ley 10.383 tendrán derecho a las siguientes prestaciones médicas:

I) Desde el nacimiento hasta cumplir 2 años de edad, atención médica, preventiva y curativa, que incluye tratamiento médico y quirúrgico gratuito en Consultorios Externos o en hospitalización en lugares de atención cerrada, según lo requiera el caso, así como elementos terapéuticos y suplementarios que necesite, en la forma que lo establece el Reglamento.

II) Desde los 2 años hasta los 15, atención médica que incluye tratamiento médico y quirúrgico gratuito en Consultorios Externos. Si requiere hospitalización, la Empresa podrá cobrar al asegurado una suma no superior al costo de la alimentación que se le proporcione.

III) La Empresa queda obligada a atender a las personas señaladas en la cláusula 2ª del presente Convenio, mientras cumplan las condiciones que en ella se indican y mientras dure la enfermedad, siempre que ella se hubiere iniciado cuando el asegurado estaba al servicio de ésta o hubiese estado en tratamiento, hecho que certificará el médico de la empresa que lo estuvo atendiendo.

Cuando un asegurado abandone la Empresa, por causa ajena a su voluntad, estando enfermo, los médicos del "Servicio" y de la Empresa establecerán a cuál de los dos corresponde la responsabilidad de seguir atendándolo, debiéndose extender un documento en que

se resumirán las razones en que se funda esta resolución, dentro del plazo de 15 días a contar desde la fecha en que el asegurado dejó el trabajo.

En los casos de abandono de los Campamentos como consecuencia de una huelga, el personal tendrá derecho a recibir atención médica y demás prestaciones consignadas en este Convenio, de parte de la Empresa o con cargo a ella si se otorgare a través de un establecimiento del Servicio.

En el caso de que el asegurado se encontrara acogido a reposo preventivo, la Empresa no podrá poner fin a sus servicios sino hasta 6 meses después de haber sido dado de alta declarándolo capacitado para el trabajo, a menos que el despido se funde en alguna causal de caducidad de las contempladas en el Art. 9º del Código del Trabajo, reconocida por sentencia judicial firme. Para estos efectos se excluyen de las causales de terminación del contrato las señaladas en el inciso 4º del referido Art. 9º y lo dispuesto en el Art. 10º del Código del Trabajo. En ningún caso será causal bastante la mera enfermedad del obrero que haya determinado la sujeción de éste al régimen de reposo preventivo.

Si el asegurado se negare a seguir el tratamiento o dejare voluntariamente de vivir en los campamentos de la Empresa, cesará respecto de él toda obligación que este Convenio impone a la Empresa.

4º) La Empresa mantendrá las instalaciones, personal médico y hospitalario actualmente en funciones, y no podrá modificar sus servicios actuales, para restringirlos, sino por acuerdo de las partes. Deberá instalar puestos de emergencia en los campamentos que tengan más de trescientos (300) obreros con derecho a atención médica.

5º) Estas prestaciones se harán en Consultorios Externos, en atenciones domiciliarias o en hospitalización en lugares de atención cerrada, según sea la naturaleza del caso, lo que será determinado por el Médico de la Empresa.

6º) En los casos de exámenes o de atenciones especializadas, que se ordenen por el Médico Jefe de la Oficina o Campamento de la Empresa y que no pueda realizar ésta, se seguirán las siguientes normas:

La Empresa pagará el traslado del enfermo de ida y regreso hasta el establecimiento del "Servicio" a que haya sido destinado y pagará asimismo, la atención médica que allí reciba según las tarifas vigentes para la atención a particulares en el citado establecimiento, y en caso de hospitalización, la de la Sala Común.

Esta obligación se extenderá hasta el vencimiento del plazo mencionado en la cláusula 3ª de este Convenio. El Establecimiento del "Servicio" facturará mensualmente y cobrará directamente a la Empresa el valor de estas prestaciones.

7º) La Empresa se compromete a pagar a los asegurados a su cargo, todos los auxilios y subsidios en las condiciones que establecen la Ley 6174 y la Ley 10.383 en los Arts. Nros. 27º, 28º, 29º y 32º y en los Reglamentos respectivos.

Si el asegurado fuere hospitalizado, la Empresa podrá descontar a su favor del monto del subsidio un 15% para cubrir el costo de su alimentación en el Hospital.

8º) El Beneficiario de subsidio puede ser declarado inválido en cualquier momento por una Comisión Mixta formada por representantes del "Seguro" y del "Servicio". Para este efecto, cuando los Servicios Médicos de la Empresa estimaren inválido a un beneficiario de subsidio, deberán proceder a confeccionar la documentación necesaria para solicitar la declaración de invalidez a la Comisión Mixta referida.

Si la declaración de invalidez no se produjere dentro de las primeras 52 semanas de estar el asegurado recibiendo el subsidio, al término de ellas será sometido a examen por el Médico o la Comisión que determine el Médico de la Empresa, para establecer si procede estimarlo inválido o si debe continuar en goce de subsidio. Si se estimare inválido se elevarán los antecedentes a la Comisión Mixta indicada en la misma forma señalada precedentemente.

Si se establece que el asegurado debe continuar gozando del subsidio, la prestación será prolongada hasta por 26 semanas más. Se exceptuarán los casos de enfermedades que según el Reglamento tengan un curso prolongado y que permitan recuperación de más largo plazo, los que deberán ser sometidos a examen cada tres meses para establecer si continúan recibiendo subsidio o se acogen a pensión.

9º) La Empresa queda obligada a llevar las estadísticas de sus servicios médicos en la misma forma en que las llevan el "Seguro" y el "Servicio". Igualmente deberá usar las fichas clínicas y demás formularios vigentes en estos servicios.

Para este efecto, las mencionadas instituciones indicarán a la Empresa los formularios y Reglamentos a que deba atenerse, notificándola oportunamente de cualquiera modificación que se introduzca.

10º) Las prestaciones otorgadas por el presente Convenio serán supervigiladas por el "Seguro" y por el "Servicio", quedando la Empresa obligada a someterse a las normas técnicas que se le impartan. Para estos efectos, el "Servicio" encargará a su Médico Zonal de las inspecciones correspondientes, quien deberá entenderse con el Médico de la Empresa.

11º) El "Servicio" queda obligado a venderle al costo a la Empresa, cuando ésta desee adquirirlos, los formularios de su uso y los medicamentos de su stock que sean productos del Laboratorio Chile, del Instituto Bacteriológico o de cualquier otro laboratorio que expendan productos al público y en conformidad a la Ley 10.383 se encuentre comprendido en el "Servicio".

Igual obligación adquiere el "Seguro" respecto de los formularios que tenga en uso.

12º) En compensación de los servicios médicos señalados en las cláusulas precedentes, el "Seguro" devolverá a la Empresa en el momento de la compra de estampillas, con cargo a las cuotas que el "Seguro" le entrega al "Servicio", un porcentaje de los salarios por los cuales aquélla impone, que se determinará para cada oficina o campamento que se incluya en este Convenio en el mismo acuerdo que lleve a la práctica dicha inclusión.

13º) La Empresa se obliga a pagar a los familiares de un asegurado fallecido, y por cuenta del "Seguro", las cuotas mortuorias que

se deban en conformidad al artículo cuarenta de la Ley diez mil trescientos ochenta y tres y a los Reglamentos respectivos, las que serán del monto que el "Seguro" fija anualmente. Estas cuotas serán reembolsadas a la Empresa mensualmente por el "Seguro". Para este efecto, la Empresa presentará al "Seguro" una planilla detallada de estos gastos y acompañados de toda la documentación que la justifique, acto en el cual el "Seguro" efectuará el reembolso.

14º) La Empresa queda facultada para traspasar estampillas adquiridas por ella a las personas que tengan la calidad de patrones de los asegurados comprendidos en el presente Convenio según la cláusula primera.

15º) En el caso de producirse desacuerdo sobre el presente Convenio, en cuanto a su alcance, interpretación o liquidación, las partes se comprometen a designar un árbitro arbitrador que resuelva la cuestión controvertida sin ulterior recurso.

16º) Se inicia la vigencia del presente Convenio el y su término será el y se entenderá tácitamente renovado por el período de un año si tres meses antes de cada uno de sus vencimientos ninguna de las partes diere a la otra aviso por carta certificada de que desee ponerle término. Sin embargo, si con posterioridad a la firma de este Convenio entrare en vigencia alguna Ley o Decreto que en cualquiera forma altere sus bases, queda la parte afectada en libertad de requerir en cualquier fecha su revisión o desahucio, previo aviso por carta certificada con tres meses de anticipación. Igual derecho podrá ejercer la Empresa si el "Servicio" exigiere de ella aumento de personal, equipos o reformas en sus establecimientos de atención médica cuyo costo fuera superior a sus disponibilidades para estos servicios. Este desahucio podrá comprender todos o algunos de los campamentos y oficinas en él comprendidos.

En todo caso las partes no podrán hacerse cargo por perjuicios reales o aparentes que les cause la terminación anticipada total o parcial del Convenio ni podrá exigirse pago de indemnización alguna por este concepto.

17º) Quedan caducados todos los Convenios celebrados anteriormente.

18º) Para todos los efectos de este Convenio las partes fijan su domicilio en la ciudad de Santiago.

19º) La atención médica actualmente contratada para la planta "Los Cipreses", se considera incorporada al presente Convenio, y en consecuencia se regirá por él.

Reglamento de Prestaciones a Alumnos de Escuelas Profesionales del Servicio

Nº 80.— Se acordó aprobar el siguiente Reglamento de Prestaciones a alumnos de las Escuelas Profesionales del Servicio Nacional de Salud:

Art. 1º— Las prestaciones a que se refiere este Reglamento tienen como objeto proporcionar a los alumnos de las Escuelas Profesionales del Servicio Nacional de Salud, los medios para mantener un buen standard de salud y atender oportunamente otros problemas sociales que puedan influenciar desfavorablemente su rendimiento escolar o ser causa del abandono de los estudios.

Art. 2º— Estas prestaciones serán autorizadas por la Dirección del Establecimiento respectivo, previo informe de una Asistente Social, y para solicitarlas la Dirección de la Escuela extenderá una tarjeta de franquicias con la individualización completa del alumno e indicación precisa del beneficio solicitado.

Art. 3º— Las prestaciones que puede otorgar el Servicio Nacional de Salud son las siguientes:

a) Gratuidad en los servicios médicos y dentales (de urgencia) en Consultorios Externos, pabellones de operaciones, Laboratorios e Institutos científicos y ambulancia.

b) Despacho gratuito en las Farmacias de los Establecimientos, de las recetas extendidas en los Consultorios Externos.

c) Rebaja del 10% en la adquisición al contado de productos farmacéuticos, en las Farmacias del Servicio que expendan al público.

d) Rebaja del 50% en el costo de hospitalización en medio pensionado en Hospitales de agudos. En ningún caso esta rebaja será aplicable a cuentas de hospitalización en Pensionado de 1ª clase.

Este beneficio no incluye atención profesional.

e) Tratamientos dentales a tarifa mínima en las Clínicas del Servicio de Bienestar del Personal. Esta atención estará condicionada a la capacidad del Servicio.

f) Facilidades para participar en Colonias de Vacaciones que organice el Servicio de Bienestar del Personal, pagando el precio de costo. Como en el caso anterior, este beneficio estará condicionado a la capacidad del Servicio.

g) Autorización para adquirir por una sola vez anteojos en la Sección Óptica del Departamento Central de Abastecimiento.

h) Alimentación complementaria a los alumnos que lo necesitan en las Escuelas con régimen de internado. Para estos efectos las Escuelas consultarán un Item Alimentación en sus respectivos presupuestos.

i) Facilidades para la impresión de Memorias de Prueba en el Departamento de Educación Sanitaria, que sean recomendadas por el Consejo de Profesores y que se refieran a estudios de interés para el Servicio Nacional de Salud, lo que será calificado por la Sub-Dirección Normativa.

Art. 4º— La Asistente Social que esté a cargo de la atención de los alumnos, estará, para los efectos de este trabajo, bajo la autoridad administrativa de la Dirección de cada Escuela.

Art. 5º— Los beneficios señalados en las letras a, c, d y e del Art. 3º, podrán extenderse a los alumnos de los cursos de más de 6 meses de duración que organice el Servicio Nacional de Salud. Lo anterior no rige en el caso de alumnos funcionarios del Servicio.

Art. 6º— La supervisión de este servicio estará a cargo del Jefe de la Zona en que existan Escuelas Profesionales.

ACTA DE LA SESION N° 353, DE 19 DE FEBRERO DE 1958

N° 85.— Resultado remate Fundos Reunión y La Quinta. Dejar constancia en Acta que la venta en pública subasta de los fundos Reunión y La Quinta, del dominio de la Junta de Beneficencia de Santa Juana, se efectuó el 3 del actual, sobre las bases aprobadas en los Acuerdos N° 436 y 612 de las Sesiones 328 y 336, y fueron adjudicados en \$ 44.000.000 a D. Carlos Maudier Ulloa, lo que significa haber obtenido sobre el mínimo establecido de \$ 29.374.200 un mayor ingreso ascendente a \$ 14.625.800.

N° 86.— Designaciones y Contratas. Designar en las Reparticiones que se indican, a los funcionarios que se mencionan: **Jefatura I Zona de Salud:** Abogado, Grado 1º, interino, a contar del 1º de julio de 1957 y hasta el 30 de junio de 1958, a D. Raúl Federico Hidalgo Guerrero; **Dirección General, Sub-Dirección General:** Técnico en Radiocomunicaciones, 4º Categoría, en el carácter de titular, a partir del 1º de enero de 1958, a D. José Oscar Fernando Sánchez; **Jefatura XV Zona:** Médico, Jefe de Zona, con 6 horas, dedicación exclusiva y 55% de Asignación de Estímulo, en el carácter de titular, desde el 19 de febrero de 1958, a D. Eulogio Espiñeira Altamirano.

Contratar a las personas que se mencionan para que desempeñen los cargos que se señalan en las Reparticiones que se indican, a contar desde las fechas que se anotan: **Dirección General, Departamento de Arquitectura:** Arquitecto, Grado 1º, desde el 1º de enero al 31 de diciembre de 1958, a D. Raúl de Ramón García; **Talleres Sanitarios de Santiago:** Constructores Civiles, Grado 1º, a los señores Luis Carvajal González y Carlos Poblete Cademartori, y ayudante Constructor Civil, Grado 2º, a D. Ricardo Cumming Cumming, a partir del 1º de enero y hasta el 31 de diciembre de 1958; **Jefatura XIV Zona:** Constructor Civil, Grado 1º, a contar del 1º de enero de 1958 al 30 de junio del mismo año, a D. José Orlando Aedo Parra.

N° 87.— Contratación. Contratar a D. Wenceslao Vivanco Marré, con 4ª Categoría, a contar desde el 1º de enero y hasta el 30 de junio de 1958, a fin de que ascesore a la Dirección General de Salud en los programas de habilitación, normalización, montaje, instalación, reparación, funcionamiento y racionalización de las lavanderías del Servicio.

N° 91.— Acepta donación. Aceptar la donación del Rotary Club de Coquimbo, ascendente a \$ 1.400.000, para completar la suma de US\$ 6.796.39 necesaria para dar cumplimiento al Acuerdo del H. Consejo Nacional de Salud N° 369, de la Sesión N° 208, que dispuso la enajenación de los Bonos N° 54229/54238 de la Deuda Interna año 1863, depositados en el National City Bank of New York para adquirir tres ambulancias, y cuya venta sólo dio un total de US\$ 4.873.33.

Destinar la ambulancia que pudo adquirirse gracias a esta donación, al Hospital de Coquimbo.

Nº 92.— Acepta donación. Aceptar la donación de: 200 bolsas de cemento; 500 kgts. de fierro de 1/2" x 6 mts.; 100 tablas de pino insignis de 1 x 10 x 3.20 m., y 26 kgrs. de clavos de 2 1/2", que se han valorizado en total en \$ 465.140, hecha por el Comité Estudiantil de Iquique para contribuir a la construcción de un Pabellón de Psiquiatría en la localidad.

Nº 97.— Adquisición propiedad en Concepción para Escuela de Enfermería. Facultar a la Dirección General de Salud para adquirir la propiedad ubicada en la esquina Norte de las calles Colo Colo y San Martín, de Concepción, a fin de destinarla a la Escuela de Enfermería de Concepción, e invertir en dicho propósito hasta la suma de \$ 32.500.000, que se pagarán con \$ 20.000.000 al contado y el saldo de \$ 12.500.000, seis meses después de firmada la escritura de compraventa.

