

# REPUBLICA DE CHILE



## DIARIO DE SESIONES DEL SENADO

PUBLICACION OFICIAL.

LEGISLATURA 309ª, EXTRAORDINARIA.

Sesión 40ª, en jueves 15 de enero de 1970.

Especial.

(De 16.13 a 19.57).

*PRESIDENCIA DE LOS SEÑORES TOMAS PABLO ELORZA, PRESIDENTE,  
Y ALEJANDRO NOEMI HUERTA, VICEPRESIDENTE.*

*SECRETARIOS, EL SEÑOR PELAGIO FIGUEROA TORO, Y EL  
PROSECRETARIO, SEÑOR DANIEL EGAS MATAMALA.*

### INDICE.

*Versión taquigráfica.*

	Pág.
I. ASISTENCIA .....	2693
II. APERTURA DE LA SESION .....	2693
III. LECTURA DE LA CUENTA .....	2693
Fondo de revalorización de pensiones. Veto. Preferencia .....	2694

## IV. ORDEN DEL DIA:

Pág.

Designación del Director General del Servicio Nacional de Salud. (Se aprueba) . . . . .	2695
Observaciones, en segundo trámite, al proyecto que establece normas sobre préstamos otorgados por la CORVI y las cajas de previsión a damnificados por el sismo de 1960. (Se rechazan) . . . .	2762
Proyecto de ley, en segundo trámite, que autoriza a la Municipalidad de Lumaco para contratar empréstitos. (Se aprueba) . . . . .	2763

*A n e x o s .*

## DOCUMENTO:

1.—Observaciones del Ejecutivo, en segundo trámite, al proyecto sobre fondo de revalorización de pensiones . . . . .	2764
--	------

## VERSION TAQUIGRAFICA.

### I. ASISTENCIA.

Asistieron los señores:

- Acuña Rosas, Américo;
- Allende Gossens, Salvador;
- Aylwin Azócar, Patricio;
- Baltra Cortés, Alberto;
- Bossay Leiva, Luis;
- Bulnes Sanfuentes, Francisco;
- Campusano Chávez, Julieta;
- Carmona Peralta, Juan de Dios;
- Carrera Villavicencio, María Elena;
- Chadwick Valdés, Tomás;
- Durán Neumann, Julio;
- Ferrando Keun, Ricardo;
- Fuentealba Moena, Renán;
- García Garzena, Víctor;
- Gumucio Vives, Rafael Agustín;
- Hamilton Depassier, Juan;
- Ibáñez Ojeda, Pedro;
- Irueta Aburto, Narciso;
- Isla Hevia, José Manuel;
- Jerez Horta, Alberto;
- Juliet Gómez, Raúl;
- Lorca Valencia, Alfredo;
- Luengo Escalona, Luis Fernando;
- Miranda Ramírez, Hugo;
- Montes Moraga, Jorge;
- Morales Adriasola, Raúl;
- Musalem Saffie, José;
- Noemi Huerta, Alejandro;
- Ochagavía Valdés, Fernando;
- Olguín Zapata, Osvaldo;
- Pablo Elorza, Tomás;
- Reyes Vicuña, Tomás;
- Rodríguez Arenas, Aniceto;
- Silva Ulloa, Ramón;
- Tarud Siwady, Rafael;
- Teitelboim Volosky, Volodia, y
- Valenzuela Sáez, Ricardo.

Concurrió, además, el señor Ministro de Salud Pública.

Actuó de Secretario el señor Pelagio Figueroa Toro y de Prosecretario el señor Daniel Egas Matamala.

### II. APERTURA DE LA SESION.

—*Se abrió la sesión a las 16.13, en presencia de 12 señores Senadores.*

El señor PABLO (Presidente).— En el nombre de Dios, se abre la sesión.

### III. LECTURA DE LA CUENTA.

El señor PABLO (Presidente).— Se va a dar cuenta de los asuntos que han llegado a Secretaría.

El señor PROSECRETARIO.— Las siguientes son las comunicaciones recibidas:

Mensaje.

Uno de Su Excelencia el Presidente de la República, con el que incluye entre las materias en que puede ocuparse el Congreso Nacional en la actual legislatura extraordinaria el proyecto de acuerdo que aprueba el Convenio Comercial celebrado entre Chile y Bulgaria (Senado, segundo trámite, pendiente en Comisión de Relaciones Exteriores, Boletín N° 24.712).

—*Se manda archivar.*

Oficios.

Uno de la Honorable Cámara de Diputados, con el que comunica los acuerdos adoptados, en primer trámite, respecto de las observaciones formuladas al proyecto de ley que aumenta los recursos del Fondo de Revalorización de Pensiones e introduce diversas enmiendas a la ley N° 15.386. (Véase en los Anexos, documento 1).

—*Pasa a la Comisión de Trabajo y Previsión Social.*

Cinco de los señores Ministros del Interior y de Trabajo y Previsión Social, y del señor Vicepresidente Ejecutivo de la Caja de Previsión de la Marina Mercante Nacional, con los cuales dan respuesta a las peticiones que se indican, formuladas por los Honorables Senadores señores Acuña (1), Jerez (2) y Valente (3):

- 1) Construcción de local para Investigaciones de La Unión.
  - 2) Préstamo a imponentes de Talcahuano.
  - 3) Instalación de radioenlace Iquique-Pica.
- Fiscalización de cumplimiento de acta de avenimiento de obreros de EPERVA.
- Antecedentes de Empresa Constructora de Iquique.

—*Quedan a disposición de los señores Senadores.*

Uno del señor Ministro de Relaciones Exteriores, con el que retira el oficio N° 750, de fecha de ayer, en el que pide copia de ciertos antecedentes reservados.

—*Se accede.*

Uno del señor Contralor General de la República, con el que remite los antecedentes relacionados con la dictación del decreto de insistencia N° 311, de 30 de diciembre pasado, relativo al establecimiento de las remuneraciones impositivas diarias de los trabajadores agrícolas para los efectos de la ley N° 10.383.

—*Queda a disposición de los señores Senadores.*

Uno de la Municipalidad de San Miguel, con el que remite copia del Presupuesto Municipal correspondiente al año 1970.

—*Se manda archivar.*

Permiso constitucional.

El Honorable señor Valente solicita permiso constitucional para ausentarse del país por más de treinta días, a contar del día de hoy.

—*Se concede.*

El señor PABLO (Presidente).— Solicito el asentimiento de la Sala para empalmar esta sesión con la siguiente.

Acordado.

**FONDO DE REVALORIZACION DE PENSIONES (VETO). PREFERENCIA.**

El señor MONTES.— Pido la palabra sobre la Cuenta, señor Presidente.

El señor PABLO (Presidente).— Tiene la palabra Su Señoría.

El señor MONTES.— Se ha dado cuenta de un oficio de la Cámara de Diputados, con el que esa rama legislativa comunica los acuerdos adoptados, en primer trámite constitucional, respecto de las observaciones formuladas al proyecto de ley que aumenta los recursos del Fondo de Revalorización de Pensiones.

Si no se despacha rápidamente el veto, se perderán los recursos correspondientes a enero, lo mismo que los de los meses venideros si se tramita después del receso. Por ello, me permito sugerir que el Senado acuerde eximirlo del trámite de Comisión, a fin de discutirlo en esta sesión, en algunos minutos más o de inmediato —si así lo estiman los señores Senadores—, pues se trata de un problema que repercute directamente sobre los intereses de los pensionados.

El señor PABLO (Presidente).— La Mesa estaba preocupada de pedir a los miembros de la Comisión respectiva tratar este asunto con la mayor brevedad, con el objeto de poder despacharlo mañana. Sin embargo, ahora podríamos acordar una sesión especial para esta noche, ya que en la que está en desarrollo no puede ser tratado ni aun por acuerdo unánime ese proyecto, que no es muy extenso y respecto del cual la Cámara ya ha adoptado algunas resoluciones que facilitan su despacho por esta Corporación.

El señor MIRANDA.— ¿Para cuándo se citaría al Senado?

El señor PABLO (Presidente).— Para esta misma noche.

¿Habría acuerdo para eximir las observaciones del Presidente de la República del trámite de Comisión?

Acordado.

Se citará al Senado a una sesión especial para tratar este proyecto a las 20.30.

El señor SILVA ULLOA.— ¿Por qué no se trata en esta misma sesión?

El señor PABLO (Presidente).— No se puede, señor Senador, por tratarse de una

sesión especial, en la que no se pueden despachar otros asuntos que los señalados en la convocatoria.

#### IV. ORDEN DEL DIA.

##### DESIGNACION DE DIRECTOR GENERAL DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD. OFICIO

El señor FIGUEROA (Secretario).— Corresponde continuar ocupándose en la designación del Director General del Servicio Nacional de Salud, cargo para el cual el Presidente de la República ha propuesto al doctor Patricio Silva Garín.

—*El informe aparece en los Anexos de la sesión 36ª, en 13 de enero de 1970.*

El señor MONTES.— ¿No sería preferible que el señor Ministro interviniera después de oír algunas observaciones que deseamos formular?

Desearía hablar primero, durante diez o quince minutos, a fin de que el señor Ministro se refiera a mis planteamientos.

El señor PÁBLO (Presidente).— El señor Ministro, que tiene preferencia para usar de la palabra, ha escuchado la petición del Honorable señor Montes.

El señor VALDIVIESO (Ministro de Salud Pública).— Deseo hacer uso de esa preferencia.

El señor PABLO (Presidente).— Ello sin perjuicio de que, con posterioridad, vuelva a intervenir para dar respuesta a las observaciones que se formulen.

El señor VALDIVIESO (Ministro de Salud Pública).— Señor Presidente:

Quiero agradecer las palabras de los señores Senadores que ayer intervinieron en este debate sobre los problemas de la salud en Chile, a propósito de la designación del señor Patricio Silva como Director General del Servicio Nacional de Salud. Lo hago muy sinceramente, y en particular me refiero al Honorable señor Allende, quien tuvo la mayor participación en el debate.

No es frecuente tener estas oportunidades. Tengo ya bastantes años y he acumulado alguna experiencia, y puedo de-

cir que, en general, no logramos despertar mucho interés cuando hablamos de los problemas de la salud. En ese sentido comparto el pensamiento del Honorable señor Allende. En realidad, quienes no pertenecen al sector de la Salud, no se conmueven por sus problemas. Esta es la verdad; lo demuestra la experiencia. Por eso, debo agradecer que ahora —por la forma en que esos señores Senadores actuaron— se haya creado una especie de suspenso en la Sala sobre lo que pasa con la salud en Chile.

El problema ha sido descrito por el Honorable señor Allende con pinceladas muy trágicas: se ha hablado de los graves problemas en que nos encontramos, prácticamente insolubles, de la alta mortalidad infantil; de la desorganización del Servicio Nacional de Salud; de la ineficacia de nuestras instituciones de salud; de los innumerables defectos que ella tiene y que yo comparto. Y por haberlo hecho así, y con esas pinceladas de dramatismo, creo que ha suscitado un ambiente muy propicio para que yo pueda decir muchas cosas.

La salud no hace noticia sino cuando hay algo espectacular; pero los grandes problemas de salud no conmueven. Aquí en Chile lo hemos visto: nadie se ha conmovido cuando he dicho y reiterado cómo están mejorando las estadísticas vitales del país. ¡Nadie! Pero si un grupo de médicos, extraordinariamente hábiles, lleva a cabo operaciones sensacionales, que hacen que todos reconozcamos su capacidad quirúrgica y su trabajo en equipo, como los trasplantes, se sacude a la opinión pública. Sin embargo, yo diría que en esos hechos impresionantes no está la médula del problema de la salud. Ella consiste en otra cosa. Tengo muchas reservas acerca de lo que tales acontecimientos puedan significar para la salud. No lo niego ni lo afirmo, pero no sé lo que podrían dar. En todo caso, no es la sustancia de lo que nosotros queremos invocar.

Hay un ejemplo muy vivo en el mundo acerca de lo que estoy diciendo: los descu-

bridores de la penicilina trabajaron escondidos en un subterráneo en las cercanías de Londres durante toda la batalla aérea de esa ciudad, y con su esfuerzo dieron a Gran Bretaña más gloria que la que le dio el triunfador de Waterloo. No obstante, si uno pregunta por Fleming, Florey o Wellington, no hay duda de cuál será la respuesta.

En todo el mundo no debiera haber ciudades con más de mil habitantes sin algún recuerdo de estos Premios Nobel, porque es seguro que en ellas habitan muchos que deben la vida sólo al descubrimiento de la penicilina.

Es revelador el ejemplo que he citado, de un descubrimiento desprovisto de todo sensacionalismo.

Por eso dije que no es fácil encontrar auditorios en actitud de receptividad frente al problema de la salud.

Quiero decir algo más: con sus palabras, el Honorable señor Allende —yo diría que fue claro en tal sentido—, describió una situación trágica, casi caótica en este campo, como si Chile estuviera en la selva de la salud, porque no ha penetrado la medicina ni la educación; porque la desnutrición se está enseñoreando de la población.

Ha dicho algo más: expresó que su deseo es obtener alguna vez una información acerca de los planes y política de salud. No me ha dejado ninguna duda en cuanto a lo que quiso decir: que durante cinco años este Gobierno no ha tenido planes, política ni programas de salud y por eso no tenemos nada que exhibir. Contra esta aseveración expondré algunas pruebas.

Así como el señor Senador tenía su folleto —no recuerdo su título—, yo también tengo los míos. Son muy modestos. Por ejemplo, obra en mi poder en este instante uno que se llama "Doctrina y Política de la Salud", escrito en 1965.

¿De qué se trata? La política de salud de este Gobierno se basa en la exposición que hice en sucesivas sesiones en la Co-

misión del ramo del Senado, presidida por el propio señor Senador.

El señor ALLENDE.—¡Y a petición del Senador Allende!

El señor VALDIVIESO (Ministro de Salud Pública).—Me parece que hubo olvido. No quiero decir otra cosa. Yo estuve en esa Comisión en diversas sesiones explicando una política de salud, que finalmente se condensó en el folleto que mencioné, el cual quedó en manos de los señores Senadores miembros de ella. Creo que no es fácil olvidar esto.

Pues bien, en la referida exposición abordé todo el problema. Sólo me referiré a los hechos medulares, pues no quiero alargar el debate. Dije, por ejemplo: "El derecho a la salud corresponde a todos los habitantes del país sin distinción alguna. Este derecho engendra, a su vez, el deber de los individuos y de toda la comunidad de participar en forma organizada para obtener su cumplimiento".

En otra frase medular, expresé: "El Estado garantizará que el ejercicio de este derecho sea igualitario para toda la comunidad, e incorporará a su uso a todos los grupos que hoy día se encuentran marginados de él.

"El Gobierno creará un Sistema Nacional de Salud, que otorgue a todos los ciudadanos una medicina universal, integral, eficiente, suficiente, oportuna y con igualdad de trato, que respete la dignidad de la persona humana y que se base en la participación activa y constante de la comunidad."

Todavía más, señalé que "el Sistema Nacional de Salud, que empezará coordinando los actuales organismos existentes, pretende llegar en etapas sucesivas a desarrollar en el menor plazo posible la integración total, que se traducirá en la organización de un verdadero y único Servicio Nacional de Salud.

"Con plena conciencia de la íntima interdependencia que existe entre los diversos sectores nacionales, esta política y el Plan Nacional de Salud formarán parte

integrante del Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social del Gobierno. Esta relación deberá ser especialmente estrecha con los sectores sociales, tales como educación, vivienda, etcétera.

“Muchos problemas de salud son determinados o pueden ser solucionados a través de acciones desarrolladas en otros sectores.”

He ahí la parte principal —para no extender la exposición—, pero continuaba revisando los problemas en sus diversas dimensiones.

Sostuve que debíamos realizar un programa de construcciones hospitalarias; que debía cambiarse la forma y la planificación de esas construcciones; que no debían iniciarse sin financiamiento debido, para llevar adelante una faena que incorporara la inversión rápidamente al servicio de la comunidad, etcétera.

Me referí a los consultorios externos y manifesté que debía promoverse una política de descentralización de la atención de la salud, pues los hospitales, atiborrados por los consultantes, debían ver disminuir esta clientela de atención ambulatoria, merced a la creación de los consultorios periféricos en una verdadera red alrededor del hospital del área base.

También hablé de la atención rural. En aquel entonces dije que las zonas rurales estaban desvalidas del servicio de salud y que la atención era a veces casi simbólica; que se hacía necesario construir postas rurales y redistribuir a los médicos, que se encontraban empozados en las grandes ciudades, particularmente en Santiago; que había necesidad de reequipar al Servicio Nacional de Salud, en particular de vehículos, para movilizar a los enfermos en aquellas regiones adonde no podía llegar el médico, etcétera, etcétera.

Así enuncié lo que pensábamos que podíamos hacer. No silencé tampoco la protección biológica del niño. Puse en ello el énfasis que me pareció necesario.

Hice referencia a la ampliación de los programas de suministro de leche; al au-

mento de la dotación de camas de maternidad y de pediatría; a la atención del niño en la edad preescolar, que estaba particularmente abandonado.

Finalmente, planteé la necesidad de abordar seriamente, y sobre una base científica, la racionalización del uso de los medicamentos; que debía ser revisado el malgasto que se estaba produciendo por este factor, no sólo en el sector público de la salud, sino también en el privado, por mal uso y exceso injustificado de consumo de medicamentos, lo que además de gasto inútil es un peligro para la salud. Dije que el problema debía encararse sobre la base de redactar un formulario nacional, a fin de abastecer de las drogas indispensables al Servicio Nacional de Salud y eliminar todo aquello que no significa progreso terapéutico.

Eso fue lo que enuncié, y está resumido en este pequeño folleto. De manera que no hemos silenciado lo que íbamos a hacer. Pero eso no es todo.

Dos años después ordené al Servicio Nacional de Salud que comenzara a dar cuenta de lo que estaba haciendo, con la posibilidad de mostrar ya algunas realizaciones y cambios. Efectivamente, en otro folleto que ha estado a disposición de médicos, autoridades y de cuantos se interesan por los problemas de la salud, se entregan informaciones estadísticas que no admiten interpretación, pues se trata de números.

Así, se puede observar que en 1960 la mortalidad general del país era de 12,3 por mil, y que en 1966 bajó a 10,8. La mortalidad infantil en 1960 era de 120,2 niños por cada mil nacidos vivos, índice que en 1966 bajó —y esto es lo más importante— a 101,9. No son despreciables estos resultados.

En 1968 se editó otro folleto —como se ve, tengo varios—, en el cual se abrevia una buena parte de lo logrado y de la doctrina y política que estamos siguiendo. No abundaré sobre el particular.

En cuanto a la atención del parto —to-

co este punto porque ayer fue una de las materias sobre las cuales se insistió—, ¿hemos progresado o retrocedido? En 1968, la atención profesional del parto llega a 75,7%. Es decir, de cada 100 partos, 22 quedan sin atención, en circunstancias de que dos años antes el porcentaje de atención sólo alcanzaba a 73%. Esto no es todo.

No se ha perdido oportunidad para explicar lo que estaba sucediendo. Lo último —tal vez lo más importante— ocurrió en el seno del Colegio Médico de Chile. Con motivo de su última convención, a mediados de 1969, di una cuenta completa —es cierto que puse énfasis en otros aspectos que en este momento no interesa destacar— y entregué un balance de lo que hasta ese entonces se había realizado en salud.

Por lo menos, creo que en esta forma levanto el cargo del silencio, de la ausencia de una política y de programas y de la falta de realizaciones.

Estoy en condiciones de entregar los datos ahora, en 1970, porque el período transcurrido es suficiente como para observar cambios en la salud, donde sabemos que no se producen en forma muy rápida. En salud, no se cosecha año a año lo que se siembra, como puede ocurrir en otro tipo de realizaciones. Sin embargo, transcurridos cinco años, estimo que hay muchas cosas que mostrar.

En primer lugar, me referiré al compromiso contraído en 1965: crear el sistema nacional de la salud.

En Chile, teníamos una infraestructura de la salud dispersa. Es cierto que la más grande e importante está en el Servicio Nacional de Salud, pero no lo es menos que hay otras instituciones, tanto del sector privado como del público, que poseen servicios de salud, como las Fuerzas Armadas, Carabineros, Universidades, etcétera. La falta de coordinación era absoluta, en forma tal que el país perdía recursos. Por ejemplo, en Punta Arenas había un radiólogo y dos o tres instalacio-

nes de rayos X, y ese profesional atendía yendo de una parte a otra, ocupando los equipos reducido tiempo, en circunstancias de que en otras ciudades no había ningún aparato de rayos. Como se ve, era necesario y útil coordinar.

Tal como prometimos y anunciamos, fuimos a la organización de un sistema nacional de salud. Para ello era necesario introducir modificaciones en la relación entre estos servicios, crear un organismo suprainstitucional. Era la única manera de proceder.

Además, me pareció indispensable planificar alguna vez la inversión en el campo de la salud. Mucho se había hablado sobre este punto cuando llegué. Pensé que ello era acertado; que era una buena experiencia procedente del exterior y que debía imitarse. Organicé una Oficina de Planificación, pero resultó un fiasco. Lo único que hicieron los técnicos de la salud fue llevar a cabo una proyección de lo que tendríamos en 10 ó 20 años. Nada más. Era absurdo, ya que no se puede planificar así. Para hacerlo, deben conocerse las necesidades y los recursos y, sobre todo, colocar las metas en el marco de las posibilidades económicas. De lo contrario, o no es posible realizar nada, o se invierte en exceso, en desmedro de otros rubros.

La salud —debo declararlo— no es problema sólo de salud, porque no hay salud sin educación, sin viviendas, sin saneamiento ambiental, etcétera. Sería absurdo que yo abogara por el aumento del presupuesto del Ministerio a mi cargo, en desmedro del desarrollo social de otros sectores que influyen grandemente en los resultados en este campo.

Por eso, llegué a la convicción de que el problema debía encararse de otra manera, y por un decreto supremo se creó la Oficina de Planificación Sectorial de la Salud, íntimamente comunicada con ODEPLAN. Y así estamos trabajando.