ACTA DE LA SESION Nº 354, DE 26 DE FEBRERO DE 1958

Nº 101.— Ley 12.865, aumenta en dos grados o categorías, Planta del Servicio Nacional de Salud. Vistos, el Diario Oficial Nº 23.977, de 20 de febrero en curso, se acordó dejar constancia en Acta de haber tomado conocimiento de la Ley 12.865, que modifica las Nºs. 10.223 y 12.434 y aumenta en dos grados o categorías, los grados o categorías que corresponden a los cargos consultados en la Planta del Servicio Nacional de Salud.

Nº 102.— Decreto fija normas a Establecimientos de Menores. Vistos, el Diario Oficial Nº 23.981, de 25 de febrero de 1958, se acordó dejar constancia en Acta de haber tomado conocimiento del Decreto del Ministerio de Salud Pública y Previsión Social Nº 168, de 6 del mismo mes, que establece que los establecimientos de protección de menores dependientes del Servicio Nacional de Salud quedan obligados a ingresar los menores previa orden del Juez de Menores, hasta concurrencia de un cincuenta por ciento de su capacidad, siendo de libre disposición de sus Directores el 50% restante de las plazas con que cuenta el plantel.

Nº 104.— Designación. Designar a D. Carlos Canales Tillman, en el carácter de interino, como Médico Jefe del Centro de Salud de Linares, con 6 horas, a partir del 21 de febrero de 1958, y por el término de seis meses, con derecho a percibir asignación por dedicación exclusiva, responsabilidad y estímulo para los profesionales que participan en los programas internacionales de salud (Acuerdo 641, de 30-X-57, letra u).
Encomendar las funciones de Director del Hospital de Linares, sin perjuicio de sus propias obligaciones ni derecho a mayor remuneración, al Dr. Canales Tillman, por el mismo período a que se refiere el párrafo precedente.

Nº 105.— Contrataciones. Contratar a las personas que se mencionan para que desempeñen los cargos que se señalan en las Reparticiones que se enumeran, a contar del 1º de enero y hasta el 31 de diciembre de 1958: **Instituto Bacteriológico de Chile:** D. Mario Lagno Sepúlveda, como Químico Industrial, Grado 1º, con derecho a percibir Asignación de Título; D. Germán Berkhoff Mally, como Médico Veterinario, Grado 1º, más Asignación de Título; D. Edith Aguilera Vergara, como Médico Veterinario, Grado 1º, con derecho a percibir Asignación de Título; **VI Zona de Salud, Hospital Exequiel González Cortés:** D. Héctor Barrios Ortiz, como Auxiliar Médico, 6ª Categoría, dejándose constancia que este contrato será improrrogable; **XIII Zona de Salud, Jefatura:** D. Silvia Menéndez Cataldo, como Enfermera Asesora, 7ª Categoría.

Nº 106.— Traslado. Trasladar a la Asistente Social Jefe, Grado 2º, del Centro de Salud Nº 2, dependiente de la VI Zona de Salud, D. Elena Varas Lagos, al cargo de Asistente Social Asesora, de igual grado, del Sub-Departamento de Servicio Social, del Departamento de Servicios Técnicos Generales, dependiente de la Sub-Dirección Normativa, a partir del 1º de marzo de 1958. Con este traslado, queda vacante la plaza de Asistente Social Jefe, Grado 2º, del Centro de Salud Nº 2.

La señorita Varas Lagos deberá asumir de inmediato sus funciones, por razones de buen servicio.

Nº 108.— Substitución grados señalados en Artículo 11º del Reglamento del Personal. Substituir el texto del Artículo 11º del mencionado Reglamento, por el siguiente: "Para los empleados no afectos a la Ley Nº 10.223, existirán: a) Escalafones Nacionales, que comprenderán la totalidad de los cargos de grado 4º y superiores; y b) Escalafones Zonales, que comprenderán la totalidad de los cargos de grado inferior al 4º de las plantas de las Zonas correspondientes. Estos escalafones se moverán separadamente en cada Zona, hasta el grado 5º, inclusive.

El personal de la Dirección General de Salud de grado inferior al 4º será considerado, para estos efectos, como de la Zona de Salud de Santiago".

Nº 109.— Donación. Aceptar la donación de 6 marquesas con sommieres, colchones y almohadas; 6 colchas de piqué blanco; 6 frazadas; 12 sábanas; 6 fundas; 6 platos porcelana; 6 cucharas postres; 6 cucharas té; 1 armario-estante para útiles y ropa, y 6 plásticos, que se han valorizado en total en \$ 350.212, hecha por el Club de Leones de San Vicente de Tagua-Tagua para habilitar un servicio de Pediatría en el Hospital de la localidad.

Nº 110.— Habilitación nuevo Hospital de Coinco. Facultar a la Dirección General de Salud para invertir por intermedio de la Central de Abastecimientos hasta la suma de \$ 15.901.930, con cargo al Item P.2 de su Presupuesto vigente, en la adquisición de los elementos necesarios para habilitar el nuevo Hospital de Coinco.

Nº 111.— Construcción Hospital de Puerto Aisén.

Vistos y teniendo presente, que el Hospital de Puerto Aisén fue totalmente destruido por un incendio; la urgencia que existe de encarar su reconstrucción al más breve plazo; que para este efecto el Supremo Gobierno ha dispuesto conceder la suma de \$ 50.000.000, y lo prevenido en el Artículo 69, letras g) e i) de la Ley 10.383, se acordó construir el Hospital de Aisén en los mismos terrenos donde se encontraba el anterior.

Realizar esta edificación sobre la base de los planos, memoria explicativa y especificaciones técnicas y administrativas que se aprobaron para la construcción de la Casa de Socorros de Chile Chico, por Acuerdo Nº 529, de 29 de agosto de 1956.



El hallazgo afortunado de un buen libro puede cambiar el destino de un alma.— MARCEL PREVOST.

Una de las mayores pruebas de mediocridad es no acertar a reconocer la superioridad de otros.— JUAN BAUTISTA SAY.

PAGO DE SUBSIDIO A LA MUJER OBRERA EN LOS PERIODOS PRE Y POST NATAL (LEY N° 11.462)

N° 2605, 15 de octubre de 1957.

Señor Director General: Estos antecedentes se originaron en una reclamación de la Cia. Chilena de Tabacos sobre la forma en que el Servicio está aplicando el cálculo para determinar el subsidio a que tiene derecho la mujer obrera en los periodos pre y post-natal.

Según la mencionada Compañía, la Ley N° 11.462 excluyó el criterio de las promedias para calcular el monto del subsidio y estableció que a la asegurada se le debía pagar la totalidad de las remuneraciones que perciba. Por su parte el señor Jefe de la Sección Subsidios sostiene que la Ley N° 11.462 no modificó en manera alguna la disposición pertinente de la Ley N° 10.383.

Explicaremos a continuación nuestro criterio, dejando sentado desde ya que discrepamos en ambas opiniones.

A juzgar por la forma en que plantea el asunto, la Compañía recurrente parece creer que la expresión "la totalidad de las remuneraciones y asignaciones que perciba", indicaría que a la asegurada hay que pagarle la totalidad del último salario. Pero ¿cuál es el último salario? ¿El correspondiente al último día, a la última semana o al último mes? No se sabe y es peligroso, en todo caso, seguir este procedimiento, aún desde el punto de vista de los intereses de la asegurada.

En efecto, se sabe que el régimen de remuneraciones del asalariado no es regular o invariable. Por múltiples razones, que no es del caso analizar, la remuneración varía de una semana a otra y hasta de un día a otro —como cuando se paga por unidades de trabajo— resultando así que el último mes, semana o día que haya trabajado la asegurada, puede resultarle favorable como puede serle perjudicial, desde el punto de vista de su monto, en relación con días, meses o semanas anteriores.

Tampoco es aceptable el predicamento sustentado por el señor Jefe de la Sección Subsidios, porque efectivamente la Ley N° 11.462 introdujo

una innovación respecto de la Ley N° 10.383. No puede aceptarse la afirmación de que la frase "la totalidad de las remuneraciones" no tenga ninguna significación. A nuestro juicio la tiene y pasaremos a explicar la forma como modifica la Ley N° 10.383 en esta parte.

En virtud de lo establecido en esta última ley, el cálculo para los efectos del pago del subsidio maternal se hace conforme a la regla contenida en el artículo 27 de la misma ley. Teniendo presente que el asegurado necesita sólo un minimum de trece semanas de imposiciones dentro de los últimos seis meses calendarios para tener derecho a subsidios, con la regla en comento puede resultar que el subsidio que se fije sea la mitad del salario sobre el cual imponga el asegurado, dado que ese mínimo de trece semanas —que en este caso suponemos que ha impuesto para destacar el caso extremo— hay que dividirlo por ciento ochenta días, es decir, por el doble de días que contienen esas trece semanas de imposiciones.

Pues bien, creemos que en esto está precisamente la innovación que la Ley N° 11.462 introduce. La cantidad de imposiciones ya no se divide por el número fijo de ciento ochenta días, sino por el número de días efectivamente trabajados y por el cual se haya hecho imposiciones. Sólo así resulta un promedio de salario efectivo —deducido de salarios efectivamente percibidos— y no un promedio ficticio como es el consagrado en el citado artículo 27.

En consecuencia, es nuestro parecer que según las disposiciones de la Ley N° 11.462, el cálculo del subsidio maternal no se hace dividiendo por ciento ochenta las imposiciones de los últimos seis meses, sino dividiéndolas por el número de días efectivamente trabajados, única manera de asegurar a la imponente un subsidio siempre equivalente a su salario en actividad, como la quiere esta última ley.

Saluda atentamente a Ud., Jefe del Depto. Jurídico.

DERECHO DE PROFESIONALES AFECTOS A LA LEY 10.223 A FRANQUICIAS DEL REGLAMENTO DEL PERSONAL DE LA EX BENEFICENCIA

N° 2791, 11 de diciembre de 1957.

Señor Jefe Departamento del Personal: Ud. consulta a este Departamento Jurídico si los profesionales funcionarios afectos a la Ley 10.223, provenientes de la ex Beneficencia, tienen derecho a las franquicias establecidas en el Reglamento del Personal de esos ex servicios.

Sobre el particular puedo expresar a Ud. que a contar desde la fecha del Estatuto del Médico Funcionario Ley 10.223, esto es, desde el 17 de enero de 1952, el personal afecto a ella pasó a regirse exclusivamente por sus disposiciones, que no contemplan las franquicias de que se trata. Por lo anterior no rigen respecto a ellos el artículo 14 transitorio de la Ley 10.383.

Saluda atentamente a Ud., Jefe Depto. Jurídico

APLICABILIDAD DEL ARTICULO 55 DE LA LEY N° 12.462 A OBREROS FISCALES, SEMIFISCALES Y MUNICIPALES

N° 2791, 12 de diciembre de 1957.

Señor Director General: El señor Director General del Servicio de Seguro Social ha tenido a bien mandar oficio a esa Superintendencia comunicando las cuestiones a que ha dado lugar la aplicación del artículo 55 de la Ley N° 12.462. Representa que la Contraloría General de la República sostiene que los obreros fiscales y municipales están exentos del descuento del 5% de sus asignaciones familiar, que esta ley destina a la adquisición de leche que nuestro Servicio debe dar a los hijos de los asegurados. Acompaña copia de presentación hecha a la Superintendencia, donde plantea sus puntos de vista sobre la materia que, en síntesis, consisten en que el descuento afecta a todos los imponentes del Servicio de Seguro Social, cualquiera que sea su filiación funcionaria; y termina solicitando del señor Director que "lleve a cabo las gestiones que hagan posible uniformar criterios, contemplando el interés social y humano de proveer los medios económicos adecuados para la adquisición de alimentos para los hijos de asegurados".

Sobre el particular, me permito informar lo siguiente:

Son imponentes del Servicio de Seguro Social no sólo los obreros que trabajan para un patrón en una empresa o actividad privada; también tienen ese régimen previsional categorías de obreros que trabajan para el Fisco, algunas instituciones semifiscales y municipalidades.

Hasta la dictación del Decreto con Fuerza de Ley N° 245, de 23 de julio de 1953, los imponentes del Servicio de Seguro Social no gozaban, en general, del beneficio de la asignación familiar. Sin embargo, de una u otra manera —en virtud de disposiciones legales que no es del caso estudiar ahora— los obreros pertenecientes a los Servicios e Instituciones anteriormente nombradas, gozaban de ese beneficio. O sea, constituían una categoría privilegiada entre los imponentes del Seguro Social en este sentido.

El citado Decreto con Fuerza de Ley N° 245, consagró el derecho a la asignación familiar para

todos los imponentes, haciendo desaparecer de esta manera las diferencias anotadas. Así se desprende de su artículo 1°, que textualmente dice: "establécese la asignación familiar en favor de los obreros imponentes del Servicio de Seguro Social. Los asegurados independientes no gozarán de este beneficio".

Del texto de la disposición transmitida puede extraerse a manera de consecuencia que el DFL N° 245, quiso ser el estatuto jurídico general que regía el otorgamiento de la asignación familiar a los imponentes obreros, sin perjuicio de las excepciones que ya hemos analizado.

Pues bien, el artículo 55 de la Ley N° 12.462 agregó al DFL N° 245 nuevos artículos entre los cuales está aquel que autoriza el descuento del 5% de la asignación familiar que él establece.

Pero vimos más arriba que el artículo primero del DFL N° 245 establece con carácter de general la asignación familiar. El que haya categorías de obreros que con anterioridad a él hubieran obtenido dicho beneficio, no significa que no les sea aplicable; podrá variar el monto en razón de ello, pero no así las características y modalidades de la prestación, que deberán regirse por este DFL.

De tal manera entonces que si el artículo 55 de la Ley N° 12.462, adicionó nuevas disposiciones al DFL N° 245, el descuento que para la asignación familiar se establece en una de ellas, es igualmente aplicable a la totalidad de los imponentes del Servicio de Seguro Social, cualquiera que sea su dependencia funcionaria.

Una razón más podemos agregar para abonar esta conclusión. El beneficio que el artículo 55 otorga, es para todos los imponentes del Servicio de Seguro Social, sin discriminación. Si se pretendiera que hay obreros que no están afectos al descuento del 5% —que tiene precisamente por objeto financiar ese beneficio— con el mismo fundamento se les podría negar su otorgamiento, y esto evidentemente no lo ha querido la ley.

Saluda atentamente a Ud., Jefe del Depto. Jurídico.

REEMBOLSO DE GASTOS DEL PERSONAL A JORNAL QUE CUMPLE COMISIONES DEL SERVICIO

Señor Director General:
N.º 29, de 7 de enero de 1958.
Relación. — Por Oficio N.º 22155, de 6 de diciembre de 1957, dirigido a la Sub-Dirección General, el señor Jefe de la VI Zona Santiago expone que, de conformidad a la Ley 10.383 y a las Instrucciones emanadas de esa Superioridad, los choleros del Servicio se rigen por el Código del Trabajo en calidad de obreros.

Como consecuencia, no tienen derecho a los viáticos o gastos de movilización que autoriza el Estatuto Administrativo cuando desempeñan comisiones del Servicio, fuera del lugar en que ordinariamente ejercen sus tareas.

Agrega que, como consecuencia de lo expuesto, se ha visto enrentado al problema que plantea el pago de los gastos en que incurren los choleros cuando cumplen tareas en lugares distintos a los de su residencia habitual, y consulta si en estos casos procede cancelar alguna forma de viático al chofer, o corresponde reembolsarle los gastos que la comisión demande, los que podrían rendirse con arreglo al régimen de gastos menores.

Por Providencia N.º 6105, de 23 de diciembre de 1957, el Departamento de Finanzas y Presupuestos nos ha remitido los antecedentes solicitando nuestro informe.

Examen. — En términos generales, los obreros del Servicio se rigen por el Código del Trabajo, y en consecuencia, no procede respecto de ellos, la aplicación de las disposiciones del Estatuto Administrativo, como ser las que conceden viáticos o gastos de viaje.

Pero, los contratos de trabajo para obreros deben señalar, junto con la determinación clara y precisa de la naturaleza de los servicios, el lugar en que ellos han de prestarse.

Si el chofer debe realizar tareas fuera del lugar habitual donde reside o ejerce ordinariamente sus tareas, y ello importa gastos adicionales, ellos le deben ser reembolsados, pues importan un gravamen que no es de su cargo.

De la misma manera que se pagan los gastos de bencina o aceite del vehículo, u otros que exija la comisión, así también debe considerarse el gasto en que incurren esos choleros.

No se trata propiamente de un viático, sino que de un gasto propio de la comisión ejercitada fuera del lugar habitual de trabajo del chofer y si éste no ha sido proveído en forma previa de su importe, le debe ser reembolsado cuando lo incurra.

Conclusión. — Este Departamento no ve inconveniente en que se reembolsen los gastos en que incurren los choleros actuando en comisiones del Servicio fuera del lugar en que ejercen habitualmente sus funciones.

La imputación más adecuada del gasto deberá determinarla el Departamento de Finanzas y Presupuestos.

Saluda atentamente a Ud., Jefe del Depto. Jurídico.

SOBRE FRANQUICIAS A FUNCIONARIOS DE EX - BENEFICENCIA

N.º 128, de 18 de enero de 1958.
Relación. — Se ha enviado a este Departamento Jurídico los antecedentes adjuntos, a fin de que nos pronunciemos sobre la procedencia de conceder a los funcionarios afectos a la Ley 10.223, provenientes de los ex servicios de Beneficencia y Asistencia Social, las franquicias que dicha institución contemplaba en su Reglamento del Personal.

Examen. — La Ley 10.223, denominada Estatuto para Médicos Cirujanos, Farmacéuticos o Químicos Farmacéuticos y Dentistas, vigente a partir del 17 de enero de 1952, prescribió en su artículo N.º 1 que a los citados profesionales se les aplicarán las disposiciones de la presente ley y las contenidas en el Estatuto Orgánico de la Administración Civil del Estado, en cuanto sean compatibles con ella. De modo que a contar del 17 de enero de 1952, los médicos y demás profesionales mencionados, pertenecientes a la ex-Beneficencia, dejarán de regirse por el Reglamento del Personal respectivo.

Más tarde, el 8 de agosto del mismo año, se dictó la Ley 10.383, cuyo Art. 14 transitorio dispuso que el personal existente a esa fecha en los distintos servicios que se incorporaron al Servicio Nacional de Salud, conservará para todos sus efectos, su actual condición jurídica, su régimen de provisión y los derechos derivados de la legislación por la que se rigen a la dictación de la presente Ley.

Los profesionales funcionarios afechos a la Ley 10.223, pertenecientes a la ex-Beneficencia no se regían al 8 de agosto de 1952, como ya vimos, por la "legislación" constituida por el Reglamento del Personal de esos mismos servicios, en donde están establecidas las franquicias de que se trata y, por tanto, éstas no constituyen a su respecto derechos derivados, al tenor de la disposición más arriba transcrita.

CONCLUSION

Los profesionales funcionarios afechos a la Ley 10.223, provenientes de los ex-Servicios de Beneficencia y Asistencia Social, si bien conservan, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 14 transitorio de la Ley 10.383 la condición jurídica de empleados de la referida ex institución, no tienen derecho a las franquicias contempladas en el Reglamento Personal de los citados servicios.

Saluda atentamente a Ud. Jefe Depto. Jurídico.

INTERVENCION DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD EN LA INSTALACION Y FUNCIONAMIENTO DE MATADEROS

Nº 242 de 5 de febrero de 1958.

Señor Sub Director Normativo: **Relación.**— Don Antonio Massanes, domiciliado en la calle San Joaquín Nº 165,

como representante de la Sociedad Industrial Matadero San Miguel, solicita autorización de funcionamiento del matadero de cerdos, ubicado en calle San Joaquín Nº 165, para cuyo efecto acompaña diversos antecedentes, entre los cuales se encuentra la aprobación de la I. Municipalidad de San Miguel.

El señor Jefe del Departamento de Higiene Ambiental, antes de pronunciarse sobre el aspecto técnico sanitario del establecimiento, estima conveniente obtener un pronunciamiento legal del Departamento Jurídico, por estimar que según la Ley 5.611, de 19 de febrero de 1939, la autorización que se solicita debe ser otorgada por la Municipalidad respectiva con exclusión de cualquiera otra autoridad.

Examen.— Están en un error los que piensan que no corresponde al Servicio Nacional de Salud otorgar la autorización necesaria para que un matadero, sea municipal o particular, pueda instalarse y funcionar o que no es facultad propia de él proveer a su inspección y reglamentación.

No es necesario entrar a un estudio de las disposiciones de la Ley 10.383, como el artículo 62 que lo crea y define los objetivos que justifican su existencia, ni el artículo 63 que señala sus atribuciones, ni el artículo 82 que deroga todas las disposiciones legales que sean contrarias a los fines perseguidos con su creación.

Basta sólo tener presentes las disposiciones reglamentarias vigentes, así como el principio de la obligatoriedad de las instrucciones emanadas del Presidente de la República de conformidad con el artículo 72 Nº 2 de la Constitución Política del Estado, para concluir que no sólo es una facultad, sino una obligación del Servicio Nacional de Salud pronunciarse y resolver las solicitudes sobre instalación y funcionamiento de mataderos.

Dice el artículo 1º del Decreto Supremo Nº 850, de 21 de abril de 1953, que aprobó el Reglamento para la Manipulación Higiénica de los Alimentos:

"El funcionamiento de la fábricas de alimentos, mataderos, mercados, panaderías, carnicerías, lecherías, pastelerías, fruterías, fuentes de soda, bares, cantinas y otros establecimientos comerciales en cuanto elaboren, almacenen, manipulen o expendan productos o sustancias alimenticias, se regirán por las normas que a continuación se indican. Agrega el artículo 2º "La autoridad sanitaria correspondiente otorgará la autorización de funcionamiento, a solicitud del interesado y previa aprobación del local. Sin embargo, cuando se trate de fábricas de alimentos productos mediante máquina, la autorización será concedida por el Director General de Sanidad o su Delegado.

Por último, el artículo 3º dice:

"Las Municipalidades del país no podrán otorgar patentes ni autorizar la apertura al público de ninguno de los establecimientos referidos, ni otorgar permiso a los vendedores ambulantes y puestos de alimentos en la vía pública, si no cuentan con la autorización indicada.

"La infracción a este artículo será sancionada precisamente con la clausura del establecimiento, además de lo indicado en el artículo 23 de este Reglamento.

Por su parte, el Reglamento Orgánico del Servicio Nacional de Salud, Decreto Supremo Nº 856 de 21 de abril de 1953, dice en su artículo 7º "Los municipios no podrán otorgar patentes a los locales que produzcan, expendan y distribuyan alimentos, sin previo informe favorable del Servicio Nacional de Salud".

A mayor abundamiento, dice el artículo 26 Nº 6 del Código Sanitario, en concordancia con el artículo 1º, letra g) del Decreto Supremo Nº 856 ya citado, que corresponde al Servicio Nacional de Salud proveer a la inspección y reglamentación de mataderos.

Conclusión.— En virtud de lo dispuesto en los artículos 62, 63 y 82 inciso 2º de la Ley 10.383; artículo 26 Nº 6 del Código Sanitario; artículo 1º letra g) y 7º del Reglamento Orgánico del Servicio, Decreto Supremo Nº 856, de 21 de abril de 1953 y artículos 1.º, 2.º y 3.º del Decreto Supre-

no N° 860 de igual fecha, ambos del Ministerio de Salud, es facultad del Servicio Nacional de Salud inspeccionar, reglamentar y autorizar o denegar solicitudes para la instalación y funcionamiento de mataferos y al mismo tiempo una obligación ineludible de la esencia misma de este Servicio.

No incumbe al Servicio resguardar la supuesta exclusividad de la explotación comercial de mataferos; sólo le interesan desde el punto de vista

sanitario y así lo comprendió la Ley 10.383 cuando entregó al Servicio Nacional de Salud las facultades que las municipalidades tenían en el orden médico sanitario.

El presente informe ratifica la doctrina tradicional de la ex Dirección General de Sanidad, sobre la materia.

Saluda atentamente a Ud., **Jefe del Departamento Jurídico.**

APLICACION DEL REGLAMENTO N° 511 SOBRE GENERADORES DE VAPOR

N° 346, de 13 de febrero de 1958.

Señor Sub-Director Normativo:

Relación.— Por Oficio N° 310, de 11 de diciembre de 1957, el Jefe del Sub-Departamento de Higiene, Seguridad y Medicina del Trabajo, pide instrucciones para la aplicación del Reglamento N° 511 sobre Generadores de Vapor.

Agrega que como la orden administrativa N° 10, de 25 de noviembre de 1957, sólo delega en el Jefe de la VI Zona de Salud la facultad necesaria para sancionar las infracciones al Reglamento N° 511, es necesario que esta delegación se extienda a las demás zonas del país, cuyos jefes continúan careciendo de atribuciones para aplicar el Reglamento citado.

Examen.— La orden administrativa N° 10, de 25 de noviembre de 1957, tuvo por objeto quitar atribuciones en el orden sanitario al Jefe de la VI Zona de Salud para entregárselas a los Jefes de Centros de Salud de su territorio jurisdiccional.

No obstante, en la letra A) del N° 1° dejó subsistente para dicha Jefatura algunas facultades y entre éstas le delega la de aplicar, previo sumario sanitario, las medidas y sanciones contempladas en el Decreto Supremo N° 511, de 10 de mayo de 1957, del Ministerio de Salud.

Para el resto de las Zonas del país la situación no ha cambiado, pues sigue rigiendo la orden administrativa N° 8, de 4 de abril de 1956, que delega en los Médicos Jefes Zonales la facultad de aplicar sanciones y disponer clausuras y decomisos previos sumarios sanitarios instruidos en el centro de salud en caso de infracciones de cualquiera de las disposiciones del Código Sanitario o de sus Reglamentos, de las ordenanzas o decretos que dicte el Director General o los mismos médicos jefes de centros de salud, en uso de sus atribuciones, de conformidad a las disposiciones de los artículos 188, 189, 243, 244, 245, 256, 258 y 266 del Código Sanitario.

No habría, pues, necesidad de dictar una nueva orden administrativa para que los Jefes Zonales restantes puedan aplicar el Reglamento N° 511 ya citado.

No obstante, este Reglamento establece que las infracciones a cualesquiera de sus disposiciones o a las que dicte el Servicio Nacional de Salud sobre

instalación y funcionamiento de los Generadores de Vapor, serán sancionadas de acuerdo con las disposiciones del Código del Trabajo y el artículo 46 del mismo cuerpo reglamentario expresa: "el procedimiento para la aplicación de las sanciones o que diere lugar las infracciones a las disposiciones del presente Reglamento será el establecido en el Código del Trabajo".

En consecuencia, las delegaciones contempladas en la orden administrativa N° 10 para el Jefe de la VI Zona de Salud y en la orden administrativa N° 8 para el resto de las Zonas del país en cuanto delegan la facultad de sancionar las infracciones al Reglamento N° 511 son inaplicables por cuanto el Director General de Salud no tiene facultades para sancionar dichas infracciones y mal puede delegar atribuciones que no tiene.

El Servicio Nacional de Salud no puede aplicar sanciones por las infracciones antes citadas, sino que debe ceñirse al procedimiento que se indica en el Código del Trabajo para las infracciones legales señaladas en los artículos 554 al 560 de dicho cuerpo legal que transcribimos a continuación:

"Artículo 554 (475).— Las denuncias por infracciones a las disposiciones de este texto se harán ante los tribunales del trabajo por los inspectores del ramo y demás funcionarios competentes.

"Artículo 555 (476).— El acta en que un Inspector del Trabajo, como testigo presencial, acredite la existencia de la infracción, constituirá presunción legal de la efectividad del hecho denunciado, siempre que sea ratificada ante el juez competente.

"Artículo 556 (477).— Recibida la denuncia, se citará para uno de los cinco días siguientes a un comparendo, en el que el denunciado podrá hacer valer sus medios probatorios.

"Artículo 557 (478).— Celebrado el comparendo a que se refiere el artículo anterior, el juez dictará sentencia inmediatamente o a más tardar dentro de tercero día.

"Artículo 558 (479).— Las disposiciones del párrafo A) de este Título, se aplicarán a este procedimiento en cuanto fueren compatibles.

"Artículo 559 (480).— Las multas se decretarán contra el patrón, director, gerente o jefe de la

empresa, establecimiento u obra donde el trabajo se preste, y serán solidariamente responsables con ellos la compañía, sociedad o institución propietaria de la industria o establecimiento.

Artículo 560 (481).— Las multas que se aplican por los Tribunales del Trabajo se cobrarán conforme al procedimiento ejecutivo indicado para la ejecución de la sentencia, y el mandamiento se dictará de oficio.

Estas multas serán a beneficio del Fisco y se pagarán directamente por el infractor en arcas fiscales.

Las multas se entenderán sin perjuicio de las facultades del Tribunal para decretar la detención del infractor por cinco o diez días, si la multa no fuere pagada dentro del décimo día de notificada la resolución que la impone, apremio que podrá repetirse hasta el pago total de la multa.

Llama la atención que un Reglamento como el N° 511, que contiene las instrucciones que el Presidente de la República da para cumplir los artículos 194, 195 y 243 del Código Sanitario y artículos 63 y 72 de la Ley 10.383, termine aplicando el Código del Trabajo para sancionar las infracciones a la ley sanitaria reglamentada.

Hay, pues, una manifiesta incongruencia en el Decreto Supremo que comentamos, por lo que es procedente solicitar su modificación al Ministerio

de Salud, para cuyo efecto nos permitimos enviar el correspondiente ante-proyecto.

Conclusión. — El procedimiento para sancionar las infracciones al Reglamento N° 511, sobre generadores de vapor, es el señalado en los artículos 554 y siguientes del Código del Trabajo, de conformidad con los artículos 45 y 46 del Reglamento N° 511. Los Jefes Zonales tienen la facultad de aplicar y sancionar las infracciones que comprueben en términos amplios según la orden administrativa N° 8 y el Jefe de la VI Zona de Salud tiene facultades especiales para lo mismo, de conformidad con la letra ñ) de la orden administrativa N° 10.

No obstante, es inaplicable la delegación para sancionar las infracciones al Reglamento N° 511, pues el Director General carece de dichas facultades por estar expresamente entregadas a los Tribunales del Trabajo de conformidad con los artículos 554 a 560 del Código del Trabajo.

Mientras no se modifique el Reglamento, deberá aplicarse el procedimiento señalado en el Código del Trabajo.

Para subsanar esta incongruencia se propone un proyecto de modificación al Reglamento sobre Generadores de Vapor.

Saluda atentamente a Ud. Jefe del Depto Jurídico.



El pensamiento no es más que un soplo, pero ese soplo remueve el mundo.— VÍCTOR HUGO.

**LEY N° 12.865 QUE AUMENTA LAS RENTAS
DEL PERSONAL DEL SERVICIO**

Circular N° 1212 de febrero de 1958.— Por Ley N° 12.865, de 12 de febrero de 1958, publicada en el Diario Oficial N° 23977 de 20 del mismo mes, se aumentan las rentas del Personal del Servicio Nacional de Salud.

El texto de dicha Ley es el siguiente:

Artículo 1°— Substitúyese en el artículo 9° de la Ley N° 12.223, la expresión "grado 13°" por "grado 11°".

Artículo 2°— Substitúyese en el artículo 12° de la Ley N° 12.434, la cifra de "\$ 250.000" por "\$ 320.000".

Artículo 3°— Auméntase en dos grados o categorías, los grados o categorías que corresponden a los cargos consultados en la planta del Servicio Nacional de Salud, establecida conforme a la escala contenida en el artículo 19° del D. F. L. N° 256, de 1953, y sus modificaciones posteriores, y en la planta del Servicio Médico Legal, no afecto a la Ley N° 10.223.

El personal afecto a dichas plantas que actualmente tiene registrado su nombramiento en la Contraloría General de la República, no requerirá de nueva designación y se entenderá nombrado en la categoría o grado que le correspondía por este artículo, por el solo ministerio de la presente ley.

Los aumentos que se otorgan en el inciso primero del presente artículo no importarán ascenso para los afectos del artículo 74° del Estatuto Administrativo.

Artículo 4°— Los empleados provenientes de las instituciones o servicios semitaquales que se incorporaron al Servicio Nacional de Salud por virtud de lo dispuesto en la Ley N° 10.383, gozarán de una asignación equivalente al 50% de los sueldos bases de que disfrutaban conforme a la escala de grados y sueldos respectiva. Esta asignación será de un 100% de sus sueldos bases para los Laboratoristas Dentales de este Servicio y del Servicio Médico Nacional de Empleados.