En este momento esa Oficina está realizando una muy importante investigación sobre recursos humanos y demanda de

servicios de salud y su rendimiento, lo que es muy importante. Aquí siempre se ha hablado de la falta de médicos y enfermeras, los cuales deben ser aumentados, pero debemos pensar también en los rendimientos.

Como ya lo dije, en el estudio de planificación debe considerarse el elemento gasto público o recursos.

Pues bien, tal estudio está tan avanzado, que me atrevo a anticipar que podremos ofrecerlo terminado, impreso, dentro de seis meses. Con seguridad, a ese documento deberá recurrir quien desee en lo futuro abocarse a la política de salud, pues en él se incluyen los elementos necesarios para fundamentarla.

El estudio de demanda, que se fundó en una encuesta a 45 mil personas sobre la base de la misma población que considera el SENDE para sus investigaciones sobre la fuerza de trabajo, ya nos ha entregado algunos resultados en extremo sorprendentes, hasta el punto de haberme obligado a introducir algunos cambios en la línea que estábamos siguiendo.

En efecto, al comenzar manifesté que nos había llamado mucho la atención lo desguarnecida que estaba el área rural de nuestra población, que reúne el 28% de los habitantes del país. Parece haber bastado la redistribución de recursos que se ha hecho, pues allí —y en esto me atengo a la estricta definición de lo que es área rural, según la Organización Mundial de la Salud—, donde en 1964 había 156 médicos, ahora, con la promoción de los médicos generales de zona, nos acercamos a los 560, sin considerar el incremento de la infraestructura de salud en el área, hecho que a todos les consta. Al parecer, digo, esa sola modificación en los cinco últimos años— el estudio así me lo ha demostrado— ha permitido mejorar la demanda de servicios en el sector rural, en tal forma que se aproxima a la de las ciudades. Están muy sorprendidos los expertos que han tomado parte en estas investigaciones, chilenos y norteamericanos, pues la

encuesta ha debido ser sometida a procesamiento por el sistema I.B.M. en el exterior. Esta revelación coloca a Chile en posición mucho más satisfactoria que Taiwán, Perú y Colombia, donde el desnivel rural-urbano es considerable. Es posible que esté llegando el momento de poner el acento en el mejoramiento de los servicios de salud, no tanto en el área rural como en Santiago, donde se observa el mayor crecimiento de la población.

Ha sido y será necesario definir algunos aspectos de política referentes a la relación de gastos y expansión de los servicios, materia que ya abordaron los Honorables señores Morales Adriasola y Allende.

Planteaban los señores Senadores —no hay tiempo para entrar en detalles, pero su posición era más o menos ésta— la necesidad de aumentar el número de médicos y enfermeras. Decían que no habrá más servicios si no se cambia la relación población-médico y población-enfermera. En Chile tenemos un médico por cada 1.600 habitantes o, dicho en otra forma, seis médicos por cada diez mil habitantes. Al mismo tiempo, disponemos de 2.500 enfermeras en todo el territorio. Todos desearíamos aumentar los recursos humanos. Pero yo me pregunto, si en estos momentos el sacrificio que hace el país para remunerar de una manera más o menos adecuada a estos profesionales nos da lo justo para pagar a cinco mil médicos, ¿con qué recursos enfrentaríamos el gasto para aumentar al doble el número de médicos y a diez mil las enfermeras? Estos son los problemas que se plantean. Por otra parte, la medicina y la salud se encarecen cada día más.

En estas circunstancias, es absolutamente necesario adoptar una política de delegación de funciones. Fueron realistas los que hace algún tiempo dispusieron radicar en las auxiliares de enfermería el peso de algunas responsabilidades de las enfermeras. Aquéllas son profesionales formadas en menos tiempo y que gozan de

menor remuneración, pero reemplazan y completan, con las enfermeras, el equipo de enfermería. Pues bien, entre los médicos debemos hacer lo mismo. Ellos también deben delegar funciones. No es posible que los anestesiólogos den todas las anestесias; debe haber enfermeras que colaboren con ellos, como debe haber optometristas que colaboren con los oculistas. De lo contrario, faltarán anestesiólogos, oftalmólogos, enfermeras, etcétera. Si no lo hacemos, si no adoptamos una política de esta naturaleza, ocurrirá lo que pronostica un profesional que ha analizado a fondo el problema económico de la salud en Chile: el doctor Salvador Díaz. El servicio de salud ha visto crecer la inversión "per cápita" durante todos los últimos Gobiernos, lo que prueba que todos ellos se han preocupado del problema. Pero, ¿qué ha resultado? Que el incremento del gasto de salud ha ido a remuneraciones y que cada día queda menos para la expansión del servicio. Una política de delegación de funciones es necesaria. Aún en los Estados Unidos, el país que tiene más recursos, se delegan trabajos de esta especie en profesionales intermedios. Por eso es necesario conjugar todos los elementos mencionados. Esto es precisamente lo que estamos haciendo a nivel ministerial con la Oficina de Planificación Nacional.

Al delinear la política de salud en 1965, señalé que era necesario pedir a la comunidad su participación. Dije que era curioso el espectáculo de un Servicio Nacional de Salud y otros organismos similares creados para la comunidad en los que la gran ausente en su manejo era ésta. En el Consejo del Servicio Nacional de Salud hay consejeros de diversa representatividad. En los hospitales sucede lo mismo. Debe organizarse la comunidad en torno de cada establecimiento de salud. El decreto 250, de 1967, creó los Consejos Comunitarios de Salud, de los cuales ya funcionan 80. Conocen así sus problemas y los del hospital. Es la única manera de que a un establecimiento asisten-

cial de esta especie no se le exija más de lo que puede dar, pues se lo cuida como propio. Son, al mismo tiempo, el mejor vehículo de comunicación para la información del Director y de la comunidad de trabajo del hospital. Tengo la seguridad de que darán los mejores frutos, en cuanto al rendimiento y al mejoramiento de las condiciones de disciplina intrahospitalaria, pues la gente, en uso de sus derechos, lógicamente reclamará y hará cambiar de actitud al personal. Pero, si organizamos a la comunidad usuaria —como lo estamos haciendo—, me parece lógico que también participe la comunidad de trabajo, es decir, el personal. Considero que los funcionarios del Servicio Nacional de Salud, desde los médicos al más modesto empleado, deben tener participación, deben saber por qué están ahí, qué están haciendo y con qué objeto. No sólo deben estar informados y motivados en su trabajo, sino que también deben tener cierta participación relativa, según los niveles en que se encuentren en las decisiones u orientaciones del servicio. Con estas dos medidas, me parece que los problemas denunciados por el Honorable señor Allende sobre mala atención en el servicio podrían terminar. Soy el primero en reconocer que hay dificultades. Yo mismo las he comprobado. Es más, he visto cosas increíbles: rechazos, respuestas inaceptables. Y todo esto, ¿por qué? Por faltar una organización como la señalada. Si no la adoptásemos, deberíamos poner a cada funcionario un vigilante para que las cosas caminaran bien. Me parece que los resortes que estamos tocando permitirán al Servicio Nacional de Salud proporcionar una mejor atención.

Así hemos cumplido nuestro compromiso, lo que anuncié a comienzos de 1965. Respecto de la participación de la comunidad, ya se han creado 80 Consejos Comunitarios.

En cuanto al aumento de la cobertura, el gran problema de salud en Chile, también se está mejorando. Deploro repetir

algunos conceptos que emití en la sesión de anteayer, si no me equivoco, cuando se trataba la acusación en mi contra y se hizo referencia al problema de la medicina curativa. Creo que algunos de los señores Senadores que intervinieron en el debate de ayer no se encontraban en esa oportunidad. En todo caso, presento mis excusas a quienes estuvieron presentes, por incurrir en repetición.

Empecé con un enunciado. Todo Gobierno signatario de la Carta de los Derechos Humanos, la Carta de París, que agregó el derecho a la salud junto a los derechos políticos y civiles, falta gravemente a sus deberes si una parte de la población no puede ejercer este derecho. Tenemos, pues, que aumentar la cobertura. ¿Cuáles eran las necesidades en este sentido en 1964? Dar atención, en el sector de los empleados, a un millón ochocientas mil personas.

El señor GARCIA.—¿Un millón ochocientas mil personas?

La señora CARRERA.—Sí, con sus grupos familiares: hijos, cónyuge, etcétera.

El señor VALDIVIESO (Ministro de Salud Pública).—Me refiero a los activos y pasivos, con sus respectivos núcleos familiares.

El señor CHADWICK.—Estamos todos de acuerdo en esa cifra.

El señor VALDIVIESO (Ministro de Salud Pública).—También debíamos cubrir al área rural, en que se concentra 28% de la población, con servicios insuficientes.

A este respecto, el Honorable señor Chadwick hacía presente ayer el problema que enfrenta el norte del país. Lo conozco. Comparto plenamente su observación. Nos hemos reunido para ver qué podemos hacer en Pueblo Hundido. Hay allí catorce mil personas desvalidas del servicio de salud. Es necesario solucionar esta situación.

Pero el problema consiste en hacer la cobertura en un marco de cierta rigidez.

No podemos aumentar rápidamente la infraestructura de salud, porque la inversión es muy baja. No hay recursos suficientes para hacerlo así. Tenemos 32 mil ó 34 mil camas, en circunstancias de que deberíamos tener 50 mil. Nos demoraremos en llegar a esa meta, más aún por la circunstancia de ser Chile un país difícil. Cuando se aumenta en cuatro mil el número de camas —lo demostraré luego con cifras exactas—, dos mil deben destinarse a reponer las destruidas por los terremotos o por el uso. Así es Chile.

Además, hay otro elemento de rigidez: los recursos humanos. Disponemos —repite una vez más— de cinco mil médicos, con los cuales debemos proporcionar todos los servicios de salud. ¿Cómo resolver entonces el problema? ¿Podíamos afrontarlo con la medicina funcionaria, para agregar más gente a las colas de los consultorios, para prolongar el tiempo de espera de las operaciones no urgentes? Habría sido absurdo. Habría resultado una manera muy fácil de sacarse la preocupación de encima, pero ahí estaría el problema, agravado. Era necesario afrontar la situación. Lo hicimos con el mecanismo ideado en la ley de Medicina Curativa —que motivó una acusación en mi contra—, único medio de ofrecer mayor número de horas de atención con el mismo recurso médico. Eso es lo que ha traído la complejidad señalada. Afortunadamente, a pesar de las dificultades, avanzamos en la solución del problema.

Hoy estuvieron en el Ministerio representantes de los servicios de bienestar, en particular de los más pequeños. Fueron a expresar su agradecimiento por la forma como funciona para ellos la ley de Medicina Curativa. Al mismo tiempo, hicieron ver algunos vicios, que hemos anotado para tomar las medidas del caso. No es de extrañar que eso ocurra, porque no es posible evitar algunos entorpecimientos. Así son las cosas.

Para coordinar todas estas medidas, la ley 16.781 creó el Consejo Nacional Con-

sultivo de la Salud. Esta es una institución suprainstitucional e interministerial, en la cual están representados todos los sectores que tienen servicios de salud: Universidades, Fuerzas Armadas, Carabineros, etcétera. Desde que existe hemos venido coordinando su acción.

Los problemas que indicó el Honorable señor Allende el otro día deben solucionarse. Por ejemplo, el hecho de que en la Asistencia Pública hubieran cobrado la atención a la señora de un cabo. Ya estamos arreglando los convenios, para que quienes dependen de una caja distinta de la de las Fuerzas Armadas puedan ser atendidos en el Servicio Nacional de Salud. Se acabaron las exclusividades. Se acabaron los hospitales destinados únicamente a ciertos sectores. Todos los establecimientos son para la comunidad entera. Gracias a la ley de Medicina Curativa, los beneficiarios pueden ser operados en el Servicio Nacional de Salud o en clínicas privadas. La esposa del cabo jubilado de Carabineros, a la cual se refirió ayer el Honorable señor Allende, tiene derecho a ser atendida en la Asistencia Pública, en virtud de convenios que fijan también cierto pago, que va directamente de la caja al Servicio Nacional de Salud.

Tales son los avances generales logrados por medio del Ministerio. Lo hago presente porque me parece que el Honorable señor Morales Adriasola hizo una alusión al respecto.

La señora CARRERA.— ¿Me permite una interrupción, señor Ministro?

El señor VALDIVIESO (Ministro de Salud Pública).— Preferiría realizar mi intervención sin conceder interrupciones. Ayer solicité una al Honorable señor Allende, y no me la proporcionó.

El señor PABLO (Presidente).— El señor Ministro no desea ser interrumpido.

El señor VALDIVIESO (Ministro de Salud Pública).— Me parece que el señor Senador afirmó que existía intromisión excesiva o desmedida de parte del Minis-

terio en el Servicio Nacional de Salud. Yo no entiendo la independencia de este servicio como total y absoluto. Es absurdo. Desde luego, estamos coordinando estas acciones. Al Ministerio de Salud le corresponde fijar la política de salud y, de consuno con la Oficina de Planificación, a los servicios dependientes, a los que se relacionan con el Ejecutivo por su intermedio, ejecutar los programas destinados a cumplir esa política. Me parece que lo anterior basta para probar que no puede haber independencia y autonomía total. Hay autonomía administrativa, nada más.

Entendidas así las cosas, vamos llegando a un sistema que no existía. Antes de asumir yo la Cartera, quien dirigía todo lo relacionado con la salud era la Dirección de Salud, no el Ministerio. Con toda franqueza debo manifestar que estaba de más. En cambio, ahora, con los nuevos planes, tiene una razón de ser y está asumiendo las obligaciones que le corresponden.

Brevemente, me referiré a otros aspectos de lo realizado en estos cinco años.

En el enunciado primero, relativo al fortalecimiento de nuestra infraestructura de salud, mencioné a la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios. ¿Qué se ha hecho al respecto? Entre el 1º de enero de 1965 y el 30 de septiembre de 1969 —porque lógicamente no disponemos de datos a la fecha en que nos encontramos—, se han construido las siguientes obras: hospitales nuevos, 45; ampliaciones de hospitales, 12; consultorios, 35; otras construcciones, 10. En total, 98.

Número de camas nuevas: 4.197; número de camas destinadas a reposición, 2.256, es decir, 53,8%; número neto de nuevas camas, 1.941, o sea, 46,2%. Como se ve, más de la mitad de las camas que se habilitan van a reposición.

El total de metros cuadrados construidos es de 213.053 en cinco años, lo que significa un promedio de cuarenta mil me-

tros cuadrados en construcciones hospitalarias al año. Esto es, sustancialmente, más de lo que se construyó en épocas anteriores.

Obras en construcción: hospitales nuevos, 3; ampliaciones y remodelaciones, 5; consultorios, 42; otras construcciones, 11. Es decir, en estos momentos hay 61 establecimientos en construcción, lo cual representa 1.887 camas, con un total de 106.730 metros cuadrados.

Las obras en estado de petición de propuestas son las siguientes: hospitales, 1, el de Copiapó, que, en realidad, debe de haber comenzado a construirse por estos días, pues ya se entregaron los terrenos correspondientes; ampliaciones de hospitales, 1; consultorios, 2. En total, 4, que representan 320 camas.

Obras por iniciarse en el resto del presente año: hospitales, 2, que son el de San Francisco de Borja-Arriarán y la primera etapa y ampliación del Hospital Regional de Valdivia; consultorios, 2; otras construcciones, 1.

Obras en proyecto para iniciarse en 1970: hospitales, 9. Son los siguientes: Santa Bárbara; Quirihue; del Empleado, en Santiago; Coquimbo; San Pedro de Atacama; Comunitario de Lo Valledor; Buin; del Cobre, de Rancagua, y el de San Antonio. El Hospital del Empleado será el más grande del país y tendrá cerca de 60 mil metros cuadrados de construcción. Se halla en estado de petición de propuestas.

También ha habido mejor rendimiento de los recursos en lo referente a las consultas médicas. En 1964, el Servicio proporcionó 9.176.000 consultas.

El señor IRURETA.—¿Cuál es el monto de la inversión?

El señor VALDIVIESO (Ministro de Salud Pública).—En 1968, las consultas se elevaron a 10.944.000. Es decir, experimentaron un aumento de 19,3%. Si se considera que el aumento de la población total entre 1964 y 1968 fue de 10,6% —debo rectificar aquí la tasa de creci-

miento de la población señalada ayer, pues en Chile hace mucho tiempo que viene en descenso: en la actualidad es de más o menos 2,1% anual—, el incremento porcentual del total de consultas médicas fue muy superior a esa cifra, lo que expresa un progreso notorio en la expansión de ese tipo de actividad médica.

En egresos hospitalarios, el Servicio Nacional de Salud entregó, en 1964, 669.321 y, en 1968, 771.700. Es decir, se ha producido un aumento de 12%. Dentro de la misma estructura, ello significa un mejor aprovechamiento de las camas y del elemento material.

Es conveniente dar a conocer, aunque sea brevemente, algunos aspectos referentes a la protección de salud, debido al éxito extraordinario que se ha obtenido. Puedo afirmarlo porque el mérito no es mío, sino de los técnicos que trabajan en el Servicio Nacional de Salud. Me refiero a las inmunizaciones hechas a lo largo del país, a la vacunación contra la poliomielitis. Entre 1959 y 1963, el promedio anual de dosis fue de 601.208 vacunas y, entre 1964 y 1968, de 826.669, lo que representa un incremento de 37% de las vacunas contra la polio. Doy esta información porque ayer también se habló sobre el particular. Es posible que se haya producido un brote de esa enfermedad. No lo sé. Pero sí puedo decir que la protección sobre la base de vacunaciones en el país se ha elevado considerablemente. Sin embargo, siempre quedan bolsones hasta donde no llegan programas de vacunación, y es posible que en ellos se haya producido el brote mencionado.

El señor MORALES ADRIASOLA.—Hay 120 casos de niños que han reclamado atención.

El señor VALDIVIESO (Ministro de Salud Pública).—En lo que respecta al sarampión, debo manifestar que, como promedio anual, entre los años 1959 y 1963 se proporcionaron 19.115 vacunas y, entre 1964 y 1968, 269.939, lo cual representa un aumento de 2.861%.

Deseo detenerme brevemente en esta

materia y dar algunas explicaciones, porque el sarampión es uno de los factores que contribuye en mayor medida a la mortalidad infantil. En Chile se desarrolló un programa de vacunación masiva que constituyó una experiencia de carácter mundial, que fue pedida inclusive por el Perú. El doctor Rístorí viajó a ese país y a Centroamérica para llevar a cabo esa experiencia, que fue señalada por la Organización Mundial de la Salud como ejemplo en la materia. En este aspecto, como sucede siempre con las vacunaciones, se han obtenido excelentes resultados a corto plazo. En este terreno sí que es posible cosechar de año en año. En 1964, el porcentaje de casos, en materia de frecuencia de esta enfermedad, fue de 38,6%, contra 4,3% obtenido en la actualidad. Es decir, prácticamente ha desaparecido la mortalidad por tal concepto.

En cuanto a la tuberculosis, sucede otro tanto. Hace 30 años esta enfermedad era un terrible flagelo para nuestro país y representaba el más alto índice de mortalidad. Si no me equivoco, morían alrededor de 250 personas por cada 100 mil habitantes. Gracias al progreso de la ciencia, a los antibióticos, a los cuales ya me referí, ha descendido notablemente dicho porcentaje. Tan así es que, en 1964, la mortalidad por tuberculosis bajó a 45,8. Cuatro años después, en 1968, descendió a 26. En la actualidad ese índice es de 33,7. Es decir, esa enfermedad ha dejado de ser un problema grave. Sin embargo, no podemos descuidarnos y por eso se sigue vacunando y atendiendo, en especial, a la población adulta. Podemos decir que, prácticamente, no hay niños tuberculosos. Actualmente hay un problema de salud mucho más grave —que, por desgracia, a medida que disminuye la tuberculosis, se agrava—: las muertes por accidentes, por violencia y por envenenamientos. Estas causas han llegado a constituir un problema gravísimo, que es necesario abordar.

El Servicio Nacional de Salud ha aumentado considerablemente las inversio-

nes en habilitaciones. Se han adquirido los siguientes equipos: rayos X, comprados en Philips y Siemens, en Holanda y Alemania, por un valor de 1.472.000 dólares en la primera y 981.000 dólares en la segunda; equipos médicos K. F. W., 901.000 dólares. En Suecia se han adquirido equipos de lavandería, que se han renovado prácticamente en toda la cadena de hospitales, con un valor de 1.100.000 dólares. Por medio de la A. I. D., se han comprado equipos de endoscopia por valor de 300 mil dólares y audiómetros por 30.000 dólares. En 1969, se emplearon 347.000 dólares en la compra de nuevos equipos de rayos X a la firma Siemens; y con créditos proporcionados por Francia, por 5.000.000 de dólares, se han renovado equipos médicos.

La suma total de todas esas inversiones es de 10.302.000 dólares.

Los vehículos de que el Servicio disponía en 1964 estaban bastante deteriorados por su dilatado uso. Las adquisiciones por tal concepto son las siguientes: en 1965, 155 unidades, por valor de 444 mil dólares; en 1966, 101 unidades, por 291 mil dólares, y en 1970, 153 unidades más, que están embarcadas y comenzarán a llegar luego, por valor de 500 mil dólares. Además, otros vehículos, entre ellos "jeeps", necesarios para la atención de la salud.

A ello habría que agregar, en cuanto a inversión, a gasto de capital del Servicio Nacional de Salud, la construcción de 73 consultorios periféricos.

Me referiré brevemente también a otra de las instituciones dependientes del Ministerio: el Servicio Médico Nacional de Empleados. Este ha tomado características nuevas en virtud de la ley de la cual es administrador: la ley de Medicina Curativa. Debe adecuarse a las nuevas funciones para las cuales no estaba preparado, por lo que han surgido algunos inconvenientes derivados de la aplicación de dicha ley.

El SERMENA ha expandido sus atenciones mediante siete equipos médicos; diez delegaciones médicas; tres centros periféricos materno-infantiles y treinta y

cuatro centros de prestaciones odontológicas. Ha comprado equipamiento en cantidades importantes: equipos radiólogos por valor de 1 millón 850 mil escudos; de laboratorio, por 300 mil escudos; odontológicos, por un valor superior a 10 millones de escudos, y otros varios equipos por 5 millones y tantos de escudos.