La asignación concedida por el inciso anterior será considerada como integrante de los sueldos bases y no constituirá modificación de remuneraciones para los efectos del artículo 20° de la Ley N° 7.295.

Artículo 5°— El personal proveniente de los servicios médicos y sanitarios de las Municipalidades, gozará de una asignación equivalente al 15% de sus sueldos bases, la que se considerará como sueldo para todos los efectos legales.

Artículo 6°— Los jornaleros del Servicio Nacional de Salud, con excepción de los obreros agrícolas, tendrán un aumento de salario, equivalente al 15% de los mismos.

Artículo 7°— El personal del Servicio Nacional de Salud que goce de la bonificación especial autorizada por el artículo 92° de la Ley N° 12.434, continuará disfrutando de ella en la misma cuantía que la ha percibido hasta ahora, a pesar del aumento de remuneraciones que le otorga la presente ley.

Artículo 8°— El mayor gasto que demande el cumplimiento de la presente ley será de cargo de las instituciones empleadoras, las que quedan facultadas para modificar sus presupuestos y aumentar sus gastos de administración para estos efectos.

El Servicio Nacional de Salud efectuará este gasto con cargo al 5,5% de aporte del Estado que establece el artículo 59°, letra b) de la Ley N° 10.383, el cual será entregado directamente por el Fisco a este servicio, por duodécimos anticipados.

Con cargo a los recursos contemplados en la Ley de reajustes de sueldos, la Tesorería General de la República pondrá, anualmente, a disposición de la Universidad de Chile, la cantidad de 245 millones de pesos, a fin de que atienda el mayor gasto que representa el artículo 1° de la presente ley, y a disposición de la Universidad de Concepción, la suma que corresponda para los mismos fines.

Artículo 9°— Agréganse los siguientes nuevos incisos al artículo 5° de la Ley N° 12.434:

"Los funcionarios inscritos en el Registro Nacional de Contadores cuyos cargos figuren en la Planta del Departamento de Finanzas y Presupuestos del Servicio Nacional de Salud, gozarán de una asignación del mismo monto que la fijada en el inciso primero del presente artículo.

El gasto que represente el pago de esta asignación se hará con cargo al 5,5% de aporte del Estado que establece el artículo 59°, letra b) de la Ley N° 10.383".

Artículo 10°— El aporte a favor del Servicio Nacional de Salud que consulta la letra i) del artículo 65° de la Ley N° 10.383, consistirá en las cantidades que los presupuestos vigentes para el año 1952 destinaban a funciones médicas y sanitarias, aumentadas anualmente en un porcentaje igual al tanto por ciento del mayor volumen que experimenten dichos presupuestos.

Artículo 11°— El gasto que demande la aplicación del artículo 3° para el personal del Servicio Médico Legal no afecto a la ley N° 10.223, se financiará con cargo al rendimiento que produzca un gravamen de \$ 300 sobre cada uno de los informes de lesiones que emita el Servicio Médico Legal, cantidad que deberá ser consignada a favor del

fisco en la regulación de las costas del respectivo proceso, en conformidad con el artículo 504 del Código de Procedimiento Penal.

Artículo 12°— La primera diferencia de sueldo que resulte de la aplicación de esta ley no ingresará a la respectiva Caja de Previsión y quedará, en consecuencia, a beneficio del personal a que se refiere la presente ley.

Artículo 13°— Los reajustes establecidos por esta ley se aplicarán a las remuneraciones vigentes al 31 de diciembre de 1957 y, en seguida, sobre las rentas que se obtengan, se agregarán los aumentos de remuneraciones que se acuerden para todos los servidores del Estado en virtud de disposiciones generales de ley.

Artículo 14°— Aplicase en su totalidad el artículo 76° del Estatuto Administrativo y déjase sin efecto la Circular N° 1.174 de la Dirección General del Servicio Nacional de Salud.

Artículo 15°— No se aplicarán las disposiciones del artículo 133° del D. F. L. N° 256, Estatuto Administrativo al personal del Servicio Nacional de Salud que hubiere incurrido en abandono de sus funciones, entre los días 17 y 24 de diciembre de 1957.

Artículo 16°— La presente Ley regirá desde el 1° de enero de 1958°.

Para los efectos de la aplicación del Art. 1° que substituye el Artículo 9° de la Ley 10.223, la expresión grado 13° por 11°, se acompaña adjunto tabla con la nueva escala.

Los aumentos que otorga esta ley deberán cargarse a los ítem respectivos del Presupuesto de cada Establecimiento, para lo cual se enviará, en su oportunidad la respectiva modificación presupuestaria.

El Art. 92° de la Ley N° 12.434 estableció como mínimo de rentas para todo el personal, excluido el personal de Servicio, la suma de \$ 35.000 mensuales.

A los funcionarios que no alcanzaron a ese mínimo, en virtud del artículo 7° de esta Ley, el aumento se le cancelará sobre su sueldo base y la bonificación especial que percibían será la misma que gozaban al 31 de diciembre de 1957, no absorbiendo este aumento esa diferencia.

El Art. 12° dispone que la primera diferencia de sueldo que resulte a la aplicación de esta ley, no ingrese a la respectiva Caja de Previsión, quedando a beneficio del personal.

Según el Art. 14° los feriados del personal se ajustarán a las disposiciones del Art. 76° del D. F. L. N° 256, Estatuto Administrativo.

El Art. 15° deja sin efecto el descuento de sueldo por abandono de funciones dispuesto por la Circular N° 1171, complementada por la Circular N° 1181, de 26 de diciembre de 1957 y 3 de enero de 1958, respectivamente.

Según su Art. 16° este aumento regirá a partir del 1° de enero del presente año.

La Ley 12.861, publicada en el Diario Oficial N° 23966, de fecha 7 de febrero actual, reajusta los sueldos y jornales base de los empleados a contar del 1° de enero de este año.

Para el cumplimiento de las disposiciones de dicha Ley se tendrán presente las siguientes instrucciones:

1°—El Art. 1° reajusta en un 20%, desde el primero de enero de 1958, los sueldos y jornales bases reajustados conforme a la Ley N° 12.006 y Ley N° 12.434, tomando en cuenta para este reajuste el aumento concedido por la Ley N° 12.865.

2°—Para el cálculo de este reajuste se anexan tablas y algunos ejemplos.

3°—Según el Art. 8° el reajuste no está afecto a las deducciones de los Arts. 3° de la Ley N° 12.006 y 1°, inciso 3° de la Ley 12.434.

Para aclarar esta disposición se copia la parte pertinente de las Comisiones Unidas del Senado, que dice:

"El Art. 3° de la Ley 12.006, que estableció el reajuste de sueldos y jornales, aplicados durante el año 1956, dispuso que él sería rebajado en una tercera parte a los asalariados que no tuvieran cargas de familia o que contaran con menos de diez años de servicios. Esta rebaja que, según lo dispuesto en dicha Ley, debió regir sólo en el año 1956, repercutió, sin embargo, en el reajuste de la Ley N° 12.434 para el año 1957. Para evitar igual repercusión en el aumento del año 1958, se incluye la disposición del Art. 8° de este proyecto, el que fue aprobado con una enmienda propuesta por el señor Ministro de Hacienda, para regularizar la situación de los empleados afectados por dicha rebaja durante el año 1957".

4°—El primer aumento o diferencia de sueldo, incluso el producido por efecto del Art. 8, deberá ingresarse a las Cajas de Previsión, en conformidad al Art. 24°, en cuatro cuotas mensuales.

5°—La Asignación de Título, según el Art. 5° de la Ley N° 12.434 se reajustará sobre los sueldos totales, después de aplicado el reajuste de la presente ley. Debe ser considerada sueldo para todos los efectos de la jubilación, retiro, montepío, desahucio y viáticos, pero debe tenerse presente que en conformidad al Dictamen N° 22.225 de 27 de abril de 1957 de la Contraloría General de la República, no debe tomarse en cuenta para otros efectos, como por ejemplo, para el pago de la gratificación de zona.

6°—Los sueldos y jornales aumentados por la presente ley se reajustarán a la cifra más cercana divisible por 120.

7°—El sueldo vital para el presente año, en la provincia de Santiago, de acuerdo con el Art. 20° de esta ley, se ha calculado en \$ 42.103, y por tanto, la suma a rebajar para determinar el impuesto a la renta, será de \$ 10.526, que corresponde a un cuarto del sueldo vital. Para los obreros, la rebaja es de un 60 avo del vital, o sea, \$ 702 diarios.

8°—El pago del impuesto global complementario que corresponde a empleados y obreros podría hacerse, a solicitud de éstos, por descuentos en planillas, en diez cuotas mensuales, de julio a abril del año siguiente.

9°—Para el pago de sueldos del mes de febrero se confeccionarán las planillas en igual forma que en enero.

El reajuste de la Ley N° 12.861 y el aumento de la Ley N° 12.865, correspondiente a los meses de enero y febrero, se pagará por medio de una planilla suplementaria, en la cual se compensará el impuesto a la renta descontando además en los sueldos y jornales de enero y febrero, en atención a lo explicado en el punto 7°.

La planilla de sueldos del mes de marzo próximo deberá confeccionarse totalmente reajustada de acuerdo a ambas leyes.

- 10.—Para el cálculo del reajuste de esta Ley, a los empleados de la Planta "B", deberán seguirse las instrucciones contenidas en el Dictamen de la Contraloría General de la República que figura como Anexo 1 de la

Circular N° 993 de 3 de febrero de 1957 y alcanza en Circular N° 996 de 20 del mismo mes, sumados los porcentajes de aumentos establecidos por la Ley 12.434, sumado el aumento de la Ley 12.865.

- 11.—Al personal contratado se le aplicará el reajuste de la Ley 12.861 de acuerdo con el grado asignado en el respectivo decreto.
- 12.—Tanto los fondos que se remesen, como los pagos que se efectúen con cargo a la Ley N° 12.861, se contabilizarán en la "Cuenta Depósitos" Sub Cuentas "Ley 12.861".

Saluda atentamente a Ud. **Director General de Salud,**

CONSIDERACIONES AL DECRETO N° 1007, QUE REGLAMENTA

EL EMPLEO DE CLAVES EN PRODUCTOS ALIMENTICIOS

Circular N° 1208 de 19 de febrero de 1958.

El Ministerio de Salud Pública y Previsión Social, por Decreto N° 1007, de fecha 7 de septiembre de 1957, ha reglamentado el uso de la clave en los productos alimenticios.

Esta Dirección ha creído conveniente llamar la atención de los funcionarios del Servicio acerca del alcance de las disposiciones contempladas en el decreto antes mencionado, con el fin de que su cumplimiento se realice en colaboración con los propietarios de las industrias afectadas con dichas medidas.

El uso de la clave para designar la fecha de elaboración o envase de los productos alimenticios nació como una necesidad económica de poder delimitar partidas de alimentos que por defectos de elaboración pudiesen estar alteradas, contaminadas u ofrecer riesgo al consumidor y salvar del desperdicio a la retención aquellas otras que estuviesen aptas para el consumo. Algunas industrias habían sufrido fuertes pérdidas por no poder delimitar las partidas en cuestión. Fue así que al promulgarse el Decreto N° 770 "Reglamento de Alimentos", estableció en la letra c) del Art. 44 que deberían fecharse los productos envasados con una clave que dictaría la autoridad sanitaria.

Para dar cumplimiento a esa disposición se han dictado las siguientes Resoluciones y Decretos:

Resolución N° 3702, de 31 de octubre de 1944, que estableció un Registro de Fábricas y dispuso la clave que correspondía a cada productor y a cada tipo de alimento envasado.

Resolución N° 2015, de 3 de junio de 1952, que sobre las mismas bases de la anterior la modificó y completó. La clave otorgada por esta Resolución sigue siendo empleada por una gran mayoría de los fabricantes de conservas envasadas.

Al estructurarse el actual Servicio y con la finalidad de descentralizar la tramitación de autorización de las fábricas de alimentos, se dictó el De-

creto Supremo N° 1314, de 17 de diciembre de 1954 que trató de simplificar el procedimiento administrativo, suprimiendo el Registro de Fábricas y estableciendo la clave que está actualmente en uso y que por diversos aspectos técnicos sólo ha sido cumplida por escaso número de fabricantes.

Por último, el Decreto Supremo N° 1007, de reciente promulgación, tiende a regularizar y uniformar el empleo de la clave. Sus disposiciones entran en vigencia el 1° de enero de 1958. Este Decreto, además, faculta al Director del Servicio para establecer gradualmente los productos alimenticios que obligadamente deban ser fechados.

Junto a la presente Circular, los Jefes de Zona encontrarán ejemplares del Decreto N° 1007 y de la Resolución N° 150, que se ha dictado para fijar claramente los alimentos que deben cumplir con estas disposiciones.

Es el deseo de esta Dirección que tanto el Decreto N° 1007 como la Resolución N° 150 sean dados a conocer a todos y cada uno de los funcionarios del Servicio para que estén en condiciones de poder establecer la fecha exacta de envase de los productos alimenticios e impartir instrucciones precisas a los Inspectores Sanitarios en el sentido de dar a conocer dichas disposiciones a los propietarios de las industrias alimenticias para que entren a dar cumplimiento en la fecha indicada en el Decreto N° 1007.

Es conveniente que los Inspectores Sanitarios en su labor de control cooperen con la industria, dándoles las instrucciones precisas y, al mismo tiempo, educando a los propietarios en el sentido de que las disposiciones del Decreto N° 1007 tienen como principal finalidad la de salvaguardar sus intereses económicos por medio de la delimitación de sus partidas.

Saluda atentamente a Ud. **Director General de Salud.**

Nº 1007.

Santiago, 2 de septiembre de 1957.

Hoy se decretó lo que sigue:

Vistos: la necesidad de dar cumplimiento a lo dispuesto en el Reglamento de Alimentos, Decreto Nº 770, de 26 de septiembre de 1939, y el Decreto Nº 824, de 6 de junio de 1945 sobre "alimentos de uso médico", ambos del Ministerio de Salud Pública y Previsión Social, los estudios realizados por los Sub-Departamentos de Control de Alimentos y de Alimentación; lo informado por el Servicio Nacional de Salud en Oficio Nº 19934, de 26 de agosto de 1957, las atribuciones que me confiere el Código Sanitario y el Art. 72, Nº 2 de la Constitución Política del Estado,

DECRETO:

Artículo 1º— El uso de la clave a que se refiere la letra c) del artículo 44 del Reglamento de Alimentos, Decreto Nº 770, de 26 de septiembre de 1939 y de la letra c) del Art. 23 del Decreto Nº 824, de 6 de junio de 1945 sobre "alimentos de uso médico", será como se establece a continuación:

a) La fecha se expresará en un máximo de cuatro signos: los dos primeros indicarán el día; el tercero, el mes y el cuarto y último, el año.

b) El día se anotará con números arábigos; cuando la cifra correspondiente al día conste de un solo dígito, ésta se inscribirá en el segundo espacio, colocando en el primero el número cero;

c) El mes se indicará por letras mayúsculas desde la A hasta la L, según el orden siguiente:

A. Enero	E. Mayo	I. Septiembre
B. Febrero	F. Junio	J. Octubre
C. Marzo	G. Julio	K. Noviembre
D. Abril	H. Agosto	L. Diciembre

d) El año se indicará por el último dígito de la cifra, utilizando las letras mayúsculas desde la P hasta la Z, según el orden siguiente:

P Q R S T U V X Y Z

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

Artículo 2º— Los alimentos conservados en envase de hojalata llevarán la fecha o su clave estampada en relieve en la tapa del envase, mediante el empleo de estampadores de doble cuño.

Artículo 3º— Facúltase al Director del Servicio Nacional de Salud para imponer el cumplimiento de las disposiciones contenidas en la letra c) del Art. 44 del Reglamento de Alimentos, gradualmente, en el territorio nacional.

Artículo 4º— Déjase sin efecto lo establecido en el Decreto Nº 1514, de 17 de diciembre de 1954 y en el Art. 104 del Reglamento de Leche y Pro-

ductos Lácteos, Decreto Nº 1218, de 12 de agosto de 1942, ambos del Ministerio de Salud Pública y Previsión Social.

Artículo 5º— Las infracciones al presente Decreto serán sancionadas de acuerdo con lo establecido en el Código Sanitario.