Es decir, el Servicio Médico Nacional de Empleados está creciendo en la medida de la demanda que en este momento tiene por el concepto de atención médica de 1 millón 800 mil personas, cifra a que ascienden los imponentes.

Además, dentro del concepto del sistema nacional de salud, la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios ha recibido 20 millones de escudos del Servicio Médico Nacional de Empleados, para la construcción del Hospital del Empleado, que, aunque tenga este nombre, será atendido por el Servicio Nacional de Salud. Por otra parte, el SERMENA está invirtiendo 8 millones 100 mil escudos en un Centro Odontológico, el más importante con que contará el país, y 9 millones seis mil escudos en la construcción del Hospital Regional de Valparaíso. Está construyendo un Hospital Regional en Iquique, instalando un Equipo Médico en San Antonio, por valor de 1 millón 300 mil escudos; está por iniciar el Hospital Regional de Chillán, por 1 millón 740 mil escudos, y el de Punta Arenas por 2 millones 160 mil escudos.

En estos cinco años, señores Senadores, se ha desarrollado una actividad parlamentaria que Sus Señorías ya conocen. Sin embargo, valdría la pena hacer de ella una enumeración en cuanto se refiere a la salud, porque representa un progreso.

Se ha promulgado la ley N° 16.781, que concede medicina curativa a los empleados. Conocen Sus Señorías cuál era anteriormente la situación de esos servidores: los del sector privado tenían medicina curativa si la pagaba de su propio peculio; los empleados públicos la tenían para un pequeño grupo. Y ambos sectores go-

zaban de los beneficios de la medicina preventiva.

Se promulgó la ley N° 16.744, sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, cuya dictación se estuvo esperando durante veinte años, así como se esperó por lo menos diez años la que diera medicina curativa a un grupo de empleados, por las iniciativas y discusiones suscitadas alrededor de este asunto.

La ley N° 16.781 también creó el Consejo Consultivo de Salud, cuya función he enunciado rápidamente.

En cuanto a los decretos con fuerza de ley, varios han sido dictados en la materia. El Código Sanitario tenía treinta y cinco años de antigüedad, estaba absolutamente fuera de posible aplicación. No sé cómo cumplía los compromisos internacionales el Servicio Nacional de Salud con un texto tan antiguo. El decreto N° 725 lo ha puesto al día.

El decreto N° 253, a que ya me referí, creó la Oficina de Planificación y Presupuesto del Ministerio de Salud Pública; y el que lleva el N° 250 creó los Consejos Comunitarios de Salud, cuyo papel ya he reseñado.

El decreto N° 93, del año 1969, aprobó el Formulario Nacional de Medicamentos, el que está en etapa de desarrollo. En este momento se encuentran en las farmacias por lo menos sesenta o setenta medicamentos del Formulario.

El decreto N° 440, finalmente, es el relativo a la yodación de la sal. Hace mucho tiempo que los médicos, en particular los especialistas, estaban pidiendo que se tomara alguna medida de prevención del bocio en Chile. En poblaciones enteras, las personas con bocio ascienden a un número que resulta realmente llamativo. Y éste no es sólo un problema de estética, sino que atrasa el desarrollo mental y corporal del niño. Ese decreto, que obliga a la yodación de la sal, obliga también al uso exclusivo, para el ser humano, de la sal yodada.

No quiero extenderme sobre el problema del Formulario Nacional. Creo que ha

sido bastante debatido y que es conocido.

El señor MONTES.—Pero sigue siendo importante.

El señor GARCIA.—Preferimos que se refiera a él, señor Ministro.

El señor VALDIVIESO (Ministro de Salud Pública).—Muy bien.

Como tuve ocasión de decirlo al principio, cualquier médico que conoce a fondo el uso de los medicamentos sabe hasta la saciedad que se puede curar con plena eficacia, dentro de los recursos actuales de la ciencia y de la medicina, con un puñado de medicamentos; y que de los dos o tres mil, o más, que están en los anaqueles de las farmacias y que se distribuyen por todo el mundo, pueden ser suprimidos todos los demás sin que se pierda por ello una sola vida, porque no son medicamentos esenciales o son los mismos esenciales con otro nombre, y con patente, circunstancia que se aprovecha para obtener un precio indebido, ilegítimo.

¿Por qué ha sucedido esto? Por varias razones. Una de ellas es la de que, de los muchos conocimientos que recibe el médico en formación, el estudiante de medicina, no hay uno más inestable y fugaz que el que corresponde a la terapéutica y a la farmacología. De ahí que el futuro médico sea formado fundamentalmente en la anatomía, la fisiología y la química, pues en estos aspectos no hay cambio o lo hay muy lento, y tal formación permite al médico ir perfeccionándose. Pero cuando se llega a esto de los medicamentos, si el médico no sigue estudiándolos, luego estará usándolos mal; y por falta de tiempo —por no decir otras cosas— en vez de estudiar se somete a la presión de los promotores de ventas, que encuentran buena acogida del folleto. Le entrega al facultativo el específico y le pide que lo ensaye. El médico saca unas muestras, las usa, queda satisfecho: no tiene espíritu de crítica para juzgar la calidad. Le gustó la presentación y sigue adelante. Más no le importa. ¿Por qué? Porque no juega en ello la ley de la oferta y la demanda. Cuando uno compra, adquiere

lo mejor y más barato, pero en el comercio de los medicamentos el que compra no es el que elige, y el que elige, el médico, no paga. El cliente paga y quien ha elegido es el médico, a quien no siempre le interesa la protección económica de su paciente. Así hemos llegado poco a poco a un aumento de utilidad de la industria farmacéutica. Y no digo esto respecto de la industria chilena, aunque puede ser que también ocurra en ella, porque aquí la industria químico-farmacéutica es de dos clases: una, netamente nacional, y otra que depende de la industria extranjera. Básteme decir una cosa: esa industria, en Estados Unidos, es la que tiene las más altas ganancias ¡las más altas de toda la industria de aquel país! Allí forma parte de lo que se llama "little business", pequeños negocios. No son la General Motors ni la Ford Motor Company las que obtienen más utilidades, sino esa industria a que me refiero, que obtiene veinticinco por ciento. ¿De dónde sale? Del sobreprecio que está pagando el público.

Debemos proteger nuestro servicio de salud, al que faltan recursos, evitando que los de que dispone se malgasten en esa forma, para dedicarlos a otra cosa. Es obligación fundamental del Gobierno.

Pero hay que tener cuidado. El Formulario Nacional es un documento de gran responsabilidad. Por esto, he cuidado mucho de que lo redacte la gente más capacitada del país: profesores de la Facultad de Medicina, profesores de la Facultad de Química y Farmacia, de Odontología, aun de Veterinaria, en cuanto a medicamentos para animales, los Colegios profesionales, los clínicos, etcétera. Ellos formaron la comisión redactora. Y ese documento —tengo a orgullo decirlo— es hoy ejemplo en la Organización Mundial de la Salud, la que está pidiendo que se imite esa política, que ha significado una disminución considerable del gasto de farmacia y un mejor abastecimiento, como es lógico, de los establecimientos hospitalarios.

A este respecto, quiero contestar algu-

nas quejas justificadas que estoy recordando, del Honorable señor Morales, por mal abastecimiento en los hospitales de Coihaique...

El señor MORALES ADRIASOLA. — Mencioné el hospital de Combarbalá, al que los enfermos llegan con viandas.

El señor VALDIVIESO (Ministro de Salud Pública).— Tenemos fallas administrativas en el Servicio.

Me preocupé de una denuncia hecha por el Honorable señor Olgún: que en Arica no había medicamentos. Me pareció grave. Fue allí el Jefe de la Central de Compras, porque me aseguró que no faltaban los medicamentos. Lo que había ocurrido era que localmente no se hacían oportunamente los pedidos, pues allí estaban los cajones, pero los remedios no se habían desembalado.

Existen fallas, pero no atribuibles a las centrales de abastecimiento. Son deficiencias locales, de administración.

Tuve que preocuparme personalmente del hospital de Coihaique. Estábamos al 10 de enero y no se había pagado a los funcionarios. Me enviaron un telegrama anunciándome que estaban a punto de declararse en huelga. ¿Qué pasó? El organismo contable de la zona, que está en Puerto Montt, no mandaba el dinero. Falla local, de administración; a tal punto —y se lo digo al señor Senador que representa a la región— que estoy dispuesto a crear la Zona de Aisén, que es Subzona. Todos esos entorpecimientos son un argumento más para tomar esta medida.

El señor MORALES ADRIASOLA.— La Subzona no opera.

El señor VALDIVIESO (Ministro de Salud Pública).—Así es, señor Senador.

El Formulario Nacional significa, en primer término, que podremos usar bien, en forma racional, los medicamentos, por su nombre genérico, sin sobreprecio. Tenemos los elementos necesarios para hacerlo. El Laboratorio Chile tiene sus capitales de origen en el sector público. ¿Quiénes son sus grandes accionistas? Servicio

Nacional de Salud, Servicio Médico Nacional de Empleados, hoy día la Caja de Previsión de Empleados Particulares, y el Servicio Social. No hay ningún inconveniente. Ya se hizo la ampliación, la capacidad de producción está muy aumentada, y estamos entrando poco a poco al abastecimiento total del Formulario.

Yo hubiera deseado que la industria privada formara parte del programa. Se lo ofrecí. Ha estado reticente. Les dije: "Si continúan reticentes, señores, el monopolio del Formulario Nacional lo tomará el Laboratorio Chile. El fabricará esos medicamentos". En esto estamos. No voy a detener una política de esta especie por la terquedad de la industria privada, que puede perfectamente colaborar, contribuir en dar solución a las dificultades de abastecimiento. Aún más: yo no le iba a impedir que el equivalente, de marca, pudiera venderlo. A mí me interesaba que el enfermo privado tuviera la oportunidad de comprar la tetraciclina, por ejemplo, por 4,80 escudos las dieciséis cápsulas, en vez de pagar por ellas con otro nombre, 32 escudos. Esto es lo que está ocurriendo.

El señor JEREZ.—¿Y cuál es el interés por insistir en la colaboración del sector privado?

El señor VALDIVIESO (Ministro de Salud Pública).—La razón estriba en que facilita el abastecimiento.

El sector público es muy grande; de manera que si al mismo tiempo he contraído compromisos con el sector privado, es para que no falte el medicamento, pues la etapa en que estamos es delicada.

Esta, es en síntesis, la política sobre medicamentos.

Como es evidente, el gran provecho ya se está obteniendo, porque en este momento en el sector público no se usa sino el Formulario Nacional, que es de carácter impositivo. Los hospitales no pueden prescribir nada más que esto, y el Colegio Médico, por su parte, ha colaborado muy bien en esta política, pues comprende que hay necesidad de reemplazar esa

propaganda relacionada con la marca y la patente de los medicamentos por la vía de la comunicación que tenemos los médicos por intermedio del Colegio respectivo y de las publicaciones del Servicio Nacional de Salud.

El señor MONTES.—¿Me permite un alcance, señor Ministro?

Señor Presidente, he pedido al señor Ministro una información que él ha entregado, relacionada con el denominado Formulario Nacional, porque en Concepción, en conversaciones sostenidas con farmacéuticos, éstos me han expresado que se trata de una importante iniciativa, pues permite que la gente modesta, como efectivamente parece ocurrir, realmente obtenga un alto beneficio en el consumo de medicamentos.

Pero, al mismo tiempo, me han observado lo que precisamente ha dicho el señor Ministro: que los médicos entregan otro tipo de medicamentos y no utilizan los señalados en el Formulario Nacional. Y el señor Ministro ha reconocido que el problema efectivamente es así.

Ahora bien, ¿cuál podría ser la solución para que el Formulario Nacional pudiera ser llevado efectivamente a una realidad mucho más profunda todavía, más amplia y más extendida en su aplicación? Porque, en realidad, es innegable que este sistema constituye un beneficio muy importante para la gente del pueblo.

El señor VALDIVIESO (Ministro de Salud Pública).—En el debate de ayer se analizó también —a ello me referiré brevemente— la política de atención odontológica. En este aspecto, no hay duda alguna de que existe un atraso considerable en lo que atañe a la salud de la boca. Sin embargo, puedo decir dos cosas: en primer lugar, Chile es un ejemplo por haber implantado la medida más eficaz de prevención de las caries dentales con la fluoración del agua. En este momento, el programa de fluoración del agua abarca a casi la mitad de la población del centro del país y, por la aplicación de este plan,

hemos sido señalados como ejemplo en la última asamblea celebrada por la Organización Mundial de la Salud. El Ministerio a mi cargo ha recibido una nota especial particularmente grata por la ayuda que hemos prestado con el ejemplo de lo obtenido aquí y por la posibilidad de que esta medida de salud pública se difunda.

En segundo lugar, en lo que atañe a la recuperación y atención de la dentadura, debo decir que el Servicio Médico Nacional de Empleados, en este momento, ha aumentado sus horas dentales de 180 a 600 horas, y que el Servicio Nacional de Salud tiene un programa muy importante de aumento de las plazas de odontólogos.

En seguida, quiero abordar algo que, según me pareció, constituye un punto donde se ubicaba el centro de gravedad de los cargos hechos ayer; el centro de donde salían esas pinceladas trágicas que me daban la impresión de estar en la selva en materia de salud, o en una especie de leyenda negra de la salud de Chile. Todo era trágico. Me refiero a la desnutrición.

El Honorable señor Allende puso énfasis en este problema, porque es un tema que le preocupa. Y tiene razón.

La desnutrición, desde luego, existe desde tiempos inmemoriales. El problema consiste en saber avaluarla, en saber qué significa y adónde vamos. Si caminamos o retrocedemos. Esto es lo importante. Pero no es fácil analizar el problema.

La desnutrición —más bien llamémosla “malnutrición”— es un daño resultante de un conjunto de factores. No se trata sólo de déficit de proteínas. También hay problemas de educación y otros. Además, existe otra dificultad: la subnutrición o desnutrición no es un diagnóstico. Nadie se muere por desnutrición. Ese es un antecedente que no aparece en el certificado de defunción. Lo que figura es que un niño con diarrea o con sarampión murió. ¿Por qué? Porque la mortalidad por estas enfermedades, cuando golpea al desnutrido, alcanza un grado muy alto.

Por consiguiente, no es fácil delimitar las cosas. En nuestro país ha habido estudios muy serios sobre esta materia. Tal vez las mejores encuestas, las más confiables, aun cuando todas deben ser analizadas, son las hechas por el Servicio Nacional de Salud en las poblaciones del área norte de Santiago y de la provincia de Valparaíso. Con los patrones usados se estableció que 10% de la población infantil investigada estaría afectada de algún grado de desnutrición.

“El daño cerebral” —estoy leyendo, con el objeto de comunicar estos hechos y analizarlos, lo que se publicó el 23 de noviembre, como ya lo señalé— “en la desnutrición es incuestionable, pero también aquí la cuantificación se hace sobre bases muy inseguras por la concurrencia frecuente de otros factores.” El daño cerebral y la desnutrición no son exactamente la misma cosa.

“El abandono es, por ejemplo, causa indiscutible de atraso mental” —un niño abandonado tiene retraso mental—. “Ahora bien, si como es corriente se evidencia en estos niños con atraso mental la presencia de los dos factores, desnutrición y abandono, se hace muy difícil esclarecer en qué medida cada uno de ellos está participando.”

Pero, reconociendo que en Chile existe el problema de la “malnutrición” en la infancia y que hay plena conciencia de su importancia, aun cuando no podamos pronunciarnos sobre la exacta magnitud del problema, para juzgar sobre bases más seguras acerca de lo que ocurre —insisto—, es necesario proyectar la información en otra forma, o sea, aquella a la cual me referí: el efecto indirecto sobre la mortalidad.

Desde luego, existe consenso en estimar ante todo, que la desnutrición, no obstante ser una condición patológica crónica, se expresa como aumento de la mortalidad por enfermedades, que cuando ocurren en niños eutróficos carecen de gravedad; en cambio, en el desnutrido pro-

duce alta mortalidad. En los países en que el sarampión y las diarreas infantiles tienen alta tasa de mortalidad, se pone en evidencia indirectamente la existencia de la desnutrición.

Es conveniente citar un documento de la Organización Mundial de la Salud titulado “Actividades, Desnutrición en un nivel local de un servicio de salud”, que es una advertencia bien clara sobre estadísticas sociales y que dice lo siguiente:

“Es importante que el administrador en salud reconozca el hecho de que las altas tasas de mortalidad en niños de uno a cuatro años y en menores de un año son indicadores de malnutrición en la comunidad. Los diagnósticos de egresos hospitalarios están a disposición del administrador de salud, y los diagnósticos de los niños atendidos en los servicios de salud y administraciones internas son otros indicadores de malnutrición de la comunidad”.

Es allí donde podemos colocar números y definir la magnitud del problema.

Pues bien, ¿qué ha pasado con la mortalidad infantil en Chile? En realidad, se ha producido un cambio extraordinario. Cuando hablé de la protección biológica de la madre y del niño y dije que era preciso reforzar los programas de leche, así se hizo —también lo reconoce el Honorable señor Allende—, pues al incrementar los programas de leche, de 8 millones de kilos que se redistribuyeron el año 1964, se subió a 12 millones de kilos en 1965, y a 14 millones en los últimos tiempos.

Pero el problema a este respecto no radica sólo en repartir este elemento vital, como bien dice el señor Senador, sino en hacer llegar la leche a la boca del niño. En este sentido, la verdad es que ha habido algunas recetas demasiado simplistas dadas por algunos pediatras.

Hace mucho tiempo —25 años—, Churchill, que no era médico, dijo: “La mejor inversión que una nación puede hacer es poner leche en la boca del niño”. Y lo dijo muy bien.

Pero estos programas, en general, adolecen de dificultades logísticas: distribución, almacenamiento y, finalmente, el problema de la preocupación por que ese elemento tan indispensable sea realmente consumido por el niño.

Aquí en Chile, por movernos en una política de entrega masiva de leche, hemos promovido, de manera indirecta, la lactancia artificial, lo que involucra un riesgo en un país donde la educación y la cultura aún son deficientes. La mamadera mal preparada, por ejemplo, es peligrosísima. Los grandes maestros de la pediatría nacional —recuerdo entre ellos a profesores como el doctor Scroggie— se pronunciaron en contra de esto. Pero el hecho es que, con una política de redistribución de la leche, indirectamente promovimos la lactancia artificial.

Ahora nos encontramos con resultados que sorprenden, pues la tasa de mortalidad de la infancia ha ido disminuyendo. Es que el país ha ido progresando desde los albores de la Independencia, con todos los Gobiernos; con unos más que con otros. En todo caso, la verdad es que las tasas de mortalidad de la infancia han ido descendiendo.

¿Qué se observa? Chile y los organismos de la salud de este país, en 1960 tomaron un compromiso en la Carta de Punta del Este. Cuando a los programas sociales de la agenda de esa conferencia se agregó lo referente a la salud, nuestro país contrajo un compromiso muy simple, como decía en la sesión anterior: hacer descender a la mitad las tasas de mortalidad de cada uno de los países signatarios. Nada más y nada menos.

¿Cuáles eran esas tasas para nosotros? Como promedio, en el período 1960-1961 —estamos fijando metas, de manera que debemos saber de dónde partimos—, la mortalidad infantil de los menores de un año era de 117 por 1.000 nacidos vivos, y la misma, en el caso del preescolar, de uno a cinco años, era de 8,2 por mil.

¿Qué resultó? En 1964, más o menos

en la mitad del camino —la meta había que cumplirla en el decenio que termina en 1970—, la mortalidad infantil había bajado a 101,2, y la de los preescolares, a 7,1. ¿Qué ha ocurrido después? En la actualidad, la mortalidad infantil ha bajado a 82,7 por mil. Es decir, el progreso es incuestionable, y yo diría que incluso ha sorprendido a los propios sanitaristas.

Pero hay algo más: la mortalidad del grupo de los niños de uno a cuatro años a que me referí, que es el verdadero indicador de los cambios que se operan en el campo de la desnutrición, ha bajado en estos momentos a 3,1. Es decir, Chile ya tiene cumplida su meta.

Por eso, digo que esto hay que analizarlo.

No niego que la desnutrición existe en Chile. ¡Si en ciertos estados de Estados Unidos hay 10% de desnutrición! Lo que importa no es considerar las cifras representativas de un momento determinado, sino toda una serie de ellas. De esta manera podremos apreciar, de modo total, lo que se ha realizado: si estamos peores, mejores o estacionados.

Quiero hacer hincapié en el hecho de que el Honorable señor Allende mostró las páginas de un documento y preguntó si lo conocía. Se trata de un libro escrito por el doctor Fernando Monckeberg. Lo conozco muy bien. El doctor Monckeberg es Jefe del Instituto de Investigación Nutricional del Hospital Arriarán, dependiente del Servicio Nacional de Salud. Ese facultativo está colaborando con el Ministerio en los programas relativos a este problema. Además de los planes de leche, estamos llevando a cabo ensayos con proteínas de origen vegetal y de pescado, en Curicó. El y el Servicio Materno Infantil, dependiente del Servicio Nacional de Salud, están realizando un plan piloto destinado a dar más proteínas a los niños. ¡Cuántas veces he hablado con él sobre esta materia!

Reitero: conozco muy bien el documento que se ha presentado al país como el

más acusador que puede exhibirse contra el Ministro que habla. Es un libro cuyo texto no sólo debe leerse, sino también analizarse, a fin de apreciar, como decía, lo que allí se dice. ¿Es admisible seguir expresando que en esta materia estamos peor, en circunstancias de que los índices bioestadísticos revelan precisamente una mejoría?

Pero no deseo juzgar. Estimo preferible que lo haga el propio autor de ese documento, el doctor Monckeberg.

En un artículo aparecido en "El Mercurio" el 8 de noviembre de 1969, el doctor Monckeberg se refiere a algunos antecedentes sobre desnutrición infantil, tema sobre el cual habíamos cambiado ideas, y que refleja lo que aquí he expresado. Esa publicación, escrita por el propio autor del documento, que a juicio del Honorable señor Allende contiene datos que me fulminan, dice:

"Recientemente el Ministerio de Salud Pública...