Artículo 6º— Las disposiciones del presente Decreto comenzarán a regir a partir del 1º de enero de 1958.

Tómese razón, comuníquese, publíquese e insértese en la Recopilación que corresponde a la Contaduría General de la República.

Carlos Ibáñez del Campo. — Jorge Torreblanca Dreguet.

Lo que transcribo a Ud. para su conocimiento Saluda a Ud. (Fdo): Jorge González Rojas.

Resolución Nº 150
Año 20 de enero de 1958.

Vistos: lo informado por los Sub-Departamentos de Control de Alimentos y de Alimentación, lo establecido en el Art. 3º del Decreto Nº 1007, de 2 de septiembre de 1957 del Ministerio de Salud Pública y Previsión Social que reglamenta el uso de clave en los alimentos envasados, las atribuciones que me confiere dicho Decreto, el Art. 5º del Código Sanitario y el Art. 72 de la Ley 10.363, dicto la siguiente

RESOLUCION :

Los alimentos en cuya rotulación debe expresarse obligatoriamente la fecha de envase de acuerdo con la letra c) del Art. 44 del Reglamento de Alimentos, Decreto Nº 770 de 26 de septiembre de 1949, serán los que a continuación se indican:

La Margarita: los alimentos de "uso médico", incluyendo las harinas para lactantes; las conservas enlatadas o envasadas en frascos, sean éstas de origen animal o vegetal; los productos congelados, sean éstos de origen animal o vegetal; las jugas de carne, los caldos concentrados; el huevo en polvo, el pescado ahumado; las cecinas en general, a excepción de las salchichas vienesas cuya fecha será indicada en los envases de distribución; los leches en cualquiera de sus formas, a excepción de la leche pasteurizada en cuyos envases sólo se expresará el nombre del día de su distribución; los quesos, los envases para la distribución de los quesillos y los envases para el transporte y distribución de las ostras.

Anótase y comuníquese. — Director General de Salud.

Lo que me permite transcribir a Ud. para su conocimiento y fines consiguientes.
Saluda a Ud. Ministro de Fe.

SOBRE DESCUENTO DE 15% DE HOSPITALIZACION, EN CASO DE IMPONENTES DE LA LEY 10.383 DEL SERVICIO

Circular N° 1209, de 19 de febrero de 1958.

Relación. — Frecuentemente los señores Jefes de Zona consultan a esta Superioridad, si procede o no el descuento del 15% para hospitalización.

en los casos de imponentes de la Ley N° 10.383, que son al mismo tiempo funcionarios del Servicio Nacional de Salud provenientes de la ex Beneficencia. Se piensa que no procedería este cobro puesto que los funcionarios de Beneficencia tienen como franquicia el derecho de hospitalización. Se consulta al mismo tiempo, si procede el mismo descuento, en los casos de los obreros que cobran subsidios por estar en reposo y que se hospitalizan en pensionado, cancelando su valor.

Examen. — El artículo 27 de la Ley 10.383 establece: "Si el asegurado estuviere incapacitado para trabajar por enfermedad o accidente que no sea del trabajo, por un tiempo superior a tres días, recibirá un subsidio de enfermedad que será igual, por cada día que exceda de tres, al promedio del salario diario sobre el cual haya impuesto en los últimos seis meses calendario. Este promedio se determinará dividiendo por 180 el total de salarios o rentas a que correspondan las impositores de dicho período. De esta cantidad se descontará el 15% para el pago de impositores. Si el asegurado fuere hospitalizado, se descontará del monto del subsidio un 15% más para cubrir el costo de su alimentación en el Hospital.

"Las impositores del 15% darán iguales derechos que las impositores sobre salarios".

Por su parte el artículo 14 transitorio del mismo cuerpo legal establece: "No obstante lo establecido en el artículo 80, el actual personal de los distintos servicios que se incorporan al Servicio Nacional de Salud y al Servicio de Seguro So-

cial, conservará para todos sus efectos, su actual condición jurídica, su régimen de previsión y los derechos derivados de la legislación por la que se rigen a la dictación de la presente ley".

En virtud de la disposición últimamente transcrita, los funcionarios de la Beneficencia mantienen los derechos derivados de la legislación vigente al 8 de agosto de 1952, entre los cuales se encuentra el derecho a hospitalización en los establecimientos de la institución, contemplados en el artículo 109 del Reglamento del Personal de dicho servicio.

Con respecto a la segunda consulta y remitiéndolos al artículo 27, ya transcrito, que establece que se le descontará un 15% del subsidio al asegurado que fuere hospitalizado, para cubrir el gasto de su alimentación en el Hospital, es obvio que no procede efectuar este descuento en los casos que el asegurado pague su pensionado, ya que si así se hiciere se le estaría cobrando un doble pago por alimentación.

Conclusión. — En los casos de imponentes del Servicio de Seguro y que son a su vez funcionarios del Servicio Nacional de Salud, provenientes de los ex Servicios de Beneficencia y Asistencia Social, no procede el descuento del 15% de alimentación que establece el artículo 27 de la Ley N° 10.383 por los razones que se indican.

En los casos de imponentes del Servicio de Seguro Social que se hospitalizan en pensionado y que pagan ellos directamente este servicio, tampoco procede el descuento del 15% establecido en el artículo 27.

Saluda atentamente a Ud., Director General de Salud.

MONTO DE LA GRATIFICACION DE ZONA DURANTE

EL AÑO DE 1958, APROBADO POR LEY N° 12.844

Circular N° 1183 de 10 de enero de 1958.

La Ley N° 12844, publicada en el Diario Oficial N° 23934, de 31 de diciembre de 1957, que aprobó el Cálculo de Entradas y el Presupuesto de

Gastos de la Nación para el año 1958, dispone en su artículo 9° lo siguiente:

"Artículo 9°— Fijanse para el año 1958 los siguientes porcentajes de gratificación de zona, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 34 del DFL N° 256, de 1953, y el artículo 10 de la Ley N° 9.953, para el personal radicado en los siguientes lugares:

PROVINCIA DE TARAPACA ———— 40%
El personal que preste sus servicios en los

Retenes "La Palma", "San José" y "Narciso"; en Villa Industrial, Picochile, Piquios, Central, Codpa, Chialluma, General Lagos, Avanzada de Aduana de Chaca, Camarones, Pisco, Zapiga, Aguada, Poroma, Sibaya, Huaviña, Mocha, Pachica, Tarapacá, Huara, Caleta Huanillos, Pintados, Matilla, Pica, Iris, Victoria (ex Brac), Alianza, Buenaventura, Posta Rosario y Pozo Almonte, tendrá el

60%

El personal que preste sus servicios en Visviri, Putre, Alcérreca y Cuya, tendrá el

80%

El personal que preste sus servicios en Parinacota, Chungará, Bolén, Cosapilla,

Caquena, Chilcaya, Huaytiri, Isluga, Chiapa, Chusmiza, Cancosa, Mamiña, Huatacondo, Loguna del Huasco, Retén Camiña, Ticnamar, Socoroma, Chapiquiña, Encuelga, Caruquima, Chiapa, Sotoca, Jaiña, Camiña, Chapiquiña, Miñi-Miñe, Parca y Macaya, Portezuelo de Chapiquiña y Retén Caritaya, tendrá el ————	100%	PROVINCIA DE MALLECO:	
PROVINCIA DE ANTOFAGASTA ————	30%	El personal que preste sus servicios en la localidad de Lonquimay, tendrá el ————	30%
El personal que preste sus servicios en los departamentos de Taltal y Tocopilla y en las localidades de Coya Sur, María Elena, Pedro de Valdivia, José Francisco Vergara, Colama, Chuquicamata y departamento de El Loa, tendrá el ————	50%	PROVINCIA DE CHILOE ————	20%
El personal que preste sus servicios en Chiu-Chiu, San Pedro de Atacama, Tocoñao, Estación San Pedro, Quillahue, Prosperidad, Rica Aventura, Empresa, Algarota, Mina Despreciada, Chacanco, Miraje, Galico, Baquedano, Pampa Unión, Sierra Gorda, Concepción, La Paloma, Estación Chela, Altamira, Mineral, El Huanaco, Catalina, Sierra Overa, Mejillones, Flor de Chile, y Retén Oficina Alemania, tendrá el ————	60%	El personal que preste sus servicios en Chile Continental y Archipiélago de Las Guaitecas, tendrá el ————	60%
El personal que preste sus servicios en Ascotán, Socaire, Peine, Caspana, Ollaque, Ujina (ex-Collahuasi) y Río Grande, tendrá el ————	100%	El personal que preste sus servicios en la Isla Hualo, Futalellú y Palena, tendrá el ————	100%
PROVINCIA DE ATACAMA ————	30%	PROVINCIA DE AYSÉN ————	60%
PROVINCIA DE COQUIMBO ————	15%	El personal que preste sus servicios en Chile Chico, Baker, Río Ibáñez, La Colonia, Cisnes, Balmaceda, Lagá Verde, Cochrane, Río Mayer, Ushuaia, Retenes "Coyhaique Alto" y "Puesto Viejo", tendrá el ————	100%
PROVINCIA DE VALPARAISO:		PROVINCIA DE MAGALLANES ————	60%
El personal que preste sus servicios en la Isla Juan Fernández, tendrá el ————	60%	El personal que preste sus servicios en la Isla Navarino, San Pedro, Muñoz Gamero, Pictón y Punta Yamara, tendrá el ————	100%
El personal que preste sus servicios en la Isla de Pascua, tendrá el ————	100%	El personal que preste sus servicios en Isla Diego Ramírez, tendrá el ————	300%
PROVINCIA DE CONCEPCION ————	15%	El personal que preste sus servicios en Islas Evangelistas, tendrá el ————	150%
PROVINCIA DE ARAUCO ————	10%	TERRITORIO ANTARTICO:	
		El personal destacado en la Antártida, de acuerdo con el artículo 1º de la Ley Nº 11.492, tendrá el ————	600%
		El personal de la Defensa Nacional que forme parte de la Comisión Antártica de Releva, mientras dure la comisión, tendrá el ————	300%
		Saluda atentamente a Ud. Director General de Salud.	

REITERA PROHIBICION DE PERCIBIR MAS DE UNA

ASIGNACION FAMILIAR POR UNA MISMA CARGA

Circular Nº 1185 de 14 de enero de 1958.

otorgado por la Ley Nº 12462, publicada en el Diario Oficial Nº 23788, de 6 de ese mes y año.

En las páginas 2 y 3 de dicha Circular se transcribió el Art. 11 de la ley señalada, cuyo texto es el siguiente:

"Art. 11. — A partir del 1º de enero de 1958 ninguna persona podrá percibir más de una asignación familiar por una misma carga y tampoco podrá hacerse valer una misma carga por dos o más personas, sea ésta pagada por organismos de previsión, el Estado, organismos fiscales, semifiscales o autónomos, Municipalidades o particulares. A partir de la fecha indicada caducarán to-

dos los reconocimientos de cargas familiares vigentes a dicha fecha que no cumplan con lo dispuesto en el inciso primero del presente artículo.

Todos los beneficiarios de asignación familiar deberán presentar una declaración jurada en el sentido de que las asignaciones que perciben no se encuentran afectas a ninguna de las incompatibilidades que establece el inciso primero. Sólo se exceptuarán de esta declaración jurada los beneficiarios del régimen de asignación familiar del DFL. Nº 245.

Los infractores de esta disposición deberán restituir las cantidades que percibían indebidamente a partir del 1º de enero de 1958 y en caso de establecerse que ha mediado dolo, serán castigados como autores del delito de estafa".

Aparte de lo anterior, deberá tenerse presente lo establecido en el Art. 3º Transitorio de la misma Ley que expresa:

"No obstante lo dispuesto en el artículo 11, que en la actualidad gozan legalmente del beneficio de la doble asignación, en regímenes previsionales separados, tendrán derecho a continuar percibiendo ambas asignaciones, aún después del 1º de enero de 1958, pero sólo una de ellas será reajustada de acuerdo con las normas establecidas en la presente ley, manteniéndose la otra en su monto actual".

Ruego a Ud. disponer lo necesario a objeto de que, con ocasión del pago de remuneraciones del mes de enero de 1958, se cumplan fielmente estas disposiciones.

Saluda atentamente a Ud., Director General de Salud.

CUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES

DEL ART. 105 DEL ESTATUTO ADMINISTRATIVO

Circular N° 493 de 10 de enero de 1958.

Por Oficio-Circular N° 30.021 del 18 del actual, esta Superioridad impartió instrucciones respecto al cumplimiento de las disposiciones contenidas en el Art. 105 del Estatuto Administrativo, según las normas que al efecto señaló la Contraloría General de la República, concluyendo en que "no podrá efectuarse nombramiento en ningún carácter con efecto retroactivo respecto a la dictación del decreto correspondiente".

Dada la configuración estructural del Servicio en Zonas de Salud, que en el plano administrativo operan descentralizadas mediante el régimen de facultades delegadas, se advirtió que la aplicación de esta medida acarrearía serias dificultades, toda vez que las resoluciones de los señores Jefes de Zonas sólo adquieren fuerza legal una vez que esta Dirección General las tramita a la Contraloría con su correspondiente número y fecha, de suerte que esta última necesariamente tendrá que resultar discordante con la de asunción de funciones por el empleado.

Representados estos inconvenientes al Organismo Contralor, se ha convenido en establecer que

para los efectos contemplados en el citado Art. 105 del Estatuto Administrativo y, en particular, de la norma relativa a la retroactividad de los nombramientos señalados al comienzo, los Decretos respectivos deberán consignar en términos claros el lugar y fecha de su expedición, en el espacio intermedio al final de su texto resolutivo y la fórmula "Tómese razón, Regístrese y Comuníquese", ya que será ésta en definitiva la fecha que la Contraloría aceptará como válida para determinar el momento en que legalmente comienza a regir el nombramiento.

En estas condiciones, no podrá efectuarse ninguna designación con efecto retroactivo a dicha fecha, y desde luego que tampoco podrá aceptarse que la misma resulte manifiestamente desproporcionada con el plazo que prudencialmente puede estimarse razonable para que los Decretos se tramiten a la Oficina de Partes de esta Dirección General, que como se ha dicho, es la dependencia que consigna oficialmente la fecha de emisión del Decreto a Contraloría.

Saluda atentamente a Ud., Director General.

INSTRUCCIONES PARA LA VERIFICACION

Y REVISION DE LOS ESCALAFONES ZONALES

Circular N° 1210 de 21 de febrero de 1958.

El Departamento del Personal ha completado la preparación de los Escalafones del Personal del Servicio que se remiten adjuntos, excepción hecha del personal llamado de "Servicio", que por su cuantía no ha sido posible terminar en el curso del año 1957.

Señalaremos las características de este trabajo y fijaremos su alcance a objeto de que las distintas dependencias del Servicio operen con procedimientos uniformes y sea posible obtener el máximo de rendimiento y una evaluación objetiva de su utilidad en ésta, que debe ser considerada como la primera etapa, previa y preparatoria a su confección definitiva.

Del Escalafón:

La obligación emana de los Arts. Nos 62 al 66 del Estatuto Administrativo que se complementan con los Arts. 69 al 73 del mismo cuerpo legal, con arreglo a los cuales debe efectuarse el proceso de las promociones o ascensos.

En virtud de la reglamentación especial del Servicio Nacional de Salud (Art. 11 del Reglamento del Personal), los Escalafones se encuentran fraccionados por Zonas de Salud y se mueven separadamente con límite máximo de grado en cada una de ellas por encima del cual los funcionarios pasan al Escalafón Nacional que está formado por los grados 4º y superiores (considerando las disposiciones de la Ley N° 12.865).

De esta configuración resulta que la formación de los Escalafones Zonales supone en el hecho, considerar las respectivas Zonas, para estos efectos, como servicios separados que deberán promover el ascenso de sus funcionarios en cada Escalafón de acuerdo con su especialidad o cometido funcional y en relación con los respectivos cargos consultados en los Presupuestos dependientes de la Zona separadamente hasta el grado 5º, inclusive.

Características del trabajo realizado

El proceso de formación del Escalafón que ahora se entrega a los señores Jefes de Zona, ha debido ajustarse a las condiciones particulares en que se ha desarrollado de modo general la ordenación del personal del Servicio a través de diferentes etapas que culminaron con el encasillamiento de la casi totalidad del personal el 28 de diciembre de 1956.