El señor ALLENDE.— ¿Me permite una interrupción, señor Ministro?

El señor VALDIVIESO (Ministro de Salud Pública).— "...ha entregado algunos antecedentes respecto al estado nutricional de la población infantil en Chile y cuyas cifras aparentemente difieren de las dadas por el Laboratorio de Investigaciones Pediátricas de la Universidad de Chile. Estimamos, sin embargo, que la contradicción es sólo aparente, lo que se debe a que dichas cifras expresan conceptos diferentes. Nuestras observaciones concuerdan con las cifras dadas por dicho Ministerio en relación al número de niños desnutridos, con signos evidentes clínicos y bioquímicos de desnutrición (aproximadamente el diez por ciento que varía a diversas edades y en diversas provincias del país). Sin embargo, el problema en Chile, más que de una desnutrición, es de una subalimentación que afecta al niño durante los primeros años de la vida.

En seguida, expresa:

"La subalimentación, en diferentes porcentajes, está presente aun en los países desarrollados. Por ejemplo, encuestas recientes realizadas en algunos estados de Estados Unidos revelan que entre un diez a trece por ciento de la población infantil no está recibiendo una alimentación adecuada ni regular que le permita expresar integralmente su potencial genético. En Chile estos porcentajes son más altos."

La señora CARRERA.— No entiendo qué quiere probar.

El señor VALDIVIESO (Ministro de Salud Pública).—El artículo continúa expresando:

"Es indudable que esta subalimentación de nuestra población no es un problema exclusivo de nuestra época y por el contrario puede asegurarse que anteriormente la situación era mucho más grave. Más aún, *a través de los diversos índices puede deducirse que la situación nutritiva de la población infantil en Chile es la mejor obtenida en toda la historia de la República.*

Lo anterior lo dice el mismo autor del libro señalado por el Honorable señor Allende.

La publicación continúa expresando:

"Sin embargo, el problema hoy en día se hace palpable, como consecuencia del desarrollo técnico y científico que exige de un máximo de individuos desarrollen integralmente sus capacidades tanto físicas como síquicas, y así poder incorporarse a una sociedad moderna tecnificada. La subalimentación podría no tener gran trascendencia en cada sociedad más simple que no llegase a exigir tanto del individuo, pero se hace francamente limitante en la época actual si pretendemos incorporar la técnica y la ciencia de la sociedad.

"El análisis de los índices de mortalidad del lactante y preescolar señalan los avances obtenidos", tema al cual ya me referí. "En el gráfico número 1 se esquematiza la evolución de la mortalidad infantil desde 1920, hasta la fecha actual,

observándose un descenso oscilatorio, pero mantenido desde cifras cercanas a trescientos por mil, hasta 82 por mil para el año recién pasado.”

El doctor Monckeberg continúa diciendo:

“*La mortalidad del preescolar es especialmente indicativa, ya que ella es un fiel reflejo del estado nutritivo de ese grupo etario y al mismo tiempo depende de las condiciones de vida de todo el grupo social.*”

Deseo subrayar que en esta Sala también se dijo que la posición de Chile en esta materia era una de las peores que un país podía exhibir.

“*De acuerdo a estos índices*” —esto lo dice el doctor Monckeberg— “*la posición de Chile dentro de los países latinoamericanos es de las mejores, lo que concuerda también con los datos que se han obtenido de diversas encuestas nutritivas realizadas en Latinoamérica y otros países del mundo por el ICNND.*”

Ese profesional concluye expresando:

“Sin embargo, esto no requiere decir que el problema de la subalimentación no tenga trascendencia y es evidente que constituye un factor limitante en el proceso de desarrollo socio-económico.”

Comparto absolutamente esta afirmación:

También hay gráficas elaboradas por organismos internacionales que demuestran la posición de Chile en esta materia. Descartando a Estados Unidos y Canadá, naciones que ocupan los mejores lugares, los países que exhiben menores índices de mortalidad infantil del grupo indicador de la desnutrición, son Uruguay, Argentina y Venezuela y Chile en iguales condiciones.

La señora CARRERA.—Los demás niños están muertos. Las cifras señaladas por el señor Ministro corresponden a los sobrevivientes.

El señor VALDIVIESO (Ministro de Salud Pública).—Perdone, señora Senadora, deseo terminar mi intervención.

El señor MORALES ADRIASOLA. — El grupo de niños a que el señor Ministro se refiere ¿a qué edades corresponde?

El señor VALDIVIESO (Ministro de Salud).—De uno a cuatro años.

La señora CARRERA.—Pero antes ha muerto una gran cantidad y, lógicamente, subsisten los más fuertes.

El señor ALLENDE.— ¿Me permite una interrupción, señor Ministro?

El señor VALDIVIESO (Ministro de Salud Pública).—Deseo finalizar mis observaciones entregando una información. Sólo mencionaré hechos que revelan, mediante informes bioestadísticos, los cambios producidos en Chile en esta materia. No deseo sacar conclusiones. Son hechos que, con la frialdad de los números, demuestran una realidad. Estas cifras quedarán a disposición de los señores Senadores, quienes, con ecuanimidad, estimarán la situación en que nos encontramos: buena, mala, regular o pésima.

Los cambios a que me referí se expresan así: tasa de mortalidad general: año 1964, 11,1 por mil; año 1968, 9 por mil; porcentaje de descenso, 18,9%.

Mortalidad infantil total: año 1964, 102,9 por mil; año 1968, 83,2 por mil. Denantes dije que esta cifra era de 82,7 por mil. En todo caso, hay un progreso de 19,1%.

Mortalidad neonatal, o sea, proporción de mil niños nacidos vivos menores de 3 años: año 1964, 34 por mil; año 1968, 31,5 por mil; porcentaje de descenso, 7,4%.

Mortalidad infantil tardía: año 1964, 68,9 por mil; año 1968, 51,7 por mil; porcentaje de descenso, 24,9%.

Mortalidad de 1 a 4 años: año 1964, 6,9 por mil; año 1968, 3,2 por mil; porcentaje de progreso, 54,1%.

Mortalidad materna: 1964, 2,8 por mil; 1968, 2,1 por mil.

La mortalidad por aborto es también menor. Existe un programa en la Sección Materno-Infantil de regulación de la natalidad, dirigida, precisamente, y en for-

ma exclusiva, a la prevención del aborto. En Chile no hay política de control de la natalidad de tipo nacional, y estamos tratando de subsanar ese vacío con un programa de la especie señalada. Como dije, este plan se refiere sólo a la atención materno-infantil y está destinado, precisamente, a las mujeres multíparas cuando tienen problemas económicos y otros. Medida la mortalidad por aborto por mil niños nacidos vivos, da las siguientes cifras: año 1964, 1,2 por mil; año 1968, 0,8 por mil; porcentaje de descenso, 33,3%

Esto es lo que denomino cambios en materia de salud experimentados en este quinquenio. Dejo a consideración de los señores Senadores el análisis de las cifras que he dado. Sobre la base de ellas podrán concluir si estamos estancados en materia de salud, si no se ha seguido una política ni llevado adelante programas en la materia.

Sé que los problemas por resolver son muchos y que no pueden solucionarse todos. Soy el primero en acoger todos los reclamos que se me formulen, única manera de progresar. Pero no puede aceptar que se desconozca todo lo que se ha hecho.

El señor VALENZUELA.—¡Muy bien!

El señor NOEMI (Vicepresidente). — Tiene la palabra el Honorable señor Montes.

La señora CARRERA.— ¿Me permite una interrupción, señor Senador?

El señor NOEMI (Vicepresidente). — Con la venia del Honorable señor Montes, tiene la palabra la Honorable señora Carrera.

La señora CARRERA.—Por desgracia, debo retirarme de la Sala debido a que en la zona que represento se ha producido una huelga de seis asentamientos, problema que me interesa conocer.

Primeramente, deseo referirme a varios puntos interesantes de la exposición del señor Ministro en cuanto a la política que se seguirá en salud.

Es efectivo que en esa materia ha habi-

do algunos avances. Ello es natural, porque, como el señor Ministro reconoce, en cualquier Gobierno se progresa debido a que esa es la tendencia natural en todo el mundo.

El señor FUENTEALBA.—En Biafra no se ha avanzado.

La señora CARRERA.—No, porque en ese país se reconoce que hay desnutrición y es un hecho muy llamativo. Pero en Chile las personas son un tanto ciegas para apreciar este tipo de problemas.

En su exposición, el señor Ministro quiso dar a entender que en el país no había desnutrición, y que ésta era ligeramente inferior a la de Estados Unidos.

El señor HAMILTON.—Dijo que era ligeramente superior.

La señora CARRERA.—Así es, señor Senador. Excúseme. Su Señoría tiene razón. En todo caso, ruego no interrumpirme. Como dije, tengo poco tiempo para intervenir. Debo ausentarme de la Sala a fin de trasladarme a la zona que represento e imponerme de la huelga de seis asentamientos, hecho, a mi juicio, aberrante, sobre todo para la Democracia Cristiana.

El señor FUENTEALBA.— Eso bien puede esperar media hora.

La señora CARRERA.— Cuando los campesinos me llaman, voy inmediatamente. Creo que Su Señoría actuaría en forma semejante.

El señor FUENTEALBA.— Entonces, no puede intervenir, si no está dispuesta a escuchar la opinión de los demás señores Senadores.

La señora CARRERA.—Ruego al señor Presidente hacer respetar mi derecho.

El señor NOEMI (Vicepresidente). — La Honorable señora Carrera no desea ser interrumpida.

El señor FUENTEALBA.— ¿Puede concederme una interrupción muy breve?

El señor MONTES.—No, señor Senador, porque está haciendo uso de una.

La señora CARRERA.—Las estadísti-

cas sirven para todo, incluso para probar la verdad. Las que ha proporcionado el señor Ministro han servido para probar lo que deseaba. Pero resulta que los médicos, los parlamentarios, las personas comunes, en fin, mucha gente, en resumen, un alto porcentaje de chilenos opina que la medicina de nuestro país está en mala condición. Puede ocurrir que sea mejor que antes, pero ello no debe conformarnos. Chile no es un país que puede conformarse con un ligero avance en cualquier campo. Pienso que nuestra nación tiene un gran destino y que uno de los ámbitos en que debe emplearse a fondo la tecnología que poseemos, es precisamente en el de la medicina.

Además, estimo que los médicos chilenos son buenos técnicos. Y si se ha notado una baja del espíritu verdaderamente médico en el Servicio Nacional de Salud, debemos buscar sus causas. Y en este punto preciso quiero detenerme.

Aquí se sostuvo que se ha tratado de llevar adelante una medicina para todos, un verdadero y único sistema nacional de salud. Celebro ese propósito y esa intención.

Muchas veces vemos que se hacen enunciados de extraordinario valor académico; sin embargo, después carecen de médula consistente, que pueda ser utilizada.

Se desea aumentar la potencialidad del Servicio Nacional de Salud. En Chile tenemos una gran infraestructura en el rubro salud. Es evidente que, si se invierten pequeñas cantidades de recursos en ella, pueden obtenerse resultados positivos.

El señor Ministro, a manera de ejemplo, sostuvo que con una pequeña inversión en vacuna contra el sarampión se ha bajado la mortalidad. Al igual que en la Comisión de Salud, le oímos decir que el número de casos había descendido a 4.500.

El señor VALDIVIESO (Ministro de Salud Pública).—Así es.

La señora CARRERA.—Esos también son factores que reducen la mortalidad

infantil. Pero no se trata de que los niños estén mejor nutridos porque el señor Frei se encuentra en el Gobierno, sino simplemente de que un señor inventó la vacuna, la cual fue inoculada a aquéllos. Para eso se necesita infraestructura, porque no se pueden hacer campañas de vacunación.

El señor HAMILTON.—Se están aprovechando los avances técnicos.

La señora CARRERA.—Tan sólo quiero probar que, cuando se tiene una infraestructura adecuada, una máquina funcionando para dar salud, es bueno invertir en ella. Entonces, cuando se procede en esta forma y se usan los elementos de manera inteligente, se rinde mucho más que si se dispara con escopeta mediante la medicina privada.

Considero que muchos estaríamos de acuerdo en eso.

Quiero referirme públicamente a una batalla que dí en el Senado y que perdí. Hace dos años y medio pregunté por qué se fundaban las mutualidades y los obreros de mayores ingresos podían sacar sus fondos del Servicio Nacional de Salud para entregarlos a particulares sin título técnico que instalaban clínicas. La ley pertinente fue hecha para determinada persona. Me atrevo a decirlo en esta oportunidad. En aquel tiempo tenía cierta timidez, pero ahora se me ha quitado. El único título que poseía ese señor era el de ser amigo del Ministro del Trabajo de la época, señor William Thayer Ojeda. La denuncia me fue formulada en esa ocasión, y me dio vergüenza darla a conocer.

Pues bien, esas mutualidades han sido un fracaso. Los obreros de altos ingresos pueden privar de tales entradas al Servicio Nacional de Salud, que son la base de su estructura, para llevarlos a las mutualidades, a fin de hacer medicina particular mediante ella, con la agravante de que ésta es para accidentados y, además, como dijo el señor Ministro, de que la medicina en Chile es cada vez más cara, pues se requieren equipos de médicos especia-

listas y máquinas cuyo costo es muy elevado. Entonces, se aprovecharán los recursos de los obreros de altos ingresos para adquirir esos elementos en forma particular.

Por eso, una cosa es lo que se anuncia y otra distinta lo que se hace.

Pido oficiar al Servicio Nacional de Salud o al organismo que corresponda, a fin de que se remitan al Senado los informes técnicos sobre el funcionamiento de las mutualidades.

Estoy de acuerdo con muchos aspectos de la exposición que hizo el señor Ministro. Considero que se ha logrado un avance. Sin embargo, no puedo aceptar que, por medio de estadísticas, se trate de convencer a la opinión ciudadana —las palabras de Su Señoría serán leídas por muchas personas; los parlamentarios se encargarán de transmitir las al país— de que en Chile no hay desnutrición. Considero que esto es muy grave.

El señor FUENTEALBA.— El señor Ministro debió citar estadísticas porque en la sesión de ayer el Honorable señor Allende también lo hizo.

La señora CARRERA.— Las estadísticas son buenas. El problema radica en la forma como se las usa.

El señor FUENTEALBA.— No digo que sean buenas o malas. Tan sólo sostengo que el señor Ministro debió remitirse a ellas, pues el Honorable señor Allende también lo hizo ayer. Ruego a la señora Senadora no ser injusta.

La señora CARRERA.— Me dio la impresión —no sé si escuché bien— de que el señor Ministro quería darnos a entender que, gracias al Gobierno democratacristiano y a que se han hecho tales o cuales cosas, la desnutrición había disminuido en forma notable en Chile. Sostengo que eso no es verdad. Se ve en las calles, en el campo, en las poblaciones, que la subalimentación y, por ende, la desnutrición, existen. Aún se mantienen, debido a un sistema social injusto, numerosas lacras que, en cinco años de Administra-

ción, la Democracia Cristiana no ha logrado borrar.

El señor FUENTEALBA.— Reconoció que existen.

El señor VALDIVIESO (Ministro de Salud Pública).— Así es.

El señor VALENZUELA.— Se han logrado muchos avances.

El señor NOEMI (Vicepresidente). — El Honorable señor Montes puede usar de la palabra.

El señor FUENTEALBA.— ¿Me concedo una interrupción, Honorable colega?

El señor NOEMI (Vicepresidente). — Perdónenme, señores Senadores.

Antes de que continúe el debate, solicito al asentimiento de la Sala para enviar el oficio a que se refirió la Honorable señora Carrera.

Acordado.

El señor FUENTEALBA.— No deseo que el Honorable señor Montes se sienta obligado a concederme la interrupción. Si estima que ello acortará el tiempo de que dispone, puede negarse.

El señor MONTES.— Se la concedo con mucho gusto, Honorable colega.

El señor FUENTEALBA.— Señor Presidente, esta tarde hemos escuchado una exposición del Ministro de Salud Pública —a mi juicio, muy seria y documentada— sobre la política de salud del actual Gobierno.

Confieso que sobre esta materia soy absolutamente profano; no es mi especialidad.

Ayer escuché con mucha atención y respeto el discurso —de más o menos una hora y media— que pronunció el Honorable señor Allende sobre el particular. Su Señoría no se limitó sólo a diseñar sus conceptos sobre una política de salud; también citó numerosos antecedentes de orden estadístico y, al respecto, leyó algunos documentos.

Hoy día, con igual interés, oí la exposición del señor Ministro. Debo decir honradamente que, a pesar de ser Senador de Gobierno, nunca había tenido oportuni-

dad de conversar sobre la materia con Su Señoría, tal vez porque no soy especialista en ella y no estoy dedicado a esta clase de problemas.

Con toda honradez, debo decir que estoy sincera y favorablemente impresionado por las palabras del señor Ministro, por la seriedad de su exposición, y no sólo por esto, sino por la amenidad con que planteó el asunto en discusión.

Cuando la Honorable señora Carrera solicitó una interrupción para terciar en el debate, pensé que Su Señoría, que es médica y una mujer inteligente, iba a comenzar por reconocer los aspectos positivos que nos señaló el señor Ministro.

La señora CARRERA.—Lo hice, Honorable colega.

El señor FUENTEALBA.—Sin embargo, en una intervención brevísima, sólo quiso destacar algunos hechos negativos, sin reconocer en forma alguna la exposición del señor Ministro, que, a mi modo de ver, contiene elementos de juicio muy modernos respecto de una serie de materias. Por desgracia, no las he anotado, pues estoy haciendo uso de una interrupción. En todo caso, considero que era interesante destacarlo.

Por otra parte —ruego a Su Señoría perdonarme por hacerle una crítica amable—, el Honorable señor Allende, en su larga exposición del día de ayer —los Senadores presentes la escuchamos con interés—, emplazó en forma reiterada al señor Ministro, no una, sino varias veces, para que diera respuesta a sus observaciones. El Secretario de Salud le contestó en esta oportunidad. Sin embargo, durante su intervención, el Honorable señor Allende se retiró de la Sala. Es muy posible que razones de extrema urgencia le impidieran estar presente. No obstante, creo que la actitud de Su Señoría, en principio, no ha estado acorde con la exigencia que planteó en su intervención de ayer.

Desde mi punto de vista, la exposición del señor Ministro de Salud es lo suficien-

temente sería como para que sea enfrentada de la misma manera y a fondo. Lo digo como profano y ajeno a la especialización en esta materia.

Agradezco al Honorable señor Montes la interrupción que me concedió.

El señor MONTES.—El Honorable señor Allende me solicitó una interrupción. Le cedo diez minutos de mi tiempo.

El señor NOEMI (Vicepresidente). — Con la venia de la Mesa, tiene la palabra Su Señoría.

El señor ALLENDE.— En realidad, pensaba dar una excusa pública al señor Ministro. Solicité a la Honorable señora Carrera explicarle que, por motivos de tipo político que Sus Señorías deben comprender, me vi obligado a ausentarme de la Sala. Regresé antes de lo previsto, y me impuse de que mi Honorable colega no lo había hecho, seguramente para no interrumpir al señor Ministro.

Además, debo hacer presente que ayer quedé convencido de que la sesión de hoy se realizaría en la mañana, pues inclusive se fijó su posible hora de comienzo. Vine al Senado en la mañana, y dispuse mi tiempo para oír al señor Ministro e intervenir. Por desgracia, la sesión se trasladó para la tarde.

Debido a problemas —no tengo por qué ocultarlos— que dicen relación no sólo a la salud, sino a cuestiones generales de la marcha política del país —me corresponde participación en ellos—, tuve que postergar para la tarde, obligadamente, conversaciones fundamentales, desde el punto de vista de mi partido, por la importancia que tiene para el país la unidad popular.

Sobre la base de las anotaciones que en forma deferente me entregó la Honorable señora Carrera y de la lectura que haré del discurso del señor Ministro —la Redacción de Sesiones, a solicitud mía, me hizo llegar parte de él—, me impondré de los conceptos medulares del Secretario de Salud.

La exposición destacada aquí por el se-

ñor Ministro, impresa en un mal folleto —sólo su contenido es bueno—, nació de una solicitud del Senador que habla. Su Señoría la hizo cuando llegó al Senado la proposición de nombramiento del doctor Hepp, época en que yo era presidente de la Comisión de Salud. En dicha oportunidad pedí a ese médico y al señor Ministro dar a conocer la política del Gobierno del Presidente Frei, que hasta ese momento no se había iniciado. Gracias a esa iniciativa me pude imponer del pensamiento que tenía el señor Ministro sobre lo que debía ser una política de salud.

En seguida, al provocar un debate, he tenido la satisfacción de que un Senador acucioso y estudioso como el Honorable señor Fuentealba se sienta admirado y complacido de lo hecho por el Gobierno demócratacristiano.

El señor FUENTEALBA.— He dicho que la exposición del señor Ministro es muy seria y que no puede ser analizada en forma superficial.

El señor ALLENDE.— Mi intervención también lo es, señor Senador.

El señor FUENTEALBA.— Lo reconocí, Honorable colega.

El señor ALLENDE.— Por desgracia, el señor Ministro partió de una posición en que no lo quise colocar. Expresé en forma honesta mis ideas ante las leyes fundamentales que se deben a la acción del Movimiento Popular, las cuales —lo digo sin vanidad—, en 95% llevan mi firma. Además, sostuve que, para mí, que he luchado durante años por la consumación de esas legislaciones, el balance es decepcionante, porque el sistema no permite más.

No critico a los Gobiernos de los señores Frei, Alessandri e Ibáñez. Cada uno de ellos hizo algo, poco o mucho, en distintos aspectos. Sin embargo, existe un hecho esencial: el régimen capitalista impide defender la salud de toda la población. En este sistema, la salud todavía se compra en grandes rubros. Entonces, co-

mo expresé, el balance es decepcionante.

Dije más aún: existe una quiebra de la fe de los médicos y una tendencia a volver a la medicina liberal. Esto sí que me inquieta. Es inadmisibles, porque el avance técnico de la medicina de equipo requiere una medicina no sólo funcionarizada, sino estatizada. Más que eso: desde el ángulo mío, una medicina socializada, socialista. Pero no puede existir esta última en un régimen capitalista. Por eso lucharon por una medicina funcionarizada. Y es aquí, señor Ministro, donde estoy también diciéndole que, a juicio de los técnicos que trabajan con Su Señoría —supongo que tienen una alta jerarquía técnica e intelectual para poder desempeñar sus cargos—, el balance es desastroso.

¡Cómo vamos a desconocer que, gracias a los recursos de la terapéutica moderna, los índices de mortalidad bajan en cualquier país, aunque en ellos no existan servicios de salud! ¡Si desde el parche poroso recetado por usted, señor Ministro, hace ya muchos años, a los antibióticos, hay un camino recorrido que caramba que la humanidad ha aprovechado! Ese es el problema.

He sido honesto y serio. He traído a esta Sala la reflexión dolorosa de un médico que ha tenido la alta responsabilidad de ser presidente del Colegio Médico de Chile e intérprete de las aspiraciones técnicas de sus colegas; que ha hecho las principales leyes en materia de salud —y lo digo así: las “he hecho”, y no me pueden refutar—, y sin embargo el balance no me satisface, sino que me amarga, me inquieta y me confirma que sólo un cambio social hará posible una concepción distinta de la actual.

No he criticado al señor Ministro. Decía que si la Universidad prepara al hombre para la libre empresa con miras a obtener beneficios y lucro personales, es lógico que se conforme determinada mentalidad, y usted lo sabe, señor Ministro. Usted sabe que los médicos debimos re-

clamar una concepción diferente frente a los valores humanos, una sociedad diferente de la que existe en el régimen actual. Para abonar mis palabras con un respaldo serio, señor Ministro, he leído e invocado un documento que recoge el trabajo de equipo de colegas suyos y míos, publicado en 1936, que decía lo que hoy día mismo estoy afirmando: si hay cambio social, si no aumenta la producción, si no mejora la alimentación, si no desaparece el problema de la vivienda —lo decía al Senado de Chile con claridad meridiana—, ningún Gobierno inspirado en el régimen capitalista actual será capaz de cubrir los grandes déficit de alimentación, trabajo, vivienda, esparcimiento, cultura, salud. Mejorar los índices en porcentajes de uno a uno y medio, es un avance. Lo reconozco; pero no es lo que anhelamos, porque ello es en absoluto insuficiente. ¿Va a negar, señor Ministro, usted que es clínico, a un hombre como yo, que sabe algo de medicina social, que en Chile mueren —lo dicen las estadísticas— 12 mil niños al año por diarreas? No me lo puede negar. ¡Esto es una lacra! ¡Y no es culpa de usted, señor Ministro, sino de un régimen, de un sistema! Su Señoría no me quiere entender: no es una censura personal, sino la crítica a la realidad que estamos viviendo, desde el ángulo de un hombre desesperado por crear una conciencia distinta.

Junto con el ex Senador Isauro Torres hice la ley para dar leche a los niños de hasta seis años de edad. “¡Cómo ha aumentado la compra de leche!”, nos ha dicho el señor Ministro. Pero yo le respondo que no se necesitan 14 millones de litros, sino 26 millones. Porque lo que he dicho y Su Señoría no ha refutado, es que, según la ley en referencia, se debe dar leche a los niños de hasta seis años de edad. ¡Y con 14 millones de litros, sólo es posible entregarla a los infantes de hasta dos años! ¿Por qué hay recursos para otras cosas y no existen para comprar la leche que se necesita?

¡Que no venga a decir el señor Ministro que hoy día se atienden más partos, como si yo hubiera negado ese hecho! ¡Si la ley que establece la asignación familiar prenatal obliga a la futura madre a consultar al médico para obtenerla! ¡Con ese estímulo material, claro que se controlan más partos! Pero, señor Ministro, vaya en las noches a las maternidades. ¡En las de Santiago, todavía hay dos o tres mujeres en algunas camas, porque faltan tales elementos en las maternidades! Vaya a provincias, y verá lo mismo. Vaya y vea cuántos inscritos hay para operarse de hernia en cualquier servicio de Cirugía. ¡Cuántos meses tienen que esperar los trabajadores para ser atendidos! ¡Porque nuestra medicina es también una medicina de clases! Si yo tengo una enfermedad, puedo pagar de inmediato la operación en la Clínica Santa María, pero no podría hacerlo de inmediato en mi calidad de imponente, porque los enfermos tienen que hacer colas en las puertas de los hospitales para ser atendidos.

Tengo autoridad para decir esto, porque el proyecto del nuevo edificio de la Asistencia Pública llevó mi firma inicialmente. Y este es un ejemplo de lo que ocurre en el país: ¡dieciséis años para construir dicho edificio! ¡Y el proyecto de ley para reemplazar la vieja Escuela de Medicina, que firmamos con el estimado amigo, Senador de la época, profesor Jirón, tiene dieciocho años! ¡A todos debería caérseles la cara de verüenza: dieciocho años y aún no se termina la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, aquí, en el corazón de Santiago!

Con razón le puedo decir a usted, señor Ministro: el enfoque hecho por Su Señoría es pequeño, porque ha mirado sólo algunos aspectos del problema.

El señor FUENTEALBA.—Su Señoría no escuchó completa la intervención del señor Ministro, quien se refirió también a los problemas de fondo.

El señor ALLENDE.—Me refiero a la parte que he escuchado. Después aborda-

ré los conceptos "medulares", como los ha llamado el señor Ministro, que también los conozco. Para ello, he pedido a la Redacción de Sesiones que me entregue el discurso de Su Señoría.

Lo que estoy diciendo constituye un hecho muy claro y apunta a algunas aseveraciones que el señor Ministro no ha refutado. Dije ayer, por ejemplo, que ningún Gobierno, empezando por el del señor González Videla, ha cumplido la ley relativa al Servicio Nacional de Salud, por la cual luché 12 años en este recinto. Hice elaborar estadísticas sobre las veces que intervine pidiendo el despacho de esa ley: ¡56 veces en doce años! Sin embargo, el Gobierno adeuda 140 mil millones de pesos al Servicio Nacional de Salud! En realidad, no debemos cargar esa suma sólo al Gobierno del señor Frei, porque representa la acumulación de déficit por incumplimiento de la ley. ¡140 mil millones de pesos!

El doctor Hepp, primer Director General del Servicio de los democratacristianos —hombre muy capaz— se fue decepcionado y amargado; además, en un momento dado tuvo mala salud. ¡Pues bien, ahora no son 140 mil millones, sino 160 mil millones de pesos!

A esos hechos concretos me referí; pero también he hecho mención a un problema diferente, enfocado desde un ángulo totalmente distinto. Y es lógico, porque tengo una concepción de los problemas económicos y sociales distinta de la que tiene el señor Ministro.

Cuando Su Señoría afirma que ha disminuido el aborto y considera la planificación de la familia como la solución ideal, le repliqué como marxista que ésa no es para nosotros la solución ideal. El señor Ministro es neomalthusiano, porque ha nacido y se ha criado en un régimen capitalista. Yo, en cambio, no lo soy. Creo que los avances de la humanidad y el desarrollo de la técnica permiten al hombre alimentarse; pienso que Chile también puede y debe hacerlo. Pienso que la polí-

tica de transición que se ha impuesto tiene todavía, por desgracia, el acento del régimen capitalista, donde hay desprecio del hombre por el hombre.

Que el señor Ministro me venga a dar estadísticas del problema de los Estados Unidos, sin aclararme qué color tienen esos datos, no me convence. Si me habla de una estadística en que estén incluidos los negros, la aceptaré. Pero en esa nación hay una raza discriminada. Usted y yo, señor Ministro, sabemos cómo vive y muere la gente de color dentro de su propia patria. Pero el problema es distinto; debemos enfocarlo desde el punto de vista de una nación con raza homogénea, cuyo territorio puede alimentar 40 millones de habitantes. Pero es necesario, aunar el esfuerzo nacional para defender lo que más vale: la salud.

¿Cómo voy a culpar al señor Ministro de que en Chile hayan 600 mil niños retardados? ¡Si no es culpa suya, sino del régimen! ¡Y no puedo callar ese hecho, porque es la realidad! ¿Por qué voy a aceptar que mi hijo o mi hija puedan tener una salud buena, cuando cientos de miles de niños chilenos, cuyos padres son obreros y campesinos, no pueden comprar la suya? ¿Por qué voy a quedarme tranquilo si mis tres hijas son universitarias, cuando miles y miles de obreros nunca verán a sus hijos llegar a la Universidad?

Esta situación es la que critico, y pongo el acento en lo que más nos importa: la vida humana. Lo dije como Ministro de Salud Pública: todo se puede reemplazar, menos el pueblo, y éste es el hombre. Lo expresé ayer: hay que poner la economía al servicio del hombre.

Siento que el señor Ministro, que es un maestro universitario, haya enfocado mis palabras desde el ángulo de su concepción personal de un régimen. Yo he enfocado la crítica de un sistema. Por eso no podemos entendernos. Analizaré desde el punto de vista técnico, con seriedad, las observaciones que Su Señoría ha formulado; pero desde el punto de vista social,

estamos a una distancia sideral, y la discusión no nos acercará aquí en este aspecto, porque partimos de principios distintos. Usted está satisfecho con el régimen existente; usted es un hombre formado en el régimen capitalista; usted ha enseñado una medicina individualista en los treinta años que lleva como profesor. Yo soy un hombre que no cree en ese tipo de medicina. He luchado por la medicina social, de clases. He sido presidente del Colegio Médico y también lo fui del Departamento de Salud Pública de esa Orden, y desde allí he planteado al país una concepción distinta.

Destaco la gravedad de los hechos que he señalado, que ponen en evidencia el fracaso del reformismo. Y frente a cifras que pueden o no tener validez, señalo un drama mucho más profundo, para lo cual reclamo no sólo la preocupación del señor Ministro, sino del Senado y de los Poderes Públicos. En este terreno planteé mis observaciones, como un hombre que también ha tenido responsabilidad. Pero no la estoy eludiendo, señor Ministro. ¡Jamás! Porque también he sido Senador durante 25 años, y durante 14, presidente de la Comisión de Salud.

El señor MONTES.—Deseamos entrar al debate del problema que preocupa al Senado —queremos decirlo con franqueza— con una intención realmente modesta: entregar una opinión. Estamos obligados a ello, no sólo por las exposiciones que aquí hemos escuchado desde ayer respecto del gran problema de la salud en Chile, sino por la participación que la Federación de los Trabajadores de la Salud tuvo ante la Comisión de Salud, con ocasión de este nombramiento y frente a las posiciones y a los problemas que esos trabajadores expusieron en representación de sus organizaciones.

El problema de la salud en Chile no es sólo de hospitales o de médicos. No es un problema técnico, sino una cuestión de orden social. Por lo tanto, tiene relación con la gran contienda social de esta época

que se libra en Chile y en el mundo entero. Por lo tanto, entendemos que la solución integral del gran problema de la salud en nuestro país depende de la solución que se logre en la lucha social, del tipo de Gobierno, del sistema social que en tal cuestión está inscrita.

Tenemos, por cierto, una concepción general del problema; pero en este instante no queremos referirnos a ella. Estamos ante una realidad concreta que es necesario superar. Y ante la designación de un nuevo Director General del Servicio Nacional de Salud, nos parece útil entregar dos o tres apreciaciones que traducen la opinión de los trabajadores que están viviendo bajo el sistema capitalista actual.

Como señalé, en la Comisión de Salud Pública, donde se discutió la designación del doctor Patricio Silva como Director de ese organismo, participó la Federación Nacional de los Trabajadores de la Salud. Allí plantearon cuatro o cinco puntos que estimaron indispensable que sean conocidos por quien será el nuevo jefe del Servicio, con el objeto de que, de manera conjunta, pudieran avanzar en su solución. Los recordamos aquí, a fin de que, por medio del señor Ministro, una vez más se hagan presentes al nuevo Director del Servicio Nacional de Salud.

Los trabajadores plantearon que algunos problemas del Servicio son susceptibles de ser solucionados enfrentándolos con nuevo criterio, sin necesidad de que sean remontados, aun teniendo presente la situación actual del Servicio Nacional de Salud. Por ejemplo, hablaron de la subsistencia de los interinatos, de la no designación definitiva del jefe superior del Servicio, lo cual ha significado la aplicación de una política indefinida que ha perjudicado a la institución, por no haberse resuelto problemas importantes. A nuestro juicio, tienen razón desde este punto de vista. Por eso, el nombrar en propiedad un Director General, significará dar un paso que permita en forma más clara y nítida definir una política, ya que aquél

estará en condiciones, junto con la organización de los trabajadores, de remontar problemas perfectamente subsanables.

El gremio de la Salud espera que se ponga en marcha una reforma integral del Servicio Nacional de Salud. Entre otras medidas, sugieren dar a los beneficiarios —obreros y campesinos en su inmensa mayoría— representación mayoritaria en el Consejo. Esto ha sido planteado al doctor Patricio Silva. En la discusión habida en la Comisión de Salud en cuanto a su nombramiento, no hubo un pronunciamiento claro, concreto, definitivo, frente a esta reivindicación de cardinal importancia, porque al participar los interesados directamente, se podría abordar en las actuales circunstancias la solución de numerosos problemas que se mantienen en pie.

Los trabajadores estiman que se deben resolver problemas que impiden un mejor funcionamiento del Servicio. Por ejemplo, la política de medicina curativa —de la que aquí se ha hablado— no ha rendido los frutos prácticos que de ella se esperaban, pues no se han tomado medidas concretas e indispensables. **En la Sala se ha citado la dificultad de contar con más médicos, más personal paramédico, mejores instalaciones, mayor cantidad de equipos, etcétera, y se ha dicho que la situación actual significa un pesado recargo para quienes allí trabajan, ya que tienen más obligaciones.**

Se ha hablado de que deben ser atendidos un millón ochocientos mil nuevos beneficiarios, lo que perjudica, en la práctica, a los antiguos beneficiarios de la ley 10.383, y agrava su vía crucis en busca de la salud, problema que aquí también ha sido analizado, y que, sin duda, existe.

Creo que el nuevo Director General debe tener presente la situación planteada por los representantes del gremio de la Salud. Comprendemos que no puede ser solucionada de la noche a la mañana, de una hora para otra; pero debe ser abordada en forma real, puesto que los beneficiarios de

la ley 10.383 se han visto perjudicados, aparte el extraordinario recargo de trabajo que ha sufrido el personal del Servicio.

En otro plano, los datos entregados en la Comisión por los representantes de los trabajadores indican que poco más de cuatro mil médicos —aquí se ha hablado de cinco mil— absorben 55% del presupuesto, y que alrededor de cincuenta mil personas, que constituyen el resto del personal de ese organismo, reciben el 45% restante.

Particularmente, tengo confianza en las cifras entregadas por esos dirigentes, y estimo que estos problemas, que corresponden a una realidad, deben ser vistos juntamente con las organizaciones del personal, a fin de que sean resueltos de manera correcta. Desde el punto de vista de los trabajadores, no se plantea la posibilidad de proyectar en años la solución del problema financiero, sino sobre la base de la realidad actual, que deberá ser tenida en cuenta por el nuevo Director, a fin de satisfacer la aspiración de mejorar el Servicio.

Los dirigentes señalaron también situaciones que deben ser tratadas y resueltas de manera definitiva. Por ejemplo, dijeron que en el Servicio Nacional de Salud se daban recursos para playas de estacionamiento de automóviles, pero que no se destinaban fondos para salas cunas del personal. Cuando se plantean problemas de esta naturaleza, aparentemente pequeños si consideramos la forma como ha sido abordado el tema por otros señores Senadores e, inclusive, por el propio señor Ministro, pudieran parecer minúsculos, casi impropios del debate. Pero, a nuestro juicio, si ellos dicen relación a la realidad observada en ese Servicio trascendental para la vida de los chilenos, es necesario que sean conocidos por el nuevo Director General y por el propio Ministro de Salud Pública. No se pueden destinar recursos a la finalidad señalada, mientras se niegan para otros objetivos de importancia.

Al señalar este problema, consideramos la posibilidad de que sea superado, si realmente un nuevo criterio preside en el Servicio Nacional de Salud.

Hay otro dato interesante: la Asistencia Pública de Santiago cuenta con 10 ambulancias, no todas en servicio. Mientras tanto, la Dirección General cuenta con 70 vehículos, muchos de ellos del último modelo. No exponemos estos hechos, como dijo un señor Senador, sólo para destacar aspectos negativos, sino con el objeto de señalar ejemplos aparentemente nimios, pero que reflejan el criterio con que se los ha abordado y señalan la necesidad de un nuevo planteamiento —insisto—, de un nuevo criterio para remediarlos. A nuestro juicio, si se procediera a redistribuir tales vehículos, se mejoraría de manera esencial la atención de la Asistencia Pública en la capital, donde existe la mayor concentración de ciudadanos.

Reitero: hago fe en los datos entregados por los dirigentes del gremio, y si estos pequeños problemas son abordados con un nuevo criterio, sin duda la salud del pueblo saldrá ganando, porque en las actuales circunstancias es posible, sin incurrir en mayores desembolsos, realizar una labor de extraordinario beneficio para la atención y la salud del pueblo.

En la Comisión se informó que desde hace tres años no se tramita el paso a la planta del personal a contrata, y que desde hace cuatro, el Servicio Nacional de Salud no aporta a las cajas de previsión el dinero correspondiente, aun cuando se hacen los descuentos respectivos al personal. Los dirigentes señalaron que ello significaba que en parte se pretende paliar la crisis financiera de ese organismo con los dineros del propio personal, que es extraordinariamente mal pagado, aun cuando en los últimos años ha recibido un trato distinto del de otros sectores de la Administración. A mi juicio, no se puede argüir que el personal de la Salud está en buenas condiciones desde un punto de vista económico. Si desde hace cuatro años no

se entregan imposiciones a las cajas de previsión respectivas, podemos concluir que algo anda mal en el Servicio, ya que se trata de problemas perfectamente superables dentro de la realidad actual.

Los dirigentes también expresaron que existía la tendencia a fomentar el paralelismo sindical con fondos del Servicio. Se patrocinan organizaciones funcionarias en desmedro de los trabajadores de esa institución. Se pretende poner en actividad 43 organizaciones funcionarias, lo que en la práctica significa atomizar el actual gremio, restarle fuerza y unidad. Los dirigentes se preguntan si el nuevo Director continuará con esta política o modificará el criterio, y si actuará, en este terreno tan fundamental para quienes allí trabajan, con una orientación conjunta con la organización gremial.

A requerimiento de los propios dirigentes, tenemos la obligación de plantear el problema en el Senado, con el objeto de que una vez más sea conocido por el nuevo Director.

Por otra parte, durante mucho tiempo el Gobierno ha dicho que va a resolver el problema habitacional de estos trabajadores. El Servicio Nacional de Salud dispone de terrenos. El doctor Patricio Silva, en conversaciones con los dirigentes, ha declarado estar de acuerdo en crear una comisión que estudie el problema. Nosotros lo planteamos porque no sabemos si el Gobierno está dispuesto a resolver esta situación a lo largo del país.

Como es sabido, en un proyecto reciente se aprobó la idea de que los jubilados del Servicio Nacional de Salud tengan derecho a atención médica gratuita, lo que es totalmente justo. Sin embargo, repetimos una vez más, como se señaló en la propia Comisión, que esta atención no se entregue al personal en actividad, aun cuando tiene derecho a tales prestaciones. Al respecto, los dirigentes plantearon problemas abismantes y dramáticos: se habló de que el propio personal había contratado médicos particulares y que se habían rechaza-

do los permisos por enfermedad firmados por tales facultativos, no obstante que, en virtud de disposiciones legales, tiene derecho a atención médica y dental gratuita.

Los trabajadores tienen derecho, por supuesto, a preguntar al nuevo Director del Servicio Nacional de Salud, al señor Patricio Silva, por medio del señor Ministro, si está dispuesto a enfrentar y superar tal situación.

Insisto una vez más: no estamos planteando asuntos relacionados con nuestra concepción general sobre la situación de la salud en Chile, ni en cuanto a lo que debe ser la medicina en un régimen socialista. No basamos nuestras apreciaciones e intervenciones en el aspecto doctrinario del problema de la salud, sino que hacemos presentes puntos concretos, pequeños, perfectamente superables si se actúa con un nuevo criterio, que aún subsisten dentro de la institución y afectan al personal. Esperamos que así suceda con la política que imparta el doctor Patricio Silva al asumir el cargo, y que se trate de hacer frente a estas situaciones. Ello permitiría, junto con terminar con las molestias que implican para el personal, brindar la posibilidad de que los trabajadores se superen y ofrezcan una labor de más alta calidad y un mayor esfuerzo para enfrentar la solución de los problemas de la salud que a diario se presentan en cada hospital del país.

También preocupa de manera principal a los trabajadores y a sus dirigentes la contradicción —me atrevería a llamarla así— entre la medicina funcionaria y la medicina de libre elección. La solución práctica de ello corresponde a la política general del Servicio Nacional de Salud. No es fácil, lo comprendemos. El asunto lo examinamos al discutir un proyecto de ley que autorizaba a los médicos funcionarios a ejercer la medicina de libre elección después de las seis horas de atención hospitalaria. Se planteó el caso, por ejemplo, del Hospital de Empleados, de Valparaíso, si mal no recuerdo, en el cual

los médicos están sujetos a dedicación exclusiva. Dichos profesionales preguntaron si podían ejercer la medicina de libre elección luego del horario señalado. Concluimos —considerada la realidad nacional y las características del proceso de aplicación de la medicina en Chile— que no era posible aplicarles la dedicación exclusiva. Pero, desde luego, a los dirigentes y al personal les preocupa el fondo del asunto y esperan, como nosotros, tener una visión clara del enfoque que el señor Ministro de Salud y el propio Director General del Servicio tienen acerca de este aspecto.