Las dificultades de verificación, ordenación y calificación de una información cuantitativa tan considerable, se han visto permanentemente acentuadas a causa de la coordinación que ha sido menester guardar con la Contraloría General de la República, tanto en el aspecto formal del trabajo mismo, cuanto en la interpretación de las numerosas leyes y reglamentos que debe observar el Servicio.

El primer hecho que resalta está referido a la falta de equivalencia entre las cobidas presupuestarias de cada Zona por grado y condición funcionaria y el número de empleados encasillados en los mismos de acuerdo con su especialidad.

El fenómeno enunciado encuentra su explicación en la circunstancia de haberse operado para el encasillamiento sobre un resumen nacional de cargos sin sujeción a la cobida presupuestaria de cada Zona, tanto por parte de Contraloría como de la propia zonal, ya que a la fecha en que el encasillamiento se inició no se encontraba aprobado el Reglamento del Personal. Aparejado a ello, las Zonas formularon sus proposiciones de encasillamiento sin sujeción a un control estricto de los cargos presupuestarios de su dependencia. Consecuencia de este hecho, es que al efectuarse la separación de la Planta total del Servicio en Plantas Esquemáticas Zonales, resultó en muchos casos que una Zona había excedido el número de sus cargos ocupando vacantes de otra.

Evidentemente subsistía para el Servicio la necesidad imperativa de encuadrarse dentro del número de cargos consultados en la Planta General, de suerte que fue menester efectuar las compensaciones indispensables mediante decretos modificatorios de encasillamiento o de traslado de funcionarios a que se refiere nuestro Oficio Circular N° 29.130 de fecha 10 de diciembre de 1957 aún cuando no correspondiera a la Zona en que se le encasillaba.

Nuestra obligación de cuadrar los tres factores que juegan a nivel zonal de este proceso, a saber: cobida presupuestaria, Planta Esquemática y Escalafones para trabajar con índices que se puedan conjugar, hace menester diferir para más adelante las modificaciones presupuestarias co-

respondientes a las medidas de emergencia que ha sido preciso adoptar.

El segundo hecho de importancia capital que corresponde destacar para informar debidamente las resoluciones que ha tomado la Dirección General, es el que dice relación con la designación de Interinos por parte de las Zonas, sin especificación en el decreto respectivo de la vacante que pasaban a ocupar.

Sobre el particular es conveniente establecer, para una mejor comprensión del problema creado, que los Interinos también se vacían en el Escalafón, ya que corresponden a movimientos de personal que gravitan sobre la Planta.

Así las cosas, operando Contraloría como se ha dicho, en relación con una Planta General de cargos (nacional) subdividida sólo por grados, el vaciamiento de los interinatos en el Escalafón provisorio que llevaba dicho organismo sin especificación de la vacante que debían ocupar, fue restando progresivamente plazas (vacantes absolutas) reservadas para encasillar funcionarios con servicios prestados al 8 de agosto de 1957 que se encontraban pendientes por falta de relaciones de servicios u otra causa.

Esta situación, que como es natural, provocó una considerable menor cobida en las plantas e impidió cursar decretos de encasillamientos, fue resuelta mediante la sustitución de interinatos por contratos, según se informó oportunamente al Servicio mediante la Circular N° 1.090.

Resumiendo la situación expuesta tenemos que para conformar los Escalafones el Departamento del Personal debió:

- 1º Separar en Plantas Zonales y Planta Nacional, la Planta General del Servicio.
- 2º Confeccionar las respectivas Plantas Esquemáticas.
- 3º Confeccionar los Escalafones por especialidad o cometido funcional, verificando la situación individual de cada funcionario encasillado para determinar su ubicación en el Escalafón correspondiente.
- 4º Cuadrar Plantas Esquemáticas y Escalafones entre sí por zona y nacionalmente.
- 5º Calcular la antigüedad en el Servicio y en el cargo de cada funcionario y fijar el orden de procedencia que de acuerdo con estos factores corresponden a cada uno en el respectivo Escalafón.

MODALIDAD DE OPERAR DE LOS ESCALAFONES: Se ha indicado en la primera parte de estas instrucciones, las disposiciones del Estatuto Administrativo en concordancia con las cuales deben operar los Escalafones del personal de la Administración Civil del Estado, estableciéndose así mismo la estructura peculiar de la Planta y Escalafones del Servicio Nacional de Salud.

Por otra parte hemos advertido que la ordenación efectuada sólo computa como antecedente el factor antigüedad a causa de no contarse a la fecha con calificaciones oficialmente válidas y completas que permitan confeccionar la lista de mérito, a fin de reunir los dos factores mediante los cuales reglamentariamente puede operar el Escalafón.

En estas condiciones, a la recepción de los Escalafones que se acompañan, los señores Jefes de Zonas deberán atenerse a las siguientes normas de:

PROCEDIMIENTO PARA REVISAR LOS ESCALAFONES:

El objetivo de la revisión es establecer la veracidad de ciertos datos, que son esenciales para el manejo del Escalafón, y, constituyendo esta revisión la última etapa de un proceso realizado a la luz de los datos que constan de nuestras fuentes de información y de la Contraloría, debe destacarse la minuciosidad del procedimiento, por cuanto las observaciones que las Zonas formular deben estar fundadas en datos concretos y plenamente verificados.

El personal que se destine para este trabajo debe ser aquel que maneja los Controles de Cargos, bajo la supervigilancia inmediata del Secretario de la Zona o Jefe de Personal según correspondiera, de modo de obtener un trabajo responsable e idóneo. Debe tenerse presente el hecho que las observaciones que se hagan, tendrán efecto sobre los Escalafones que maneja Contraloría General, de modo que la idoneidad de aquéllos es esencial.

Para iniciar la revisión se precisan 4 elementos: Escalafón, Control de Cargos, Presupuestos y Planilla de sueldos.

Primera fase

Debe verificarse, en primer término, la coincidencia entre la distribución presupuestaria de los diversos cargos y grados, con la que figura en la columna 6 (Establecimiento). La distribución de las Plantas por establecimientos, ha sido considerada de acuerdo con el Presupuesto vigente al 1º de enero de 1957, agregándose posteriormente las creaciones y supresiones de cargos, cuando las modificaciones acordadas por el H. Consejo han sido cursadas por Contraloría al 31 de enero del presente año.

Las Zonas han recibido la transcripción de los Decretos Internos modificatorios de los Presupuestos durante el año 1957, pero debe advertirse que todos éstos no fueron tramitados por Contraloría, de modo que sólo deben considerarse aquellas creaciones y supresiones que van en el anexo de los Escalafones. Naturalmente que, si a pesar de todo hay diferencias, deberán detallarse indicando: Número de Decreto Interno, Cargo creado o suprimido y Persona a quien afecta.

Llamará la atención la diferencia de denominaciones de los cargos en el Presupuesto y en el Escalafón. La denominación puede no coincidir en muchos casos, y se debe a que hemos debido remitirlos a la genérica, que figura en la Planta Esquemática.

Segunda fase:

Terminando lo anterior y anotados las observaciones, se compararán los datos de las columnas 4, 5 y 6 (nombres, cargos y establecimientos), con el Control de Cargos.

Deben revisarse los cargos uno a uno, verificándose los nombres, la denominación del cargo, grado, y el establecimiento. Simultáneamente se

cotejará la planilla de sueldos, a objeto de determinar la corrección de los pagos y regularizar situaciones que, por diversas razones pueden aún estar pendientes en la Zona y que se están regularizando con el Escalafón; por ejemplo: personal que se paga por Operaciones Pendientes.

En esta fase podrán advertirse las siguientes diferencias:

a) **Cambios de nombres**— Se tomará nota de la alteración para verificar en Contraloría General, si se precisa modificación o es un simple error de anotación.

b) **Cambios de cargo**— Puede ocurrir que el cargo tenga una denominación y figure en el Escalafón con una diferente. Puede esto deberse a que la denominación del cargo en la Planta Esquemática, sea distinta a la presupuestaria (debido a la gran variedad de funciones que distinguen los Presupuestos) y el funcionario haya sido encasillado por ejemplo como oficial grado 16º, y figure en el Escalafón como Estadístico grado 16º o Contador grado 16º. En estos casos, cuando el encasillamiento se hizo con una denominación y el Escalafón indica otra, deberá verificarse si la Dirección General dictó el decreto modificatorio que corresponde. En caso contrario, tómese nota de la diferencia.

c) **Cambios de establecimiento**— Puede ocurrir que el funcionario haya sido encasillado en un establecimiento determinado y en Escalafón figure en otro. Dos pueden ser las causas de la diferencia: 1º Que el funcionario haya sido encasillado en un establecimiento, excediendo el número de plazas consultadas en el presupuesto. En estos casos la Dirección General ha procedido a modificar su ubicación dictando el decreto respectivo.

2º Que el decreto de encasillamiento indique una dependencia que fue suprimida o anexada a otra. Por ejemplo: Pedro Pérez se encasilla como auxiliar grado 17º del Centro de Salud, Hospital y Consultorio de San Felipe; el cargo corresponde al Hospital de San Felipe porque el antiguo presupuesto del Centro de Salud de San Felipe involucra también al Hospital y posteriormente los presupuestos se separaron.

En este caso hay que tener a la vista el decreto de encasillamiento y sus modificatorias a objeto de establecer la realidad y ver si procede dictar modificatorio o simplemente cambiar la alosa en la columna 6. Se tomará nota detallada de la observación.

Tercera fase

1º **Verificación de interinatos**— Al preparar los Escalafones y mientras duraba su revisión, quedaron pendientes de registro algunos movimientos, la mayoría de los cuales hemos alcanzado a incluir.

Igualmente los interinatos que se encontraban en proceso de renovación los hemos mantenido en el Escalafón, como también, hemos eliminado algunos cuyo plazo de vencimiento era muy anterior a la revisión.

El procedimiento será el siguiente: a) Funcionarios que estaban interinos y cuyo interinato no les fue prorrogado figurando siempre en el Escalafón. En estos casos se trazará una raya roja en toda

la línea ocupada y se duplicará, al final el número tarjado con las indicaciones del siguiente ejemplo: Escalafón de Auxiliares grado 15° — — — — — 5 cargos.

1	Ahumada, Elsa. Auxiliar C. Soc. Pica	—	—	—	—
	Encasillada.				
2	Pérez, Eloísa " " "	—	—	—	—
	Interina al 30 de junio de 1957.				
3	Claro, Lucía " " "	—	—	—	—
	Encasillada.				
2	Vacante por término interinato, D. Eloísa Pérez a/c. 1-7-57.	—	—	—	—

b) Funcionarios actualmento interinos, con su decreto tramitado y que no figuran en el Escalafón existiendo la vacante. En estos casos se incluirá en el lugar correspondiente con todas las anotaciones pertinentes.

2º) **Omisiones en el Escalafón.** Aquí hay que distinguir dos situaciones que pueden haberse producido: a) Funcionarios encasillados y que figuran como tales en el registro de la Zona, pero que fueron eliminados posteriormente, no transcribiéndose el decreto a la Zona. Verificado esto, se anotará la observación.

b) **Funcionarios encasillados, no eliminados.** — Puede deberse a simple omisión, ya sea en Contraloría o por error de transcripción al hacer el Escalafón. Se anotará la observación para su revisión ulterior en Contraloría.

3º— **Funcionarios que no siendo titulares o interinos, figuran en el Escalafón.**— Aquí también hay que distinguir:

a) Falta de registro del decreto que puso término a los servicios del empleado. Verificado el dato, se trazará una raya roja en toda la línea ocupada y se duplicará al final el número tarjado en la forma explicada en el ejemplo de la letra a) del número 1 de la tercera fase.

b) Ubicación en el Escalafón de funcionarios contratados o suplentes. Verificado, se aplica análogo procedimiento de la letra a).

Las observaciones de estas dos letras deben anotarse para su comunicación a Contraloría General por parte de la Dirección General.

4º Personal no encasillado y que se encontraba en servicio al 8 de agosto de 1952. La Dirección General ha procedido a dictar los decretos encasillando a dichas personas, pero en todo caso la Zona deberá indicar todas las omisiones estableciendo exactamente el cargo, grado y establecimiento.

Debe hacerse presente que sólo se encasillará al personal en servicio al 8 de agosto de 1952; los demás serán nombrados interinos para optar a un cargo de la Planta el 1º de julio del presente año.

Consideraciones generales

El procedimiento analizado tiene por objeto de terminar la concordancia entre los cuatro elemen-

tos que se han indicado: Planta Esquemática, Presupuesto, Escalafón y Planillas de Sueldos y establecer la realidad en cuanto al número de personas, titulares de cargos e interinos, liquidando el problema del encasillamiento ordenado por la Ley N° 10.383.

Es imperativo que la Jefatura Zonal haga una revisión total de su Planta, de modo que no quede ningún funcionario en situación irregular, pues basta un solo caso para que sea imposible proceder al movimiento del Escalafón por la vía del ascenso.

Como se sabe, y así lo disponen los Párrafos II del Título IV y II del Título V del DFL 256, el Servicio ha conlacionado los Escalafones sobre la base del factor antigüedad en el grado y en el Servicio, enviándolos a la Contraloría General para su aprobación.

Una vez que las Jefaturas Zonales den término al proceso de las calificaciones, se completarán con el orden de mérito que es el factor preponderante en el régimen de ascensos. Obvio es entonces, que cualquier omisión de funcionarios en un grado determinado impedirá la promoción, por el riesgo de lesionar el derecho potencial que tendría el omitido.

Es necesario que la comisión revisora de los Escalafones Zonales tome nota detallada de cada observación que le merezcan, las que se comunicarán por oficio a la Dirección General en el más breve plazo, a objeto de revisar en Contraloría los antecedentes y proceder a su corrección si así corresponde.

En el cuerpo de este instructivo se indican algunas modificaciones que pueden efectuarse de inmediato, pero debe cuidarse de no omitir en el Oficio de observaciones la operación efectuada por cuanto debe tenerse presente que los Escalafones se han conlacionado en tres ejemplares: 1 para la Contraloría General, 1 para cada Jefatura Zonal y 1 para el Departamento del Personal de la Dirección General.

La corrección de procedimientos y la ausencia de errores sólo se obtendrá manteniendo la igualdad de estos tres ejemplares de Escalafón, lo que dependerá de la idoneidad en su manejo por parte de las Zonas.

En cuanto a las operaciones posteriores a la revisión analizada, la Dirección General enviará instrucciones una vez que esté todo el personal, titular o interino, ubicado en sus respectivos Escalafones y corregidos todos los posibles errores. Lógicamente que, a medida que una Zona tenga afinado su Escalafón, se le instruirá de inmediato acerca de lo que procede ejecutar y no perjudicarla por retrasos de otras.

Es el deseo de la Dirección General que la totalidad de los contratos se incorporen a la Planta, y para obtener dicho resultado es previo ubicar a todo el personal que queda sin encasillar. Una vez encasillados los funcionarios en servicio al 8 de agosto de 1952, se procederá a hacer las promociones en interinatos, lo que permitirá disponer en

el último grado de cada Escalafón del número de plazas suficientes para absorber los contratos.

Con el fin de evitar la confusión que puede producir el hecho de figurar con mejor ubicación personal menos antiguo en el Servicio, debe tenerse en cuenta que la ubicación la fija la antigüedad en el grado, determinada por la fecha de su último nombramiento, y a igualdad en el grado se ha recurrido a la antigüedad en los inmediatamente precedentes.

El Director General infrascrito ha resuelto enviar estas instrucciones y los escalafones anticipada-

mente a las visitas que practicarán a cada Zona, funcionarios destacados por el Departamento del Personal, a fin de que se consideren cuidadosamente y se cuente con el tiempo suficiente como para acumular las observaciones que merezcan los escalafones, haciendo de esta manera más corto y expedito el trabajo de verificaciones que realizarán los funcionarios mencionados.

Saluda atentamente a Ud., **Director General de Salud.**

REGULARIZACION DE LA SITUACION DEL PERSONAL

Circular N° 1203 de 6 de febrero de 1958.

Atendida la necesidad de poner término a la regularización de todas las situaciones pendientes relacionadas con Personal, se ha señalado como fecha final para proceder a tales actos el día 31 de marzo próximo. En consecuencia, es indispensable que al día indicado queden definitivamente solucionadas las situaciones expuestas, para cuyo efecto los señores Jefes de Establecimientos, de Centros y Zonas deberán adoptar las medidas pertinentes. En todo caso, será requisito indispensable para que en dicho período los señores Jefes de Zona o la Dirección General den curso a algún decreto que ordene pagos con efecto retroactivo, que se acompañe un certificado expedido por el jefe inmediato del empleado, aseverando la efectividad de los servicios prestados en el tiempo a que se refiere el decreto.

A partir del día 1° de abril de 1958, no se aceptará para transacción y no se dará curso a ningún decreto con efecto retroactivo; es decir, que regule situaciones pasadas. Si algo quedara pendiente, las consecuencias administrativas o económicas que de tal atraso se deriven serán de cargo exclusivo del responsable del referido retardo.

Asimismo, a partir del 1° de abril próximo, deberá regir uniformemente el principio general cont-

nido en el artículo 105 del Estatuto Administrativo, conforme al cual el funcionario debe asumir sus funciones sólo cuando el decreto respectivo esté totalmente tramitado, entendiéndose por tal el decreto tomado razón por la Contraloría y comunicado al empleado.

Por excepción, el empleado podrá asumir de inmediato sus funciones por razones impostergables de buen servicio calificadas únicamente por el jefe de Zona, de lo que deberá dejarse constancia en el decreto respectivo. En estos casos, a fin de dejar establecida fehacientemente la fecha de asunción de funciones desde la cual correrá el pago, en el cuerpo del mismo decreto y antes de la firma del jefe de Zona deberá consignarse la fecha correspondiente.

"Correlativamente, desde el 1° de abril de 1958, por ningún concepto podrán cargarse a la Cuenta Operaciones Pendientes gastos originados por situaciones de personal, ni otorgarse avances ni anticipos de ninguna índole, salvo aquellos derivados de reconocimiento de beneficios al personal de la Planta "B", los que se conlia queden regularizados en los meses próximos".

Saluda atentamente a Ud., **Director General de Salud.**

DELEGA EN LOS JEFES DE ZONAS FACULTADES RELACIONADAS CON EL PERSONAL

Circular N° 1191 de 31 de enero de 1958.

Me permito transcribir a Ud, el siguiente Decreto, tomado razón por la Contraloría General de la República con fecha 9 de enero de 1958.

Vistos: lo dispuesto en el Art. 72, letra f) de la Ley 10383, modificado por el Art. 1°, letra f) del DFL 218 y el Decreto N° 20360, de 14 de agosto de 1956, dictado por el suscrito previo acuerdo del H. Consejo Nacional de Salud; y las disposiciones contenidas en los Arts. 10, 25, 26, 28, 29, letra a) y 33 de la Ley N° 10223, dicto el siguiente

DECRETO:

Delégase en los Médicos Jefes de Zonas de Salud y en el Médico jefe de la Sub-Zona de Arica del Servicio Nacional de Salud, las siguientes facultades aplicables al personal de su respectiva jurisdicción:

1°—Llamar a Concurso, trimestralmente, para proveer los cargos vacantes del último grado del respectivo Escalafón de funcionarios no afectos a la Ley 10223, siempre que correspondan a un grado inferior al 6° de la Planta.

2º—Nombrar empleados titulares no afectos a la Ley 10.223, previo los concursos de que se trata en el número anterior, en los grados inferiores al 6º, en los cargos vacantes en su respectiva Planta.

3º—Contratar funcionarios mientras sean necesarios sus servicios y hasta por un plazo que no exceda el 30 de junio de 1958, con cargo al ítem K-7 b) del Presupuesto de la respectiva Zona, de conformidad a lo prescrito en el Art. 3º, letra b) del DFL, N° 256, desde el último grado y hasta el grado 3º inclusive, en cuanto a los funcionarios no afectos a la Ley 10.223, y, con respecto a éstos los que no requieran nombramiento del H. Consejo Nacional de Salud.

4º—Nombrar, de acuerdo con las normas generales dadas por la Dirección General, empleados suplentes cuando se trate de reemplazar a funcionarios de grados inferiores al 2º de la Planta no afectos a la Ley 10.223; y, con respecto a éstos los que no requieran nombramiento del H. Consejo Nacional de Salud.

5º—Nombrar empleados interinos en las mismas condiciones señaladas en el número anterior, de conformidad a lo prescrito en los Arts. 94 y 95 del Estatuto Administrativo.

6º—Contratar personal a jornal, de acuerdo con las instrucciones de la Dirección General.

7º—Aceptar las permutas de los funcionarios de grados inferiores al 6º dentro de la jurisdicción Zonal, de conformidad a lo prescrito en los Arts. 96 y 97 del DFL, 256.

Las permutas de funcionarios afectos a la Ley 10.223, deberán ser aceptadas por el Director General.

8º—Conceder los traslados solicitados por los funcionarios dentro de su jurisdicción no afectos a la Ley 10.223 y de grados inferiores al 6º de la Planta, de conformidad a lo prescrito en el Art. 99, letra c) del Estatuto Administrativo, para cargos vacantes en la Zona.

9º—Efectuar los ascensos que correspondan en los casos de funcionarios no afectos a la Ley N° 10.223 dentro del respectivo Escalón Zonal, que alcanza hasta el grado 7º inclusive, de acuerdo a lo prescrito en los Arts. 69, 70, 71, 72 y 73 del Estatuto Administrativo.

10.—Conceder los feriados, permisos con goce de sueldo hasta por seis días y licencias de acuerdo a lo prescrito en el párrafo 5º del Título V del Estatuto Administrativo; y a los profesionales funcionarios afectos a la Ley 10.223 en concordancia con lo dispuesto en los Arts. 25, 26 y 28 de la mencionada ley.

11.—Conceder permisos sin goce de sueldo, salvo los que fueran solicitados para trasladarse al

extranjero, hasta por el término de seis meses, de conformidad a lo prescrito en el Art. 81 del Estatuto Administrativo, a todos los funcionarios de la Zona, incluyéndose a los afectos a la Ley 10.223, de acuerdo con el Art. 29, letra a) del citado cuerpo legal.

12.—Conferir comisiones de servicios dentro de la Zona o en la Dirección General, de acuerdo a lo establecido en los Arts. 123 y siguientes del Estatuto Administrativo y a los profesionales funcionarios afectos a la Ley 10.223, de conformidad a lo prescrito en el Art. 33 de la mencionada Ley.

En los casos de comisiones de Servicios a la Dirección General sólo podrán otorgarse hasta por 15 días.

13.—Conceder asignaciones familiares, de conformidad a lo prescrito en el Art. 30 del DFL, 256.

14.—Decretar el reconocimiento del beneficio de licencia, grado superior o quinquenio, de conformidad a lo prescrito en los Arts. 36, 37, 38 y 39 del Reglamento del Personal de los ex Servicios de Beneficencia y Asistencia Social, 74 del Estatuto Administrativo y 10 de la Ley 10.223.

15.—Aplicar a los funcionarios de la Zona, excluyendo los afectos a la Ley 10.223, las siguientes medidas disciplinarias, previa investigación sumaria o sumario administrativo, tramitado conforme a lo prescrito en los Arts. 145, 146, 147 y siguientes del Estatuto Administrativo:

a) Multa de 1 a 15 días de sueldo.

b) Suspensión del empleo hasta por 1 mes, sin goce de sueldo.

A los funcionarios designados por el H. Consejo Nacional de Salud sólo podrá aplicárseles como máximo suspensión hasta por 8 días.

16.—Aceptar las renunciaciones voluntarias de los funcionarios, salvo las de los que hubieren sido designados por el H. Consejo Nacional de Salud.

17.—Notificar a los funcionarios para los efectos señalados en el inciso 2º del Art. 163 del DFL, 256; y

18.—Derégase las facultades delegadas con anterioridad en esta misma materia por la Dirección General de Salud, en particular las contenidas en los Decretos 6675 y 18113, de 5 de marzo y 31 de mayo, respectivamente.

Tómese razón, regístrese y comuníquese.

Saluda a Ud. atentamente, Director General de Salud.

CUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES SOBRE DEPOSITOS EN EL BANCO DEL ESTADO

Circular N° 1190 de 18 de enero de 1958.

Para su conocimiento y estricto cumplimiento, me permito transcribir a Ud. a continuación el siguiente oficio recibido de la Contraloría

General de la República:

N° 72906.

Santiago, 27 de diciembre de 1957.

El artículo 33 del DFL, 126, de 12 de junio de 1953, publicado en el Diario Oficial de 24 de julio del mismo año, que creó el Banco del Estado de Chile, preceptúa a la letra en su parte final, lo que sigue:

"El Banco será depositario exclusivo de los fondos que mantengan en el país el Fisco, las instituciones fiscales y semifiscales, las Empresas Autónomas del Estado y, en general, todas las personas jurídicas creadas por ley en que el Estado tenga aportes de capital".

Por otra parte, la Ley N° 11.809 en su artículo 2° estableció a su vez:

"Reemplázase el artículo 3° transitorio del Decreto con Fuerza de Ley 126, de 12 de junio de 1953, por el siguiente:

El Fisco, las instituciones fiscales, semifiscales, las empresas autónomas del Estado y en general

todas las personas jurídicas creadas por ley y en que el Estado tenga aportes de capital, para los efectos de cumplir con el artículo 2° letra a) del citado Decreto con Fuerza de Ley 126 y a partir del 1° de enero de 1955 irán depositando semestralmente en el Banco del Estado el 20% de los depósitos que tengan en los Bancos particulares, basados en el total habido al 30 de junio de 1954".

Como hasta la fecha esa Institución mantiene depósitos en Bancos particulares, ruego a Ud. se sirva impartir las órdenes pertinentes a fin de que se cierren las cuentas abiertas en los Bancos señalados y se traspasen los fondos al Banco del Estado de Chile, cumpliendo de inmediato en esta forma los preceptos legales citados.

Esta Dirección General se permite dejar constancia de que la presente Circular reitera anteriores sobre la misma materia, especialmente la N° 1073, de 23 de julio de 1957, las que, según lo expresado por la Contraloría General de la República, no estarían siendo cumplidas por algunas dependencias de la Institución.

Saluda atentamente a Ud., **Director General de Salud.**

TRASLADO DE ENFERMOS DEL SERVICIO DE SEGURO SOCIAL

Circular N° 1213, de 26 de febrero de 1958.

Con el objeto de normalizar las tramitaciones relativas al envío de enfermos, imponentes del Servicio de Seguro Social, de una Zona a otra,

en cuanto a subsidios se refiere, esta Dirección General ha resuelto impartir las instrucciones que se indican a continuación:

1°—Deberá procurarse, como medida primordial, poner previamente al día la cancelación de los subsidios correspondientes.

2°—Cuando por alguna razón, no sea posible cumplir con lo dispuesto en el párrafo 1°, deberá enviarse al imponente con las Órdenes de Incapacidad y Pago que se encuentran pendientes, debidamente calculados, previa verificación de salarios y con todos los datos complementarios correctamente anotados; no debiendo faltar las autorizaciones que reglamentariamente pueda requerir el documento y con una anotación firmada por el Jefe de la Zona, donde se deje clara constancia de las razones que hayan existido para no realizar oportunamente el pago.

3°—Cuando tampoco sea posible el envío de las Órdenes de Incapacidad y Pago en la forma indicada en el párrafo 2°, deberá remitirse el paciente con una nota explicativa de las circunstancias que han motivado el hecho indicando los períodos de incapacidad que se encuentran penden-

tes y la fecha en que se enviarán los documentos correspondientes.

4°—Cuando, a pesar de lo dispuesto en los párrafos anteriores, lleguen a algún establecimiento, enfermos procedentes de otra Zona, con Órdenes de Incapacidad y Pago pendientes sin calcular, deberán remitirse éstos, de inmediato al lugar de su emisión, para que en éste se realicen los trámites de verificación y cálculo.

5°—Asimismo, deberá recabarse de los establecimientos de origen las órdenes que no se hayan emitido hasta el momento del envío del paciente, haciendo presente que, en todo caso debe enviarse la libreta correspondiente, para hacer posibles los trámites de verificación y cálculo.

6°—Una vez cumplidos los trámites anteriormente indicados, o cuando las órdenes vengyan ya calculadas, deberá procederse a su pago, rindiendo cuenta separada de ello para que la oficina de Contabilidad Zonal proceda a formular el cargo correspondiente a la Zona de donde provengan los documentos.

El Director General infrascrito encarece el cumplimiento estricto de las medidas que anteceden y debe recalcar que ellas responden a la obligación que incumbe al Servicio en el orden de mantener una adecuada protección económica a los imponentes del Servicio de Seguro Social.

Saluda a Ud. atentamente, **Director General de Salud.**

MODIFICACION A LA ORDEN ADMINISTRATIVA N° 10 SOBRE REGISTRO Y ALLANAMIENTO

Orden Administrativa N° 11, de 27 de febrero de 1958.

dicto la siguiente

Vistos estos antecedentes, lo informado por el señor Jefe del Departamento Jurídico del Servicio y las facultades que me confiere la Ley 10.383,

Procedimiento a seguir en subsidio de las disposiciones precitadas que se han suprimido de la Orden Administrativa N° 10:

ORDEN ADMINISTRATIVA:

Modifícase la Orden Administrativa N° 10 de esta Dirección General de fecha 26 de noviembre de 1957, como sigue:

Suprímese de la letra a) del N° 3 la frase: "para el ejercicio de esta facultad el jefe de la Zona VI deberá actuar en conformidad a lo prescrito en los artículos 239, 240, 241 y 242 del Código Sanitario"; y de la letra a) del N° 4 la frase: "debiendo actuar en conformidad a lo prescrito en los artículos 239, 240, 241 y 242 del Código Sanitario".

"En los casos en que el señor Jefe de la VI Zona Santiago o los señores Jefes de los Centros de Salud dependientes de dicha Zona estimen imprescindible proceder al registro y allanamiento de lugares cerrados, deben ellos poner en conocimiento de la Superioridad el caso concreto y los antecedentes que justifiquen la medida sugerida, indicando además, el funcionario de su dependencia que estiman debe ser delegado por el señor Director General, para efectuar la diligencia".

Saluda a Ud. atentamente, Director General de Salud.

CIRCULARES DESPACHADAS DESDE EL 28 DE DICIEMBRE DE 1957

Dirección General:

N° 1175, del 30-XII-57.
Modifica puntos 6° y 7° de las Bases Standard de arrendamiento para las propiedades que pertenecen al Patrimonio de las HH. Juntas Locales de Beneficencia.

N° 1176, del 30-XII-57.
Retenciones presupuestarias.

N° 1178, del 30-XII-57.
Sobre uso Colonia Veraniega de Hospital para funcionarios del Servicio Nacional de Salud.

N° 1179, del 31-XII-57.
Normas sobre tramitación expedientes de jubilación y desahucio.

N° 1180, del 31-XII-57.
Sobre aprobación Presupuesto año 1958.

N° 1183, del 10-I-1958.
Comunica monto gratificación de Zona año de 1958, aprobado por Ley N° 12844.

N° 1185, del 14-I-1958.
Reitera instrucciones Circular N° 1072 de 19 de julio de 1957, en parte relativa a Art. 11: Ley N° 12462, prohíbe percepción más de una asignación familiar por una misma carga.

N° 1187, del 15-I-1958.
Sobre Colonia Veraniega en Cartagena e Isla Negra.

N° 1189, del 16-I-1958.
Autoriza pago cuentas pendientes al 31 de diciembre de 1957.

N° 1190, del 18-I-1958.
Sobre cumplimiento disposición contenida en el Art. 33 del DFL N° 126 del año 1953, relacionada con depósitos en Banco del Estado de Chile.

N° 1194, del 24-I-1958.
Solicita copia arcos de Caja al 31 de diciembre de 1957.

N° 1202, del 4-II-1958.
Sobre documentación de Caja para su revisión por funcionarios de la Contraloría General de la República.

N° 1205, del 10-II-1958.
Instrucciones respecto pago asignación responsabilidad o estímulo, asignación familiar y aumento Ley 12434.

N° 1206, del 11-II-1958.
Solicita informaciones respecto situación puesta en marcha sistema de Cajas.

N° 1210, del 21-II-1958.
Instrucciones para la verificación y revisión de los escalones zonales.

N° 1211, del 22-II-1958.
Pago de contribuciones atrasadas.

Nº 1212, del 25-II-1958.
Sobre pago sueldos y reajuste en conformidad a las Leyes Nos 12.865 y 12.861.

Nº 1214, del 26-II-1958.
Sobre envío de nómina de calificaciones del personal de la Planta "A".

Sub-Dirección General:

Nº 1177, del 30-XII-1957.
Supresiones cargos Anatomía Patológica del Hospital Salvador.