Hemos querido intervenir en el debate con una pretensión sinceramente modesta, como lo señalamos al iniciar nuestras palabras. No quisimos abordar la materia desde el punto de vista que lo hicieron otros señores Senadores, en sus aspectos generales, sino hacer presentes diversos problemas particulares, posibles de superar en estos momentos, en las actuales condiciones en que se encuentra la medicina en Chile. Estimamos que con más recursos y una orientación adecuada, superando las situaciones que representamos, a corto plazo, a pesar de los defectos que puedan subsistir, el Servicio Nacional de Salud estará en condiciones de atender mejor sus finalidades. Esperamos que así sea. Nos encontrarán siempre en este camino. Cualquier persona, aun sin aplicar criterio médico, sino únicamente con sentido común, con la simple lógica, con un enfoque práctico del asunto, concluirá que existe la posibilidad real de superar situaciones como las que plantean los dirigentes de los trabajadores de la Salud y que nosotros anhelamos que el nuevo Director del Servicio considere, conozca y resuelva, juntamente con el gremio, porque ello, al fin y al cabo, redundará en una mejor solución del problema general que se ha tratado esta tarde.

Nuestras últimas palabras son para anunciar nuestros votos favorables al mensaje en estudio en estos momentos, mediante el cual el Presidente de la República

propone como nuevo Director General del Servicio Nacional de Salud al doctor Patricio Silva, por estimar, al igual que el gremio de la institución, que él está en condiciones de actuar junto con los trabajadores por la solución de las dificultades mencionadas, y de dar al Servicio un rumbo que, dentro del marco en que se desenvuelve en la actualidad la salud en nuestro país, podría permitir mejorar lo que hasta ahora se ha hecho.

El señor NOEMI (Vicepresidente).— Solicito el asentimiento unánime de la Sala para iniciar la votación a las siete y media.

El señor JEREZ.—A más tardar.

El señor CHADWICK.—¿Me permite, señor Presidente?

Quisiera saber a qué régimen de decisiones estamos sometidos. Yo necesito expresar, aunque sea en breves palabras, mi punto de vista personal y el de los socialistas populares sobre esta materia, que es importante para todo el país, en especial, como lo señalaré más adelante, para las provincias de Coquimbo y Atacama, que tengo el honor de representar ante el Senado. Entiendo que, a menos de existir asentimiento unánime, no es posible privar a los Senadores de un derecho que les corresponde por Reglamento.

Trataré de ser lo más breve posible, cuando intervenga después del Honorable señor Olguín. Mis observaciones no ocuparán más de 18 ó 20 minutos, tal vez menos si se me permite agregar algunos documentos en el texto de mi discurso para no ocupar tiempo en su lectura.

El señor NOEMI (Vicepresidente).— Por eso he solicitado el asentimiento unánime, señor Senador. Basta su sola oposición para no tomar ese acuerdo.

¿Cuánto tiempo necesita el Honorable señor Olguín, que está inscrito a continuación?

El señor OLGUIN.—Media hora, señor Presidente.

El señor NOEMI (Vicepresidente).—

En ese caso, el Honorable señor Chadwick dispondría de más de un cuarto de hora.

Propongo a la Sala iniciar la votación un cuarto para las ocho.

El señor JEREZ.—El sistema de votación ¿permite fundar el voto?

El señor NOEMI (Vicepresidente).— No, señor Senador.

El señor JEREZ.—Yo pregunto si acaso es posible.

El señor NOEMI (Vicepresidente).— No lo es, señor Senador, pues la votación es secreta.

El señor CHADWICK.—No hay acuerdo, entonces.

El señor DURAN.—¿Me permite proponer una fórmula, señor Presidente?

Aquí se acostumbra empalmar una sesión con otra. ¿No sería posible hacer lo mismo con esta sesión y la que está citada en seguida, y votar a las nueve?

El señor NOEMI (Vicepresidente).— No, señor Senador, porque tienen tablas distintas.

El señor ISLA.—¿Me permite, señor Presidente?

Es muy interesante que el Senado escuche, como lo hacemos siempre y con mucho interés, la intervención del Honorable señor Chadwick; pero no es posible que no se pueda fijar una hora determinada para comenzar la votación, pues ello nos obligaría a muchos Senadores a postergar otros asuntos.

Estimo que lo más lógico es establecer una hora para terminar el debate.

El señor CHADWICK.—No tengo inconveniente en ello, señor Senador; pero necesito unos 20 minutos, y tal vez menos, pues no estoy seguro de ocupar todo ese tiempo.

El señor NOEMI (Vicepresidente).— ¿Estaría dispuesto el Honorable señor Olguín a permitir que intervenga en primer lugar el Honorable señor Chadwick?

El señor ISLA.—No es necesario invertir el orden, señor Presidente. Podríamos cerrar el debate diez para las ocho.

El señor NOEMI (Vicepresidente).— ¿Habría acuerdo para comenzar la votación faltando diez minutos para los ocho?

El señor CHADWIK.— Siempre que se me concedan 20 minutos.

El señor NOEMI (Vicepresidente).— ¿Dejaría 20 minutos disponibles para el Honorable señor Chadwick el Honorable señor Olguín?

El señor OLGUIN.— Sí, señor Presidente.

El señor NOEMI (Vicepresidente).— Entonces, la votación comenzará diez para las ocho.

Tiene la palabra el Honorable señor Olguín.

El señor OLGUIN.— Reconozco que la pista se me ha puesto muy pesada a esta altura del debate, sobre todo después de las intervenciones de los señores Senadores que me antecedieron en el uso de la palabra y del señor Ministro, quien ha hecho una exposición muy extensa y documentada sobre la materia.

Tenía la intención de realizar un análisis muy parecido al que hizo Su Señoría. Lo traigo por escrito, pero trataré de sintetizarlo y de profundizar en aquellos puntos en que no lo ha hecho el señor Ministro.

Quisiera suplir mi falta de experiencia parlamentaria con mi condición de médico que ha ejercido la profesión con sentido social y que la considera más un deber que un privilegio.

He practicado la medicina —y lo hago aún— con verdadera pasión. Creo tener, pues, algo que decir respecto del problema que hemos discutido en esta oportunidad. Pero quisiera hacerlo con criterio más frío, más racional y lo más lógico posible, quitándome de encima el fanatismo de quien pertenece al partido de Gobierno y está, muchas veces, dispuesto a encontrar todo bueno y a considerar que quienes están en el Gobierno han hecho lo mejor y son los más honestos y puros, que han tenido la máxima responsabilidad en la República. Y también quisiera hacerlo sin el

afán de discrepancia tenaz del opositor que encuentra todo malo.

A mi juicio, en materia de salud es conveniente empezar por definir algunas cosas.

¿Qué es la salud? Es algo extraordinariamente difícil de conceptuar. Para los más simples, es la falta de enfermedad. Pero la definición que se acepta más regularmente es "el estado de bienestar físico, mental y social". Esta descripción, extraordinariamente amplia, dice relación a todo el quehacer de las instituciones, de los gobiernos y de los partidos políticos para dar al hombre el bienestar señalado.

También tenemos el concepto manifestado por el señor Ministro: "nosotros consideramos como cuestión de doctrina que la salud es un derecho para todos los habitantes del país, no sólo para los chilenos, sino para quienes viven en Chile, para todos sus habitantes".

Yo podría agregar que también es un deber de todos, porque tal derecho engendra la obligación de cada uno de preservar la salud. Y falta a esa obligación quien fuma en un recinto cerrado en que ello esté prohibido, por molestar el humo a los demás; el que no mantiene en buenas condiciones los elementos que manipula en el comercio; el industrial que no tiene servicios higiénicos adecuados para sus trabajadores, que no purifica el aire, que no controla el polvo o que no otorga seguridad en el trabajo a sus obreros.

Se ha dicho, además, que ese derecho debe ejercerse concediendo una medicina igual para todos, cosa extraordinariamente difícil de obtener, más bien dicho un problema insoluble en la actualidad. Se ha señalado, igualmente, que debe ser integral, eficiente, suficiente, oportuno, permanente y continuo. Al respecto, me parece que debemos añadir una última condición: debe tener sentido humano y respeto por la persona. Este aspecto, para los demócratacristianos, es quizás tanto o más importante que el derecho mismo a la salud. Por desgracia, en Chile y en muchas

otras partes del mundo, cada vez más la medicina transforma al enfermo en una ficha, en un número, en un apelativo, y lo despersonaliza. Consideramos también que el gasto que significa dar salud al pueblo y preservar el capital humano es el más importante de todos. Para dar salud al pueblo es necesario atenerse a lo que en este instante dicen los técnicos en la materia, porque ésta es una tarea eminentemente técnica, y para realizarla se necesita planificar la salud del país. Para lograr este último aspecto, deben considerarse tres grandes factores: necesidad de salud, riesgo de enfermedad y muerte y el rendimiento de los servicios que se pueden instalar para dar salud.

Las necesidades de los servicios tienen un eje central: la realidad en que uno vive. Y en un país como Chile, esa realidad es el ingreso medio, la educación, la alimentación y la vivienda. Estos factores son condicionantes de los dos anteriores y tienen tanta o más importancia que ellos.

En cuanto a la atención médica, en general, puede ser de tres clases: curativa, preventiva y de fomento de la salud.

Quiero abordar sólo aquellos puntos más importantes y novedosos de lo que hemos pretendido y queremos hacer hacia el futuro. A nuestro juicio, la medicina curativa se ha ejercido tradicionalmente en Chile dentro de los hospitales. Dentro de las cuatro paredes de ellos, en edificios antiguos, donde los médicos, matronas, enfermeras y personal de colaboración han estado esperando encerrados que el enfermo vaya al hospital, algunas veces desde lugares distantes. Hay ciudades, como Antofagasta, que tienen extensiones de veinte o treinta kilómetros, y el hospital se encuentra en un extremo. Los enfermos deben acudir a tales establecimientos recorriendo decenas de kilómetros. Es necesario cambiar esa mentalidad y sacar a los médicos y al personal paramédico de los hospitales y llevarlos al lugar donde se encuentran los enfermos. Estimamos con-

veniente —se ha estado haciendo en gran medida— trasladar a los médicos y sus equipos a los lugares donde está el pueblo. La medicina puede ejercerse en las poblaciones, en los centros de madres y juntas de vecinos, en los barrios, pues para ello no se precisan equipos costosos ni enormes instalaciones. Hay medios, como el rural, donde vive el 28% de la población chilena y en los cuales la medicina se ejerce en condiciones absolutamente distintas que en las áreas urbanas. Esta tarea tiene mayor trascendencia en las zonas suburbanas, porque en ellas vive el más alto porcentaje de la población del país.

Junto a la atención médica, al fomento y la protección de la salud, están las obras de infraestructura, a las cuales se refirió el señor Ministro, constituidas por las construcciones, establecimientos, equipos e instrumentales indispensables para el trabajo del médico y de sus colaboradores.

Tengo en mi poder un completo análisis sobre la situación actual y las tareas cumplidas por la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios, el Servicio Nacional de Salud y el Servicio Médico Nacional de Empleados, que ruego insertar en la parte pertinente de mi intervención.

—*Se accede a lo solicitado.*

—*El documento cuya inserción se acuerda es el siguiente:*

#### "CINCO AÑOS DE REALIZACIONES EN SALUD.

*Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios.*

La necesidad de acelerar la construcción de establecimientos asistenciales para poder satisfacer la demanda creciente de atención médica de la población hizo indispensable introducir en la Socie-

dad Constructora de Establecimientos Hospitalarios las modificaciones necesarias en su mecanismo de trabajo para poder cumplir con el propósito señalado.

Estas modificaciones han sido sustancialmente en su estructura misma destinadas a perfeccionarla, mejorar sus índices de productividad, reducir sus costos y plazos de entrega de las obras.

En octubre de 1967 creó su propio equipo directivo y técnico asegurando así la unidad en las determinaciones, las que posteriormente en la ley 16.731 de Medicina Curativa se consolidan, dando una estructura definitiva a la Sociedad.

Esta ley contiene disposiciones de fundamental importancia. Establece que en el futuro el *Servicio Nacional de Salud* deberá aprobar los planos definitivos de las construcciones de la Sociedad, correspondiéndole a esta última la labor de proyectar, especificar y presupuestar las obras.

También dispone que la proyección, construcción o transformación de establecimientos hospitalarios de organismos fiscales, semifiscales o de entidades que reciban aportes de dichos organismos, deberá hacerse por la Sociedad con recursos de esas entidades y por Decreto Supremo del Ministerio de Salud Pública, esto último con el objeto de compatibilizarlos con el Sistema Nacional de Salud.

Se faculta igualmente a esta Sociedad para proyectar y construir establecimientos con entidades o personas ajenas al sector público, en precios a convenir, como asimismo, para pactar modificaciones de edificación o mantención de instalaciones con cualquier entidad, pública o privada, también a precios a convenir.

En esta forma la Sociedad tiene la plena responsabilidad de los procesos de proyección y construcción de establecimientos hospitalarios en el país.

Estos cambios han permitido acelerar en forma notoria la construcción de establecimientos asistenciales reduciendo

los plazos de entrega, como también disminuir los costos por la introducción de modelos tipo y uso de materiales de construcción adecuados.

*Labor realizada por la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios.*

a) *Obras construidas entre el 1º de enero de 1965 y el 30 de septiembre de 1969.*

Tipo de construcción	Número
Hospitales nuevos	45
Ampliaciones de Hospitales	12
Consultorios	15
Otras construcciones	16
Total	98

Número de camas construidas: 4.197.  
 Nº de camas nuevas destinadas a reponer antiguas: 2.256 (53,6%).  
 Nº de nuevas camas: 1.941 (46,2%).  
 Total de m2 construidos: 213.053,83 m2.

b) *Obras en construcción.*

Tipo de construcción	Número
Hospitales nuevos	3
Ampliaciones y remodelaciones	5
Consultorios	42
Otras construcciones	11
Total	61

Nº de camas hospitalarias en construcción: 1.287.  
 Total de m² en construcción: 106.730,07.

c) *Obras en petición de propuestas.*

Tipo de construcción	Número
Hospitales (Hosp. Copiapó)	1
Ampliaciones de Hospitales	1
Consultorios	2
Total	4

Nº de camas: 220.  
Nº de m<sup>2</sup> 13.311,12 m<sup>2</sup>.

d) *Obras por iniciarse en el resto del presente año.*

<i>Tipo de construcción</i>	<i>Número</i>
Hospitales	2
Ampliaciones de Hospitales (San Fco. de Borja-Arriarán y 1ª etapa y ampliación Hosp. Reg. de Valdivia)	
Consultorios	2
Otras construcciones	1
Total	6

Nº de camas: 146.  
Nº de m<sup>2</sup>: 25.301,67 m<sup>2</sup>.

e) *Obras en proyecto para iniciarse en 1970.*

<i>Tipo de construcción</i>	<i>Número</i>
Hospitales	9 (x)
Ampliaciones de Hospitales	5
Consultorios	2
Otras construcciones	3

(x) *Corresponde a los Hospitales de Santa Bárbara, Quirihue, del Empleado de Santiago, Coquimbo, San Pedro de Atacama, Comunitario Lo Valledor, Buin, del Cobre de Rancagua y de San Atonio.*

Es necesario señalar que el hecho de que el 53,8% de las camas construidas entre el 1º de enero de 1965 y el 30 de septiembre de 1969 se haya destinado a la reposición de camas antiguas, se debe al estado de deterioro de diversos Hospitales construidos muchas décadas atrás, como también por efectos de los sismos de 1960 y 1965.

## SERVICIO NACIONAL DE SALUD.

El Servicio Nacional de Salud durante el período 1965-1969 ha orientado sus actividades hacia el cumplimiento de la Política de Salud fijada por el Ministerio de Salud Pública. Con tal propósito ha expandido en la medida de lo posible las acciones médicas de tipo curativo y preventivo como de fomento de la salud en términos de una medicina integral para la población.

Las actividades que ha desarrollado el Servicio Nacional de Salud para cumplir con este propósito pueden resumirse de la siguiente manera:

### A.—ATENCION MEDICA:

Uno de los principales objetivos del Servicio Nacional de Salud ha sido expandir la atención médica con el propósito de que el nivel de cobertura de ésta pueda alcanzar al máximo de la población. Este objetivo es posible cuantificarlo en términos de dos actividades fundamentales, las consultas médicas y los egresos hospitalarios.

### A.—ATENCION MEDICA.—

*Monto total de consultas médicas otorgadas por el Servicio Nacional de Salud en los años 1964 y 1968.*

<i>Año</i>	<i>Nº consultas</i>
1964	9.176.401
1968	10.944.269

*% aumento* 19,3

Si se considera que el aumento de la población total entre 1964 y 1968 fue de 10,8%, se puede observar que el incremento porcentual del total de consultas médicas fue muy superior a esa cifra, lo que expresa un progreso notorio en la expansión de este tipo de actividad médica.

**EGRESOS HOSPITALARIOS:**

*Egresos hospitalarios del Servicio Nacional de Salud en 1964 y 1968.*

Nº egresos hospitalarios: 1964: 669.321; 1968: 771.700.

Porcentaje cambio: 13,0%.

El hecho de que el aumento proporcional de los egresos hospitalarios sea ligeramente superior al de la población total se debe a que se le ha dado mayor prioridad a la atención médica ambulatoria, reservando la atención hospitalaria para aquellos que justifiquen debidamente esta atención.

**B.—ATENCION MEDICA RURAL.—**

La solución de los problemas de salud a nivel rural ha sido una preocupación permanente y de primera prioridad dadas las deficientes condiciones socio-económicas, sanitarias y médico-asistenciales que vive el agro.

La ley 16.640 de julio de 1967 ha permitido crear la Subjefatura del Departamento Técnico del Servicio Nacional de Salud, la que tiene como primera misión preocuparse en forma especial de impulsar y organizar una atención médica integral en el área territorial campesina a fin de mejorar las condiciones sanitarias ambientales, mejorar la cobertura de la atención médica con el objeto de mejorar el nivel de vida de esta población.

Las actividades que comprende el Programa de Atención Médica Rural son las siguientes:

—*Programa de construcción de Postas Médicas Rurales.*

De acuerdo a un Convenio con A.I.D. está en ejecución un programa de construcción de 50 Postas Médicas Rurales, de las cuales ya han sido entregadas 25,

como también la reparación de 30 Postas ya existentes. Este aumento de los recursos asistenciales permitirá ampliar la cobertura de atención médica de este importante sector.

—*Programa de dotación de medios de movilización.*

Dado el amplio grado de dispersión geográfica de la población, particularmente la rural, hace indispensable disponer de medios de movilización que faciliten la expansión de la atención médica en este sector. Durante el presente año se han entregado para este Programa de Atención Médica Rural 70 vehículos, tipo Carry All, los cuales permitirán expandir la atención médica particularmente a las áreas aisladas.

—*Programa de Organización de Comunidades Rurales.*

El éxito de todo programa de salud se logra en plenitud cuando la comunidad participa en forma efectiva en él. Por ello el Programa de Salud Rural contempla la creación de Comités Comunitarios y Clubes, de los cuales ya se han creado 59, formación de Cooperativas, formación y capacitación de la comunidad por medio de Programas de Educación Básica en Salud Rural, de los cuales el primero ya se realizó en Curicó.

—*Otros Programas.*

En la actualidad se encuentran en su fase de elaboración y desarrollo inicial los siguientes programas: Inmunizaciones, Saneamiento Básico, Alimentos, Leche, Atención Odontológica.

**C.—CANCER.—**

La mayor frecuencia, absoluta y relativa, de esta enfermedad junto a las li-

mitaciones de su tratamiento, hace indispensable su diagnóstico precoz para lograr su mejoría. Con tal propósito se firmó en 1965 un Convenio entre el *Servicio Nacional de Salud, la Universidad de Chile y la Oficina Panamericana de la Salud*, para la detección precoz del *cáncer cérvico-uterino*. Desde 1966 hasta marzo de 1969 se han realizado 115.450 *exámenes citológicos para el control de 90.000 mujeres*.

Por otra parte, en 1968 se creó la Comisión Nacional del Cáncer, organismo a través del cual se ha puesto al día el Registro Nacional del Cáncer y la inclusión de éste entre las enfermedades de declaración obligatoria. Estas medidas permitirán conocer mejor la epidemiología del cáncer en el país y por lo tanto

mejorar los programas de salud correspondientes.

#### D.—ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.—

El control de las enfermedades transmisibles ha sido una de las acciones de salud que ha alcanzado gran éxito en el período 1964-1968. Uno de los factores que ha tenido mayor influencia en este progreso ha sido el programa de inmunizaciones.

El promedio anual de inmunizaciones en el período 1959-1963 fue de 2.843.797 dosis, cifra que en el período 1964-1968 alcanzó a 5.090.680, lo que representa un incremento porcentual de 78,9%. A continuación se dan algunos de los incrementos mayores:

Tipo de Inmunización	Promedio anual de dosis		% de cambio
	1959-1963	1964-1968	
Sabin (Poliomielitis)	601.198	826.669	+ 37,5%
Sarampión	9.115	269.934	+2.861,4%
Tífica	282.167	378.231	+ 34,0%
B.C.G. (Tuberculosis)	185.399	346.511	+ 86,9%

El efecto de este notorio incremento del programa de inmunizaciones se refleja en los cambios que han experimen-

tado las tasas de mortalidad de las enfermedades transmisibles. A continuación se señalan algunos de los cambios más destacados de estas tasas:

*Tasas de Mortalidad por enfermedades infecciosas, general, por tos ferina, fiebre Tifoidea y paratifoidea, difteria, sarampión y tuberculosis.*

#### CHILE, 1964 Y 1968. (Tasas por 100.000 habitantes)

Enfermedad	1964	1968	Porcentaje cambio
Total Infecciosas y Parasitarias (excluyendo TBC) ... ..	60	22,2	— 63,0%
Tos Ferina ... ..	3,5	1,0	— 71,4%
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea ..	2,1	0,9	— 57,1%
Sarampión ... ..	38,6	4,3	—808,6%
Tuberculosis ... ..	45,8	33,7	— 26,1%
Difteria ... ..	2,1	0,5	— 76,2%

Si bien es cierto que algunas de estas tasas tienen un nivel relativamente alto si se las compara con las de otros países, la notoria reducción observada significa un progreso evidente en su control y permite suponer que en el futuro próximo alcanzarán niveles inferiores.