Nº 1182, del 3-I-1957.
Amplía plazo del Concurso para Médicos Generales de Zona.

Nº 1196, del 27-I-1958.
Llamado a Concurso para proveer un cargo de Médico Inspector de la Sub-Dirección General.

Nº 1201, del 6-II-1958.
Aclara Circular Nº 1.200 sobre Memoria del Servicio Social.

Nº 1204, del 7-II-1958.
Llamado a Concurso para proveer becas.

Nº 1207, del 13-II-1958.
Llamado a Concurso cargos Médicos Administrativos que se indican.

Nº 1209, del 19-II-1958.
Sobre descuentos de 15% de Hospitalización en casos de imponentes de la Ley 10.383 del Servicio.

Nº 1218, del 1-III-1958.
Llamado a Concurso para Jefe Zona XIV-Conceptión-Arauco-Bío-Bío.

Nº 1222, del 4-III-1958.
Llamado a Concurso para proveer Becas.

Sub-Dirección Normativa:

Nº 1184, del 10-I-1958.
Normas para proveer aparatos de prótesis.

Nº 1192, del 22-I-1958.
Seminario sobre Atención Maternal y del Recién Nacido.

Nº 1193, del 23-I-58.
Transcribe Resolución Nº 46 que modifica la Nº 1890 de fecha 10 de septiembre de 1957 de esta Dirección General.

Nº 1195, del 24-I-1958.
Sobre nuevo precio talonarios para estupefacientes.

Nº 1198, del 30-I-1958.
Celebración del Día Mundial de la Salud.

Nº 1200, del 30-I-1958.
Solicítase memoria Servicio Social.

Nº 1208, del 19-II-1958.
Consideraciones al Decreto Nº 1007 que reglamenta el empleo de claves en productos alimenticios.

Nº 1215, del 26-II-1958.
Envía Programa de celebración Día Mundial de la Salud, 1958.

Secretaría General:

Nº 1173, del 28-XII-1957.
Sobre consumo de papas blancas. Recomendaciones sobre forma de almacenar alimentos.

Nº 1181, del 2-I-1958.
Complementa instrucciones impartidas por Circular 1171.

Nº 1186, del 14-I-1958.
Solicita antecedentes funcionarios para Curso para empleados administrativos durante 1958.

Nº 1188, del 16-I-1958.
Sobre arrendamiento de las propiedades urbanas pertenecientes a las Juntas y establecimientos de Beneficencia.

Nº 1197, del 27-I-1958.
Fabricación productos de alimentos.

Nº 1199, del 30-I-1958.
Sobre improcedencia cobro cifra de negocio por ingresos hospitalización en sala común.

Nº 1203, del 6-II-1958.
Regularización situación personal del Servicio.

Nº 1213, del 26-II-1958.
Traslado enfermos del Servicio de Seguro Social.

Nº 1216, del 27-II-1958.
Referente cobro y pago de intereses por el Servicio sobre salidas a plazo.

Nº 1217, del 28-II-1958.
Sobre inasistencias y atrasos del Personal.

Nº 1220, del 1-III-1958.
Sobre creaciones de cargos en la Planta del Servicio.

Nº 1223, del 5-III-1958.
Sobre traslado de enfermos a Servicio de Rehabilitación de Poliomiélitis.

Departamento del Personal:

Nº 1191, del 21-I-1958.
Transcribe Decreto Nº 43615, de 20 de diciembre de 1957, que delega facultades a los Jefes de Zona.

Nº 1219, del 1-III-1958.
Sobre aplicación Ley 12.865 en materia de Personal.

Nº 1221, del 4-III-1958.
Sobre tramitación modificaciones a la Planta.

MRS. MARGARET BOWIE BARNES

El 23 de enero falleció en Valparaíso la enfermera inglesa Mrs. Margaret Bowie Barnes, quien fuera Sub-Directora de la Escuela de Enfermería "Carlos Van Buren" desde su fundación hasta septiembre de 1956, fecha en que jubilara como funcionaria del Servicio Nacional de Salud, dedicando la mayor parte de su vida a la preparación de enfermeras, con abnegada y silenciosa vocación.

Titulada en Inglaterra, en el Metropolitan Hospital de Londres, fue condecorada con la R. R. C. (Royal Red Cross) en 1915. Tuvo una brillante actuación en el Servicio Médico durante la Guerra Mundial de 1914. Fue discípula de la distinguida enfermera inglesa Edith Cavell, y junto a otras fue tomada prisionera por los alemanes en la batalla de Mors; Mrs. Bowie fue rescatada en un intercambio de prisioneros.

Al inaugurarse en 1921 el Pensionado "Carlos Van Buren", don Agustín Edwards contrató un grupo de enfermeras seleccionadas de Inglaterra, a instancias de don Carlos Van Buren. En este grupo de enfermeras vino Mrs. Bowie, quien junto a las otras colegas, organizaron el servicio de enfermería en dicho pensionado, preparando el personal auxiliar y de servicio, con tan buenos resultados que ésto motivó a don Carlos Van Buren a llegar a un acuerdo con la Hon. Junta Local de Beneficencia para construir en Valparaíso, una Escuela de Enfermería.

Más tarde fue enviada Mrs. Bowie a organizar el Servicio de Cirugía del Hospital E. Deformes. Fue en 1930 cuando se le designó como Sub-Directora de la Escuela de Enfermería "Carlos Van Buren" para que se hiciera cargo de los preparativos de este nuevo establecimiento educacional, inaugurado en 1933.

Trabajó incansablemente, enseñando a sus alumnas una sólida preparación, inculcándoles un alto sentido ético y un profundo amor por las enfermas. De recia personalidad, amable y suave al orientar y aconsejar. Alegre y de gran sentido del humor, cuando como buena madre, alternaba con sus alumnas. No había secretos de ellas que escaparan a su conocimiento. Las conocía íntegramente y en su mente grababa los detalles de cada una.

Desde 1935, su salud se resintió gravemente a raíz de un derrame cerebral. Falleció el 23 de enero de 1958 y sus restos fueron velados en la Escuela de Enfermería "Carlos Van Buren".

Acompañaron sus restos hasta el cementerio un grupo numeroso de sus ex-alumnas, alumnas de la Escuela, Directora, cuerpo docente, médicos y amigos, la Presidenta del Centro de Ex-Alumnas "Margaret Bowie" la despidió con sentidas palabras.

DE LA PRENSA NACIONAL

AGRADECE ATENCION DE LA ASISTENCIA PUBLICA

(De "Las Últimas Noticias". 23-1-58).

Señor Director:

Por intermedio de las generosas columnas de su prestigioso diario quiero agradecer públicamente las atenciones que recibí en la Posta N° 3 de la Asistencia Pública, adonde llegué hace pocos días, aquejado de una apendicitis aguda. Inmediatamente de reconocido el caso, me operaron los doctores F. Héblen y J. Herrera. Para estos señores, infinitas gracias; su labor desinteresada y eficaz compromete mi eterna gratitud. También agradezco a las enfermeras que atienden con profunda abnegación a los enfermos.

Señor Director: tiene uno que llegar a una Posta de la A. P. para darse cuenta de la sacrificada labor que despliegan los médicos, animados sólo del humano propósito de salvar vidas. Vuelvo a repetir, muy agradecido por todo.

Saluda atentamente a Ud., Aureliano Oñate C.— Santiago.

"Siempre hemos destacado la notable abnegación que muestra el personal de la Asistencia Pública en cada una y en todas sus intervenciones. Nos es grato poner una vez más de relieve el reconocimiento que esta obra recibe del público".

AGRADECE AL DEJAR SANATORIO

(De "Las Últimas Noticias", 25-1-58).

Señor Director:

Conocedor de la excelente y muy loable disposición con que siempre ha dado cabida en el diario de su digna dirección a diversas iniciativas y sugerencias de sus lectores, me atrevo a solicitarle tenga a bien publicar mis sinceros agradecimientos al doctor Jorge Iriarte, médico tratante del 2º piso, sector C del Sanatorio "El Peral" e igualmente a las auxiliares y personal de servicio que laboran abnegadamente en pro del bienestar y reestablecimiento de todos los reposantes. A todos

mil gracias porque supieron darme no sólo salud sino también moral, con su aliento y sus palabras optimistas. No he querido alejarme sin antes hacer pública mi gratitud a todas estas personas, confiando para ello en su buena voluntad.

Le agradezco anticipadamente la publicación de estas líneas y quedo de usted Atto. y S. S.

Manuel García G.— Carnet N° 37075.—Coronel.

"Destacamos especialmente tan ejemplar demostración de gratitud".

JORNADAS MEDICAS CIENTIFICAS

(Extracto del editorial de "El Magallanes" del 14 de enero de 1958).

Encontrándose ya entre nosotros todos los facultativos a los cuales les ha sido posible llegar para intervenir en las VIII Jornadas Médicas Científicas del Sur, a las 18 horas de hoy se inauguró este importante torneo llamado a tener trascendentes y benéficos resultados en el aspecto meramente profesional, como asimismo provechosas derivaciones sobre los métodos de preservación de la salud pública.

Estas jornadas se inician bajo el auspicio de la Universidad de Concepción, con participación de las sociedades médicas de dicha ciudad, de Aruco, Bio-Bío, Malleco, Cautín, Valdivia, Osorno, Llanquihue, Chiloé, Aysén y Magallanes, y sus resultados, como se anticipa, serán indudablemente benéficos para todos.

Ahora es la Universidad de Concepción la que nos envía una selecta delegación de médicos, varios de ellos decanos de facultades y profesionales en las más diversas especialidades, que realizarán un trabajo interesante y activo durante su breve permanencia entre nosotros.

Como dejáramos constancia ayer en nuestras columnas de crónica, las Jornadas Médicas Científicas revisten, según expresas declaraciones de sus organizadores, especial importancia, pues permitirán confrontar experiencias a profesionales que actúan aquí y los visitantes, intercambiar ideas y captar informaciones relativas a los últimos adelantos logrados en amplios campos de la ciencia médica a través de la tesorería y cotidiana labor en hospitales y establecimientos universitarios, cuyo prestigio trasciende las fronteras de Chile.

En el transcurso de las sesiones de estudio programadas, se dará especial importancia a los temas que interesan a nuestra zona, de peculiares condiciones, ya advertidas por los médicos que nos visitan. El clima regional, el mismo régimen alimenticio, son factores determinantes de cierto tipo de enfermedades, cuya presencia o altos índices no se registran en otras zonas del país.

Afecciones de carácter cardiovascular, tuberculosis de la columna vertebral, reumatismo infantil y otros males muy comunes en Magallanes, serán tema de eruditas disertaciones durante el desarrollo de las Jornadas Médicas Científicas, que dejarán un favorable balance de conocimientos para proseguir en la lucha defensiva de la salud pública.

Corresponderá a los médicos que ejercen la profesión en Magallanes relatar las características y proporciones de las dolencias que aquejan a la población y son varios los expositores que se harán cargo de puntos esenciales del temario preparado al efecto.

Magallanes está siendo cotizado en el resto del país en función de este intercambio y es posible que dentro de poco las líneas aéreas que lo atienden, tengan que realizar viajes con mayor frecuencia para absorber una demanda de pasajes que cada día se advierte en escala mayor.

Ha llegado a Punta Arenas una prestigiosa delegación de médicos sureños, utilizando la vía aérea y junto con formular votos por que sea grata su permanencia en esta zona, lo hacemos también por que las jornadas de perfeccionamiento profesional iniciadas, tengan el más completo éxito, por cuanto éste redundará en beneficio de la colectividad en general.

LOS MEDICOS TAMBIEN SON HUMANOS

(De "La Nación", 7-1-58).

Señor Director:

Referente a un artículo aparecido en el diario de su digna dirección, el jueves 26 de diciembre del año en curso, relacionado con el doctor Pedro García, médico de este Centro de Salud, me permito explicar a usted lo siguiente:

Que el día del desgraciado accidente de microbuses ocurrido en Leyda, se dio libre acceso al hospital a todos los periodistas que lo solicitaron, dándoseles el máximo de informaciones. Durante todo el día, ellos se ocuparon de recopilar los datos que les interesaban y tomar algunas fotografías de las víctimas del accidente.

No obstante el enorme trabajo que trae consigo una tragedia de esta magnitud, tanto a los médicos como demás personal y voluntarios, no se puso el menor obstáculo a los periodistas en su labor informativa.

En lo que respecta al doctor Pedro García, me consta que la noche antes del accidente, o sea el sábado, este médico, que también es residente, tuvo que hacer turno en el hospital y al día si-

guiente seguir laborando con los demás colegas en la atención de los heridos.

Según me ha explicado él mismo, tanto el trabajo agotador como la impresión causada por esta catástrofe, descompusieron sus nervios en parte, y considerando que ya se habían otorgado todas las informaciones del caso, invitó a los periodistas a retirarse de las salas, a fin de proporcionar a los enfermos un poco de tranquilidad y reposo, pues dada la gravedad de ellos, era indispensable dejarlos solos, entregados al cuidado de las enfermeras que debían seguir efectuando sus tratamientos.

Este ha sido el motivo por el cual el doctor García se vio casi obligado a despejar el ambiente, y lo que causó el disgusto de los periodistas, a pesar de haberseles proporcionado durante todo el día las informaciones solicitadas.

Saluda atte, a Ud., **Dr. Pablo Chait W.**, Jefe Centro de Salud N° 8, San Antonio.



Aquel que en la doctrina es adversario, no es ni debe por eso ser enemigo personal.— CANOVAS DEL CASTILLO.

El trabajo nos libra de tres insufribles calamidades: el aburrimiento, el vicio y la necesidad.— VOLTAIRE.

Con fecha 3 de marzo hemos recibido la siguiente comunicación:

Sr. Dr. Abraham Horwitz

Director del BOLETIN DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Casilla 3979.

Santiago.

Estimado Sr. Director:

Con motivo de asumir en diciembre último un cargo con funciones administrativas en este Centro de Salud B, he tenido oportunidad de conocer el Boletín que Ud. dirige en forma tan acertada y útil. Como una manera de complementar la magnífica labor que la edición de este informativo cumple entre los funcionarios del Servicio, creo sería conveniente agregarle algo que es inherente a toda publicación de esta índole: la sección correspondencia entre el Director y los lectores. De más está destacar las ventajas, más aún, la necesidad de esta Sección, pero creo no será inoportuno dejar establecido que con ella la Dirección de la Revista conocerá la opinión de sus lectores sobre la Revista, y éstos a su vez podrán plantear a la Dirección dudas o problemas que siempre surgen en el desempeño funcionario o en la interpretación de las Normas publicadas.

Confío que la Dirección del Boletín, de la cual Ud. es el personero, dará acogida a estas líneas para su consideración, y estimará los propósitos de mejor funcionamiento de nuestro Servicio que en último término las inspiran.

Saluda atentamente a Ud.

(Fdo.) Rafael Cárdenas M.

Médico-Cirujano

Hospital El Carmen. Nacimiento

N. de la D.—Agradecemos al Dr. Cárdenas su estímulo y conceptos, y contestamos a sus sugerencias iniciando desde este número una Sección que hemos titulado "Correspondencia con los lectores". En ella daremos debida y oportuna respuesta a toda consulta de carácter técnico y administrativo que se nos haga, comentario sobre el desarrollo de las actividades del Servicio y sugerencias para que el Boletín pueda cumplir en mejor forma con su propósito de mantener informado al personal sobre la marcha de nuestra vasta y compleja Institución. Esperamos de aquí en adelante, una activa e interesante "Correspondencia con los lectores".

FORMACION DE UNA SECCION CHILENA DE MEDICINA EN LA BIBLIOTECA CENTRAL

La Biblioteca Central del Servicio Nacional de Salud, ubicada en Avenida Independencia N° 2, Segundo Pabellón, subterráneo y Casilla 41-D, Santiago, solicita la valiosa cooperación de los señores Médicos del Servicio, para la formación de una "Sección Chilena de Medicina", cooperación que podría consistir en el obsequio de publicaciones médicas chilenas que tengan disponibles.

Con ello, podrían completarse algunas colecciones periódicas de importancia, perfeccionándose así, no sólo las consultas de rutina, las revisiones de determinados problemas *nacionales de carácter médico-sanitario*, sino también facilitando la adecuada realización de investigaciones histórico-bibliográficas relacionadas con las diversas etapas del desarrollo de la Medicina y la Higiene en nuestro país.

SUB DEPARTAMENTO DE EDUCACION SANITARIA

Casilla 3079. — Santiago