F.—*Alimentación suplementaria.*

El aumento de la alimentación suplementaria de los grupos etarios más necesitados como son los lactantes y preescolares, ha sido uno de los objetivos de primera prioridad en las actividades de salud. Durante el período 1964-1968, aprovechando la mayor disponibilidad nacional de leche como también de obtenerla del exterior, se ha logrado un marcado aumento de la cantidad de leche distribuida como se indica a continuación:

Año	Nº Kgs. Leche repartida
1964	8.420.351
1968	14.838.551
% aumento	66,7%

Conviene señalar que la menor cantidad de leche distribuida en 1968 respecto a 1967, se debe a que en 1968 con el objeto de racionalizar el uso de este alimento, se modificaron las normas de distribución, orientándolas particularmente a los grupos de población infantil más necesitados como son los lactantes, junto con dar cantidades que signifiquen un mejor aprovechamiento del recurso evitando así usos innecesarios e injustificados.

G.—*Regulación de la natalidad.*

El aumento progresivo del aborto como medio de evitar la maternidad no deseada constituye un daño de salud que, además de sus implicaciones legales, significa un riesgo importante para la madre y para el núcleo familiar, particularmente

cuando ocurre el daño máximo como es la muerte. A este antecedente se unieron dos más, uno consistente en una demanda de la población para disponer de medios de regulación de la natalidad, y el otro de que en el Servicio Nacional de Salud se estaban desarrollando actividades de control de la natalidad que, utilizando sus recursos asistenciales, no estaban bajo su control directo ni constituían programas oficiales dentro de los programas regulares de atención maternal.

Ante estos hechos el Ministerio de Salud Pública en 1965 dictó normas sobre la materia para los organismos de su dependencia con el objeto de combatir el aborto como daño de salud en el cual le cabe competencia, sin que ello significara fijar una política nacional de población.

Con tal objeto el Servicio Nacional de Salud ha incluido en sus programas regulares de atención maternal, programas de regulación de la natalidad destinados fundamentalmente a combatir el aborto provocado, uno de los daños que afectan al binomio madre y niño.

El principio básico que rige esta actividad es el respeto de la libertad y dignidad de la persona humana en el sentido de que la pareja conyugal decida en forma libre y consciente el número de hijos que desea tener, previo el proceso educativo correspondiente.

El Servicio Nacional de Salud ha establecido una cobertura máxima del 15% de la población femenina fértil beneficiaria (población femenina de 15 a 49 años de edad), dando prioridad a las mujeres atendidas por aborto en los servicios hospitalarios, a las grandes multíparas, a las portadoras de enfermedades crónicas que pueden agravarse con el embarazo y a aquellas con severos problemas socio-económicos.

Existen 170 establecimientos en el Servicio Nacional de Salud donde se desarrollan programas de regulación de la natalidad como parte de los programas regulares de atención maternal. El 31 de di-

ciembre de 1958 había 150.102 mujeres beneficiarias acogidas a diversos procedimientos de regulación de la natalidad. Para esta atención fue necesario dar 507.588 consultas de médicos y matronas. La frecuencia del aborto hospitalizado en la provincia de Santiago, entre 1965 y 1968 ha descendido en 16,5%.

#### H.—Atención profesional del parto.

Esta actividad que está estrechamente relacionada con el éxito de los programas de atención materna, ha experimentado un aumento creciente en el período comprendido entre 1964 y 1968. En 1964 el 73,0% de los partos tuvieron atención profesional, cifra que en 1968 sube a 78,0%, lo que significa un incremento de 7,3%. Este aumento se debe no sólo al incremento del número de camas obstétricas como también y en forma muy especial a un mejor aprovechamiento de este recurso hospitalario.

#### I.—Fluoración de agua potable.

Las caries dentarias constituyen un problema de salud dental de extraordinaria importancia tanto en el nivel nacional como internacional. Por ello la Organización Mundial de la Salud, reconociendo la necesidad de tomar medidas de carácter preventivo para evitar su ocurrencia, en su última Asamblea General, celebrada en Boston, USA, en julio último, acordó

recomendar a los Estados Miembros la fluoración del agua potable en aquellas áreas que disponen de este medio, con el propósito de reducir la ocurrencia de las caries dentarias.

En Chile ya desde varios años atrás se habían tomado medidas en este sentido, agregando flúor al agua potable, de modo que en noviembre de 1964 existían 33 localidades, particularmente las de mayor tamaño, que disfrutaban de este beneficio.

A partir de noviembre de 1964 se han incorporado 33 nuevas localidades, particularmente con poblaciones pequeñas, de modo que en la actualidad la población que recibe agua potable adicional de flúor alcanza a 3.169.992 habitantes, lo que representa un tercio de la población total del país.

#### J.—Control de alimentos.

Las condiciones de vida moderna exigen a la población una mayor concurrencia a locales públicos para satisfacer gran parte de sus necesidades alimentarias. Dado que si estos sitios no cumplen con las exigencias sanitarias mínimas, la población está expuesta a riesgos de intoxicación alimenticia, el Servicio Nacional de Salud ha dado particular énfasis a las acciones destinadas a reducir estos riesgos de enfermar.

El resultado de estas actividades se puede resumir de la manera siguiente:

Tipo de actividad	1965	1968
Nº locales inspeccionados . . . . .	65.528	68.697
Nº locales mejorados . . . . .	39.252	49.291
Porcentaje . . . . .	60,1%	70,3%
Incremento en el período . . . . .		17,0%
Nº muestras analizadas . . . . .	41.024	53.415
Nº muestras inaptas . . . . .	4.502	3.945
Porcentaje . . . . .	10,9%	7,4%
Descenso en el período . . . . .		32,1%

Estos hechos muestran por una parte el mayor interés de los propietarios de estos establecimientos para mejorar las condiciones sanitarias de éstos como también un progreso en la calidad de los alimentos destinados al consumo del público.

*K.—Saneamiento ambiental.*

El hecho de que las condiciones de saneamiento ambiental de la población carecen de un nivel satisfactorio, lo que constituye un hecho significativo en la ocurrencia de enfermedades particularmente las de tipo entérico, ha determinado que el Servicio Nacional de Salud haya dado énfasis en la medida de lo posible a las actividades de saneamiento ambiental en el país. Las actividades realizadas conviene separarlas en dos grandes grupos.

*—Saneamiento Urbano.*

*Actividades del período comprendido entre noviembre de 1964 y septiembre de 1969.*

Nº instalaciones de agua potable	81.582
Nº instalaciones de alcantarillado	91.797
Nº sistemas de alcantarillado tipo fosa séptica-pozo absorbente en sectores que carecen de alcantarillado público	6.962

A estas actividades se debe agregar la eliminación de basurales a campo abierto en la ciudad de Antofagasta y en la Comuna de Barrancas, alejando así importantes focos de infección de los centros poblados.

*—Saneamiento Básico Rural.*

De acuerdo a un Convenio con UNICEF

que inicialmente comprendía seis Zonas de Salud, pero que desde 1968 se ha extendido a diez Zonas que comprenden desde la Provincia de Atacama a la Provincia de Chiloé, el Servicio Nacional de Salud ha podido expandir sus actividades de Saneamiento Básico Rural. Estas actividades son:

*Actividades en el período comprendido entre noviembre de 1964 y septiembre de 1969.*

Nº de norias con bombas manuales y pozos sanitarios	8.694
Nº letrinas sanitarias en sectores suburbanos, marginales y rurales	60.712

Si bien es cierto que la labor por cumplir es aún muy extensa, lo realizado hasta el momento constituye un aporte importante para el mejoramiento de las condiciones de saneamiento básico rural y sus efectos podrán observarse en el futuro particularmente en el descenso de la ocurrencia de enfermedades de origen entérico.

*L.—Higiene y medicina del trabajo.*

El desarrollo industrial progresivo que experimenta el país hace indispensable mejorar el control de las condiciones de trabajo en las diferentes industrias con el objeto de disminuir los riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

Con tal objeto el Servicio Nacional de Salud, por intermedio de la Sección de Higiene y Medicina del Trabajo, ha dado particular impulso a las actividades pertinentes para disminuir estos riesgos. Las actividades realizadas por esta Sección se resumen de la manera siguiente:

<i>Tipo de actividad</i>	<i>Año 1964</i>	<i>Año 1968</i>	<i>% aumento</i>
Nº visitas inspectivas de control de riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. . . . .	7.350	9.034	22,2%
Nº muestras analizadas . . . . .	1.557	4.300	176,2%
Nº industrias controladas sistemáticamente . . . . .	914	2.200	140,7%
Nº Análisis de laboratorio . . . . .	2.640	4.900	85,6%
Control de silicosis. Nº de trabajadores examinados . . . . .	3.500	7.500	36,7%
Nº controles dosimétricos de personas expuestas a radiación . . . . .	5.500	7.140	28,0%

Como se puede observar en esta Tabla las actividades inspectivas y de control de riesgos de enfermedades profesionales y accidentes del trabajo ha tenido un notorio aumento en el período el que paulatinamente irá influenciando en una menor ocurrencia de estos daños de salud.

*M.—Indicadores de salud.*

El nivel de salud de la población y los cambios que experimenta en el tiempo se

miden en términos de un conjunto de tasas de mortalidad, cuyos cambios reflejan la efectividad de las diversas secciones de salud.

Los cambios que han experimentado estos indicadores en el período 1964-1968 permiten mostrar un progreso notorio en el mejoramiento del nivel de salud de la población. A continuación se dan las cifras de aquellas tasas de mortalidad que tienen mayor uso para el propósito indicado.

*Tasas de mortalidad general, infantil, prenatal, infantil tardía, de 1 a 4 años, mortalidad materna y por aborto—Chile.  
1964-1968.*

<i>Tasa</i>	<i>1964</i>	<i>1968</i>	<i>% de descenso</i>
Mortalidad General (1) . . . . .	11,1‰	9,0‰	18,9%
Mortalidad Infantil			
Total (2) . . . . .	102,9‰	83,2‰	19,1%
Mortalidad Neonatal (2) . . . . . (menores 28 días)	34,0‰	31,5‰	7,4%
Mortalidad Infantil Tardía (2) . . . . . (28 días a 11 meses).	68,9‰	51,7‰	24,9%
Mortalidad de 1 a 4 años (1) . . . . .	6,9‰	3,2‰	34,1%
Mortalidad Materna (2) . . . . .	2,8‰	2,1‰	25,0%
Mortalidad por aborto (2) . . . . .	1,2‰	0,8‰	33,3%

(1) Tasa por 1.000 habitantes.

(2) Tasa por 1.000 nacidos vivos. Para el cálculo de estas tasas se ha usado en el denominador el Nº de nacidos vivos corregido de acuerdo a la omisión real que tiene el registro de este hecho vital.

Como se puede observar en esta Tabla todos los indicadores han experimentado un descenso notorio. Entre ellos cabe destacar el de Mortalidad Infantil Total que por primera vez muestra en los últimos años una cifra inferior a 100 y que la cifra de 1968 corresponde a la más baja alcanzada hasta el presente. Es necesario destacar en forma particular el descenso de la mortalidad de 1 a 4 años que se ha reducido en el lapso analizado a menos de la mitad. Este descenso se debe particularmente al descenso que han experimentado las tasas de mortalidad por ciertas infecciones como difteria, sarampión, tos ferina y otras, ya señaladas anteriormente. Los descensos que muestran las tasas de mortalidad materna y por aborto señalan por una parte el mejoramiento de la atención del parto y el desarrollo que tienen las acciones de regulación de la natalidad. Los descensos que experimentan las tasas de Mortalidad Neonatal y Mortalidad Infantil Tardía reflejan las acciones de los pro-

gramas maternas. El hecho de que la reducción de la Tasa de Mortalidad Neonatal sea inferior al de la Infantil Tardía se debe a que las defunciones ocurridas en las cuatro primeras semanas de vida son en su mayor parte por trastornos congénitos donde las posibilidades de éxito de la atención médica son mucho más limitadas que en la Mortalidad Infantil Tardía donde predominan las causas de tipo infeccioso para cuyo ataque se dispone de recursos más eficaces

N.— *Recursos económicos.*

La expansión de las diversas actividades del Servicio Nacional de Salud ha exigido un aumento de sus recursos económicos en términos de sus entradas y gastos. En el período 1964-1968 ambos grupos, entradas y gastos, han tenido un crecimiento notorio como se puede observar en la Tabla siguiente:

*Entradas del Servicio Nacional de Salud*

1964-1969

(Millones de Eº 1969)

Grupos	Año 1964	Año 1968	% aumento
Prestación de servicios . . . . .	22,9	30,4	120,1%
Aportes de Instituciones descentralizadas	126,5	225,9	78,6%
Subvención fiscal . . . . .	483,7	742,1	61,6%
Otras . . . . .	70,7	94,1	33,1%
<b>Total entradas . . . . .</b>	<b>673,8</b>	<b>1.112,5</b>	<b>71,8%</b>

*Gastos del Servicio Nacional de Salud.*

(Millones Eº 1968).

Grupos	Año 1964	Año 1968	% aumento
Remuneraciones . . . . .	360,0	672,2	36,7%
Gastos generales . . . . .	164,1	185,5	13,0%
Transferencias . . . . .	94,0	166,5	77,1%
Capital . . . . .	12,6	58,6	365,1%
Otros . . . . .	63,7	99,1	55,6%
<b>Total gastos . . . . .</b>	<b>694,4</b>	<b>1.181,8</b>	<b>70,1%</b>

Conviene señalar que los grupos de Entradas que han tenido un mayor incremento corresponden a Aporte Fiscal, Prestación de Servicios y Aportes de Instituciones Descentralizadas. En términos de Gastos, los grupos que han experimentado un mayor aumento son Remuneraciones y Capital. El incremento de este último rubro se debe a la construcción de 73 consultorios periféricos con fondos propios del Servicio Nacional de Salud y a los Gastos de Habilitación de los nuevos establecimientos hospitalarios que alcanzan desde 1965 al 30 de septiembre de 1969 a la cantidad de E<sup>o</sup> 14.552.285,48, cifra que no incluye los gastos de habilitación con cargo a los créditos internacionales obtenidos con este propósito.

Si se relaciona el monto de los gastos del Servicio Nacional de Salud con la población total del país, se puede observar

un incremento significativo del gasto per cápita. En 1964, e términos de E<sup>o</sup> 1968 este fue de E<sup>o</sup> 79,83 per cápita, cifra que en 1968 asciende a E<sup>o</sup> 118,79, lo que significa un incremento real de 48,8% en e período.

#### O.—Subsidios.

La mantención del salario durante la enfermedad constituye una obligación ineludible si se desea que el nivel económico del grupo familiar no sufra deterioro. El Servicio Nacional de Salud por disposición legal debe cancelar los subsidios de enfermedad, medicina preventiva, maternidad y de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales que corresponden a sus beneficiarios. El monto de estos gastos se indica en la tabla siguiente para el período 1964-1968.

#### *Subsidios cancelados por el Servicio Nacional de Salud en 1964 y 1968 a los imponentes de las leyes N<sup>os</sup> 10.181, 10.452, 15.565 y 16.744.*

Actividad	Año 1964	Año 1968	% aumento
N <sup>o</sup> de órdenes . . . . .	116.793	133.174	14,0%
N <sup>o</sup> de días pagados . . . . .	6.160.045	6.791.201	10,2%
Monto pagado . . . . . (Millones E <sup>o</sup> 1968).	34,7	59,5	71,5%

El aumento observado en el número de Ordenes de Subsidios se debe particularmente a lo ocurrido de 1967 a 1969 como efecto de la aplicación de la Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. El aumento porcentual de días pagados si bien expresa un incremento, éste es inferior al aumento de la población acogida a este beneficio por disposiciones legales, hecho que se debe a una mejor auditoría médica, la que también se refleja pero en mucho menor grado, en términos del promedio de días pagados por orden de subsidios, cifra que en 1964 es de 52,7 días, la que desciende en 1968

a 50,8 días. Ese hecho está señalando la imprescindible necesidad de mejorar determinados procedimientos administrativos y técnicos para reducir el promedio señalado.

El marcado aumento del monto en E<sup>o</sup> pagados por subsidios se debe fundamentalmente al incremento de los salarios. Esta responsabilidad del Servicio Nacional de Salud debe ser revisada, ya que los aportes que recibe con tal objeto no se ajustan en forma adecuada a los salarios reales que tiene el beneficiario en el momento de enfermar y que son los que deben ser cancelados.

*Servicio Médico Nacional de Empleados.*

Al Servicio Médico Nacional de Empleados, a partir del año 1965, junto con expandir las actividades que le son propias por la ley que dio origen a su creación, en los últimos años le ha cabido la importante responsabilidad de la aplicación de la Ley de Medicina Curativa de Empleados, ley que permite expandir la cobertura de atención médica curativa a un importante sector de la población.

Las actividades desarrolladas por esta institución entre 1965 y 1969 pueden sintetizarse de la siguiente manera:

1º—*Nuevos establecimientos de salud.*

En el período 1965-1969 se han puesto en marcha los siguientes establecimientos asistenciales que han permitido expandir las atenciones que otorga la institución:

- Siete equipos médicos.
- Diez delegaciones médicas.
- Tres centros periféricos materno-infantiles.
- Treinta y cuatro centros de prestaciones odontológicas.

De este total de 54 nuevos establecimientos, sólo siete corresponden a la provincia de Santiago, los centros periféricos materno-infantiles de las comunas de Quinta Normal y San Miguel, y los Centros de Prestaciones Odontológicas del Liceo N° 10 de Niñas, Liceo N° 7 de Hombres, Internado Barros Arana y los ubicados en los centros periféricos materno-infantiles de Quinta Normal y San Miguel. Los 47 establecimientos restantes se encuentran distribuidos en el resto de las provincias del país.

2º—*Atenciones médicas.*

a) *Medicina Preventiva.*

En el ámbito de las prestaciones y beneficios de la ley 6.174 cabe destacar los siguientes hechos:

—Aumentos importantes en lo cualitativo y cuantitativo, de las ayudas económicas para los reposantes afectados por enfermedades cardiovasculares, tuberculosas y cancerosas.

—Integración de la institución al Programa Nacional del Cáncer, a la lucha antituberculosa y a la campaña antilúética.

—Perfeccionamiento y expansión de las prestaciones materno-infantiles.

—Expansión y renovación de los aparatos radiológicos y de laboratorio a lo largo del país.

—Aumento a un sueldo vital el auxilio de parto, a partir de 1968. Cabe señalar que en 1964 era sólo de E° 4, cifra que en 1945 se aumentó a E° 30 y posteriormente en 1966 a E° 50.

—Programa de Planificación Familiar, complementado con el examen de citodiagnóstico, para pesquisar en cáncer uterino en la mujer.

b) *Medicina Curativa.*

A raíz de la promulgación de la ley 16.781, el 2 de mayo de 1968, el Servicio Médico Nacional de Empleados entró de inmediato y en forma progresiva a conceder los beneficios que en ella se establecen.

1º—*Subsidio por enfermedad.* Este fue el primer beneficio que se comenzó a otorgar a partir del 2 de mayo de 1968, lo que significó un aumento importante de las labores de las oficinas de licencias médicas y de subsidios por enfermedad. Para agilizar esta tarea se ha hecho uso de la descentralización administrativa, celebración de convenios con grandes empresas para el pago de subsidios y en la actualidad se está celebrando un contrato para llevar a computación electrónica estos trámites.

2º—A partir de la dictación del Reglamento de la ley 16.781, el 10 de enero de 1961 se comenzó a distribuir el *Carnet de Medicina Curativa*. A la fecha se han repartido 1.350.000 credenciales a una po-

blación beneficiaria de 1.800.000 imponentes.

3º—*Consultas médicas de libre elección.* Este tipo de prestación médica comenzó a darse en Santiago en abril de 1969 y en mayo de ese año se extendió a provincias. A la fecha se han otorgado 68.000 consultas médicas de libre elección y se estima que al 31 de diciembre del presente año esta cifra alcanzará a 800 mil en todo el país.

La otorgación de estas consultas se ha efectuado por gestión tanto de los establecimiento de SERMENA como por los Servicios de Bienestar de los sectores público y privado, en forma descentralizada.

4º—*Hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas.* Desde julio del presente año se está otorgando este tipo de atención en todo el país. Estas prestaciones se hacen en hospitales del Servicio Nacional de Salud y luego se formarán convenios con clínicas particulares, especialmente para la atención obstétrica.

Hasta la fecha se han concedido 14.000 órdenes de hospitalización para tratamiento médico, cirugía y obstetricia y se estima que a fines de año esta cifra llegará a 20.000 órdenes.

5º—*Órdenes de exámenes.* Las órdenes de exámenes de rayos X, laboratorio y otros comenzaron a extenderse en agosto en Santiago y en el mes de octubre en todos los establecimientos del SERMENA en el país y en algunos Servicios de Bienestar. A la fecha se han dado 45.000 órdenes de exámenes y al 31 de diciembre próximo se espera que esta cifra sea aproximadamente 95.000 órdenes.

### 3º—*Programa de leche.*

En la actualidad se está poniendo en marcha el Programa de Leche en la totalidad de las provincias. *Este plan consiste* en dar cuotas de leche a la madre y al recién nacido más necesitados y se estima que el consumo aproximado de

este año alcanzará a 217.200 Kgs. de leche.

### 4º—*Atenciones odontológicas.*

Las prestaciones de atención dental han tenido una manifiesta expansión entre 1965 y 1968, ya que aumentan de 180.801 a 233.435, respectivamente, lo que significa un incremento de 29,1%. Para ello ha sido necesario incrementar las horas dentales, de modo que a las 655 horas dentales existentes en 1964 se han agregado 321 nuevas horas, lo que da un total de 976 horas en la actualidad, aumento que es de 49%.

Para dar cumplimiento a la Ley de Medicina Curativa de Empleados se encuentra en vigencia un programa de ampliación de estas actividades dentales para el segundo semestre de 1969 y el año 1970. Este programa contempla la creación de 829 horas dentales nuevas destinadas a satisfacer la nueva demanda de atención.

### 5º—*Principales inversiones.*

a) *Adquisición de propiedades.*—En el período 1965-1969 se han adquirido once locales y cuatro terrenos, lo que ha significado una inversión de Eº 1.765.406,60. Estas inversiones han correspondido al programa de expansión de los diferentes centros de la institución en el país.

b) *Ampliaciones y remodelaciones de propiedades.*—En el período 1965-1969, 17 remodelaciones y ampliaciones de propiedades existentes, con una inversión de Eº 2.134.000. Ello ha permitido mejorar las condiciones de trabajo y expandir las actividades en locales ya existentes.

c) *Equipamientos.*—Los equipos de Salud adquiridos para ampliar las prestaciones médicas y dentales han alcanzado a Eº 18.000.000, los que se desglosan de la siguiente manera:

Equipos radiológicos . . . .	E°	1.850.000
" de laboratorio . . . . .		300.000
" odontológicos . . . . .		10.000.000
" varios . . . . .		5.850.000

A estas adquisiciones de equipos técnicos ha sido necesario agregar las correspondientes a equipos de oficina para ampliar particularmente las funciones administrativas de la ley 16.781, las que alcanzan a la cantidad de E° 4.000.000.

d) *Otras inversiones importantes.*— A las inversiones señaladas es necesario agregar las siguientes por el significado que tienen en la expansión de las actividades de la institución.

—Adquisición de 10 ambulancias, 2 jepp y camioneta, entre 1965 y 1966.

—Suscripción de 656 acciones del Laboratorio Chile S. A. en el año 1968, lo que ha significado una inversión de 2 millones de escudos.

—Suscripción de acciones de la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios S. A. por E° 20.000.000, para ser invertidos en la construcción del Hospital del Empleado, de Santiago, en 1969.

—Construcción por intermedio de la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios de un nuevo edificio para el Regional Valparaíso por la suma de E° 9.006.037,33, construcción que ha sido iniciada en 1969.

—Construcción, por iniciarse, de un Centro Odontológico en Santiago que tiene un costo aproximado de E° 8.100.000. Esta construcción se hará por medio de la Sociedad Constructora de Estableci-

mientos Hospitalarios, para lo cual se le ha entregado la suma de E° 4.000.000.

—Construcción, por iniciarse, de un nuevo edificio para el Regional Iquique con un costo aproximado de 1.728.000 escudos por medio de la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios, para lo cual se le ha entregado la suma de E° 400.000.

—Construcción, por iniciarse, de un nuevo edificio para el Equipo Médico de San Antonio, con un costo de E° 1.300.000 por medio de la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios, para lo cual se le ha entregado la suma de 400 mil escudos.

—Construcción, por iniciarse, de un nuevo edificio para el Regional Chillán, con un costo aproximado de E° 1.740.000 por medio de la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios, para lo cual se le ha entregado la suma de 500 mil escudos.

—Construcción, por iniciarse, de un nuevo edificio para el Regional Punta Arenas con un costo aproximado de E° 2.160.000 por medio de la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios, para lo cual se le ha entregado la suma de E° 500.000.

6°—*Información estadística sobre atenciones médicas.*

Las consultas médicas por sistema de atención médica funcionaria han experimentado cambios de importancia en el período 1965-1969, como se detalla a continuación.

Tipo de consulta	Año 1965	Año 1968	% cambio
Examen de salud . . . . .	127.307	140.136	+ 10,1%
Consulta Preventiva Especialidades . . . .	60.276	68.790	+ 10,1%
Consulta Curativa (1) . . . . .	185.507	161.359	—13,0%
Consulta Pediatría . . . . .	86.275	137.778	+ 59,7%
Consulta Tócológica (Maternal) . . . . .	58.630	59.545	+ 1,6%

(1) Medicina Curativa a Empleados Públicos.

De estos cambios cabe señalar que el más destacado corresponde a las Consultas de Pediatría, lo que refleja la política de expansión de este tipo de actividades que ha propiciado el Servicio Médico Nacional de Empleados en este período."

El señor OLGUIN.—Respecto de la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios, hay algo que no se dijo: todo lo referente a esta materia ha sido reformado en los últimos tiempos para permitir una planificación técnica y la realización de obras en forma más acelerada. Al respecto, el señor Ministro entregó un análisis —que también tengo en mi poder— de las construcciones hechas durante esta Administración. Sólo en cuatro años se han construido 45 hospitales y otra serie de obras de enorme trascendencia en la salud del pueblo chileno. En estos momentos hay numerosas propuestas públicas para levantar nuevos establecimientos hospitalarios. Otros están por iniciarse durante el transcurso de este año.

También se mencionó que el número de consultas y de atención médica subió en un porcentaje extraordinario en los últimos años. Lo dijo el señor Ministro y quiero precisarlo hasta en sus últimos detalles. La cantidad total de consultas del Servicio Nacional de Salud subió, de dos millones en 1952, a casi once millones en 1968. En 1964, se atendieron 9.176.401 consultas; en 1968, 10.944.249, y en 1969, esta última cifra aumentó. Todo lo anterior demuestra que se ha ido produciendo un claro aumento de las prestaciones médicas, muy superior al aumento de la población general en Chile. La atención médica rural —tema abordado por el señor Ministro— ha subido extraordinariamente.

La dictación de la ley 16.640, de julio de 1967, permitió crear la Subjefatura del Departamento Técnico del Servicio Na-

cional de Salud, que tiene como primera misión preocuparse en forma especial de impulsar y organizar la atención médica integral en el campo. Los programas de dotación de medios de locomoción, de organización de comunidades rurales y de educación básica de salud, revisten fundamental importancia. Hay algunos que no fueron mencionados, como los de la lucha contra el cáncer. Hay un convenio suscrito por el Servicio Nacional de Salud, la Universidad de Chile y la Oficina Panamericana de la Salud, para la detección precoz del cáncer cérvico-uterino, que es una de las modalidades de neoplasia recuperable. Desde el año 1966 a marzo de 1969, se han realizado 115.450 exámenes citológicos para el control de noventa mil mujeres chilenas.

Las enfermedades transmisibles, como dijo el señor Ministro, se han combatido con oportunidad y eficacia. En un solo período, desde 1964 a 1968, se han hecho 2.269.934 vacunaciones contra el sarampión. Se ha producido un hecho que, indudablemente, no es mérito ni de la Democracia Cristiana ni del Gobierno del Presidente Frei: el descubrimiento de una serie de vacunas contra la poliomielitis, el sarampión y otras enfermedades. A mi juicio, el mérito consiste en poner la técnica y los avances científicos al servicio del pueblo, en forma oportuna y eficaz.

Tales medidas han permitido rebajar sustancialmente los índices de morbilidad infantil en todas esas enfermedades infecto-contagiosas. Tengo a la mano un cuadro, que aparece en el documento cuya inserción solicité a la Mesa, que demuestra una disminución de 40% en las tasas de morbilidad por dicho concepto.

Durante el transcurso de mi intervención, seguiré enumerando una serie de cuadros estadísticos de este carácter que coinciden, en muchos aspectos, con las observaciones del señor Ministro, por tratarse de cifras oficiales, de carácter técnico, que no pueden ser alteradas.

En lo que respecta a la alimentación suplementaria, se ha llevado a cabo una tarea de extraordinaria importancia. En 1964 se repartieron 8.420.000 kilogramos de leche, y en 1968, 14 millones, lo cual representa un aumento real de 66% en la distribución de tan vital alimento. No niego que todavía subsiste una serie de dificultades en la distribución, por razones de carácter administrativo, que dificultan la entrega de dicho alimento al niño.

En lo relativo a la regulación de la natalidad —esta materia se aborda muy de paso—, se apreciaba en Chile un aumento progresivo del aborto, en el propósito de la mujer de evitar la maternidad. Ello provocaba graves daños a la salud, aparte las implicaciones legales, que significan un riesgo importante para la madre y el núcleo familiar. En este orden de cosas, se ha aprovechado también la técnica y la ciencia para planificar a lo largo del país y establecer una cobertura de 15% de la población femenina fértil beneficiaria, que es la población entre 15 y 49 años, dando prioridad a aquellas madres de más escasos recursos. En este instante existen 170 establecimientos del Servicio Nacional de Salud en los cuales se están desarrollando tareas de planificación en esa materia. La proporción de abortos hospitalizados en la provincia de Santiago disminuyó en 16% entre los años 1965 y 1968. La atención profesional del aborto aumentó a 78%. Queda todavía un largo camino para llegar al 100%, pero debemos recordar que cuando el actual Gobierno asumió el Poder, la cifra era cercana a 65%.

En cuanto a otro tipo de tareas, como la atención odontológica, por ejemplo, que no ha sido mencionada, puedo manifestar que la Junta de Auxilio Escobar y Becas está desarrollando una labor que ha permitido atender oportuna y eficazmente a la población infantil de Chile, en un aspecto que es muy importante: la atención dental de tipo preventivo y curativo, y no mutilatorio, como era la que antes se ha-

cía. En efecto, antes se efectuaban sólo extracciones; en cambio, en la actualidad, se está realizando una tarea preventiva y curativa. Al respecto, debo proporcionar algunas cifras que completarán las informaciones dadas por el señor Ministro. En 1964 existían en el país 33 localidades que tenían agua fluorada. A ellas se han agregado 33 más, con lo cual hay 3.169.192 chilenos a cubierto de las caries dentales.

El control de la alimentación es otro asunto que no se abordó y que reviste extraordinaria importancia. La vida moderna hace cada vez más indispensable adquirir alimentos envasados o manipulados, y ello está ocurriendo cada vez en mayor proporción. Ya no ocurre como antes, cuando se iba a las chacras y se tomaba la verdura. El número de inspecciones y muestras que se hacen, han aumentado notoriamente en los últimos tiempos. Me limitaré a proporcionar la cifra de locales inspeccionados: en el período entre los años 1965 y 1968, subió de 65 mil a 68 mil. Y el número de locales mejorados, a indicación del Servicio Nacional de Salud, de 39 mil, a 48 mil. El incremento ha sido de más de 15%.

Tengo aquí otra serie de cifras que, en honor a la brevedad, pasaré por alto.

En materia de saneamiento ambiental, que tiene directa relación con la mortalidad infantil y que previene las infecciones de tipo entérico, que producen las diarreas infantiles, principal causa de muerte de los niños chilenos, se ha hecho también una buena tarea.

En lo relativo al saneamiento urbano por medio del Servicio Nacional de Salud, las actividades del período comprendido entre noviembre de 1964 y septiembre de 1969 indican que se han hecho 81 mil instalaciones de agua potable, instalaciones de alcantarillado en 91.797 domicilios y, del sistema de alcantarillado tipo fosa séptica y pozo absorbente, en 6.962.

En cuanto al saneamiento rural, se ha hecho una labor semejante.

La higiene y medicina del trabajo es una de las tareas que me preocupan especialmente, por representar en el Senado una zona eminentemente industrial y por haber sido sorpresivamente elegido —lo reconozco— Senador por Tarapacá y Antofagasta con el apoyo de los trabajadores del salitre y del cobre.

En este aspecto debo reconocer que la tarea realizada es buena. Pero queda un largo camino por recorrer.

Existen empresas que no cuidan como debieran de la salud de sus trabajadores; zonas, como la de Chuquicamata, donde persisten poblaciones como el Campamento Latas, en que hay un baño por cada cuarenta familias, y casas de lata de dos piezas, donde viven diez o doce personas. Creo que ese campamento es uno de los más infames de los minerales chilenos. Tiene cincuenta años. Espero que ahora, cuando se tiende a la nacionalización, y cuando el Gobierno posee el 51% del capital de esa empresa, las condiciones cambien violentamente y se invierta allí en la salud de los trabajadores lo que debe invertirse, porque no cabe duda de que el vivir en esa zona y el trabajar en ella significan un esfuerzo extraordinario.

Más todavía: creo que la Superintendencia de Seguridad Social podría emitir un informe respecto de la seguridad industrial en esas empresas. Yo, que conozco la zona, puedo decir a Sus Señorías que en algunos recintos no se puede entrar y que hay que estar muy aclimatado

para soportar los gases tóxicos, el calor y la falta de higiene ambiental de los mismos.

Mucho queda por hacer en este campo, a pesar de que mucho se ha hecho también.

No quiero extenderme sobre las condiciones de los obreros del carbón y de otras zonas en que la medicina del trabajo tiene todavía un campo casi virgen, de lo cual los dirigentes sindicales, por desgracia, son en buena parte responsables. No he visto nunca en Chile una huelga provocada por estos hechos, y créanme que si yo hubiera sido dirigente gremial habría promovido paros por el Campamento Latas, de Chuquicamata, o por la falta de higiene ambiental de muchos locales de industrias chilenas. En este sentido, cabe a tales dirigentes, a mi juicio, una enorme responsabilidad no cumplida.

Los indicadores de la salud los ha mencionado el señor Ministro. La salud se mide en el tiempo y en la población por índices muy concretos, que son la mortalidad general, la mortalidad infantil neonatal, la mortalidad infantil tardía y la mortalidad de uno a cuatro años de edad. Los datos han sido señalados por el señor Ministro. Omitiré su lectura, pero quisiera que se insertaran también.

---

—El documento que más adelante se acuerda insertar es el siguiente:

"TASAS DE MORTALIDAD GENERAL, INFANTIL, NEONATAL, INFANTIL TARDIA, DE 1 A 4 AÑOS, MORTALIDAD MATERNA Y POR ABORTO. CHILE. 1964-1968.

<i>Tasa</i>	1964	1968	% de <i>descenso</i>
Mortalidad General (1)	11,1‰	9,00‰	18,9%
Mortalidad Infantil (Total (2))	102,9‰	83,2‰	19,1%
Mortalidad Neonatal (2) (menores 28 días)	34,0‰	31,5‰	7,4%
Mortalidad Infantil Tardía (2) (28 días a 11 meses)	68,9‰	51,7‰	24,9%
Mortalidad de 1 a 4 años (1)	6,9‰	3,2‰	54,1%
Mortalidad Materna (2)	2,8‰	2,1‰	25,0%
Mortalidad por Aborto (2)	1,2‰	0,8‰	33,3%

(1) Tasa por 1.000 habitantes.

(2) Tasa por 1.000 nacidos vivos. Para el cálculo de estas tasas se ha usado en el denominador el número de nacidos vivos corregido de acuerdo a la omisión real que tiene el registro de este hecho vital."

El señor OLGUIN.— Otro asunto que no ha sido destacado es el de los recursos económicos del Servicio Nacional de Salud. Tengo un análisis de la situación. Daré solo las cifras, en millones de escudos del año 1968.

En 1964, las entradas del Servicio Nacional de Salud eran de 673,8 millones de escudos y, en 1968, de 1.112,5 millones, lo que significa un aumento real de 71,8%.

Es quizás importante poner de relieve el hecho de que han aumentado paralelamente los gastos, cosa que no siempre ha ocurrido. Paradójicamente, a veces había superávit en ese Servicio, que tenía tantas deficiencias. Los gastos del año 1964 fueron de 694,4 millones, y han subido a 1.181,8 en 1968; es decir, se gastó más de lo que se había presupuestado en el último año.

Otro de los campos no mencionados aquí es el del subsidio a los obreros imponentes del Servicio de Seguro Social. Desde 1964, a 1968, el número de órdenes ha aumentado en 14%, y el de los días pagados, en 10%. Me parece de interés señalar el hecho —quizás sea la única cosa personal que yo pueda mencionar esta tarde— de que, en compañía del Honorable señor Ricardo Valenzuela, presenté una indicación, tendiente a facilitar el pago del subsidio al obrero enfermo, que es el pago más sagrado, porque es el que se hace a la persona incapacitada. Se trata de que el patrón pueda entregárselo directamente al obrero y descontarlo de las impositivas al Servicio de Seguro Social.

Tengo, además, un análisis de la larga tarea realizada por el Servicio Médico Nacional de Empleados, que ha creado

nuevos establecimientos y en el último tiempo ha instaurado una serie de ventajas, que no son una panacea, pero que sí representan un real beneficio. Daré sólo un dato, que el señor Ministro no mencionó. El auxilio de parto, en el Servicio Médico Nacional de Empleados, era de 4 escudos —4 mil pesos— en 1964. Subió en 1965 a 30 escudos y, posteriormente, en 1966, a 50 escudos. Y ha alcanzado, a partir de 1968, a un sueldo vital por parto. O sea, en cuatro años, de cuatro escudos ha llegado a un sueldo vital. Omitiré la lectura de lo demás. Pero creo que lo que acabo de señalar refleja una tarea cumplida.

En cuanto a la medicina curativa, ese Servicio ha entregado 1 millón 550 mil credenciales a una población beneficiaria calculada en 1 millón 800 mil personas. Las consultas de libre elección se calculan, para el presente año, en 800 mil. Para hospitalización, se habían dado 14 mil órdenes hasta septiembre de 1969; y al 31 de diciembre del mismo año se habían extendido 45 mil órdenes de exámenes. Se espera que suban a 95 mil.

En su programa de leche, el Servicio Médico Nacional de Empleados ha distribuido 217 mil 200 kilos de este alimento.

Las atenciones odontológicas —lo dijo el señor Ministro— aumentaron casi al doble.

En cuanto a las principales inversiones, en adquisición de propiedades, ampliación y remodelación de locales, compra de equipos y otras de importancia, que sería largo enumerar, ya se han mencionado aquí en su mayor parte.

Las leyes que en materia de salud se han dictado durante estos cuatro o cinco años las ha dado a conocer el señor Ministro: la de Medicina Curativa, la de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales y la que creó el Consejo Nacional Consultivo de Salud. También han sido mencionados los decretos: el que aprueba el Código Sanitario, el que crea la Oficina de Planificación y Presupuesto

del Ministerio de Salud Pública, el que crea los Consejos Comunitarios de Salud, el que aprueba el Formulario Nacional de Medicamentos y el que obliga a la yodación de la sal. Pido insertar un resumen de esas disposiciones.

—*El documento que más adelante se acuerda insertar es el siguiente:*

“*Leyes y Decretos dictados en los últimos cinco años.*”

*Ley N° 16.781. — Concede Medicina Curativa a los Empleados.*

Antes de la vigencia de este cuerpo legal los empleados públicos y privados gozaban de los beneficios de la medicina preventiva (Ley N° 6.074); en materia de medicina curativa gozaban de ella exclusivamente un núcleo reducido de empleados públicos no así los empleados particulares, quienes quedaban sujetos a sus propios recursos personales.

La nueva ley estableció un sistema que dejó al alcance de todo empleado, activo y jubilado, de sus cargas de familia, y de quienes gocen de pensiones de viudez y orfandad, las prestaciones de medicina curativa, creando para los efectos de su financiamiento un Fondo de Asistencia Médica, mediante aportes de las Cajas de Previsión y de los imponentes pasivos y activos. Se estima en 3.000.000 de personas el número de beneficiarios.

*Ley N° 16.744. — Sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.*

Modificó sustancialmente el sistema existente. Sus principios fundamentales son: a) Establecer un sistema de seguro social, obligatorio, en beneficio del trabajador para exigir las prestaciones médicas y pecuniarias que lo proteja de todas las consecuencias del riesgo profesional. Constituye un derecho irrenunciable; b) Es un sistema unipersonal, en el sentido que protege a toda la población del país; c) Es de carácter general, por cuanto cubre todos los riesgos profesionales y cada uno de ellos íntegramente, tanto en rela-

ción con el estado de necesidad económica como de salud, y d) Es un seguro social basado en el principio solidario nacional, sin discriminaciones.

*Ley N° 16.781.*—Crea Consejo Nacional Consultivo de Salud.

Hasta la fecha de su creación no existía un organismo público que estuviera integrado por representantes de todas las instituciones que tuviera a su cargo acciones de salud, de este modo se logra coordinar sus programas y desarrollar en forma efectiva una política única de salud.

*D.F.L. N° 723, de 1967.*—Aprueba Código Sanitario.

El nuevo Código Sanitario, que sustituyó al anterior que databa del año 1932, incorporó como normas sustantivas diversos conceptos modernos en materia sanitaria, adecuándolos a la actual estructura de los organismos de salud y a sus funciones de protección, recuperación y fomento de ellas, como asimismo, agiliza el procedimiento para investigar y sancionar las contravenciones sanitarias.

Entre las novedades del nuevo Código está la creación del Formulario Nacional de Medicamentos.

*Decreto N° 253, de 25 de abril de 1969.*—Crea Oficina de Planificación y Presupuesto del Ministerio de Salud Pública.

Con este decreto se da cumplimiento a la ley que creó la Oficina de Planificación en lo que al sector salud se refiere. Esta Oficina será la encargada de obtener la información y proponer los programas y planificar las acciones de salud que le competen al Estado, habida consideración de los recursos disponibles.

*Decreto N° 250, de 15 de mayo de 1967.*—Crea Consejos Comunitarios de Salud.

Los Consejos Comunitarios son organismos representativos de la comunidad que funciona a nivel de los establecimientos hospitalarios y de las áreas de salud, cuyo principal objetivo es acercar a los beneficiarios y población en general a los problemas de salud para coadyuvar a su

solución y lograr una mejor comprensión de ellos.

*Decreto N° 93 de 31 de enero de 1969.*—Aprueba Formulario Nacional de Medicamentos.

El Formulario Nacional de Medicamentos es el documento que contiene la nómina de los productos farmacéuticos que una Comisión de Expertos altamente calificados declara indispensables para una eficiente terapéutica, que precisa la forma farmacéutica y la dosis para su fabricación, y que entrega una información sucinta sobre la naturaleza, empleo, limitaciones y peligro de cada medicamento.

*Decreto N° 440, de 24 de noviembre de 1966.*—Sobre yodación de la sal.

Este decreto introdujo una modificación al Reglamento de Alimentos en lo concerniente a la sal comestible, estableciendo que ésta debe ser enriquecida con una adición de 0,10 gramos de yodo por kilo de sal. La importancia de esta medida radica en la necesidad de intensificar la campaña contra el bocio endémico.

El señor OLGUIN.—Sobre el Formulario Nacional de Medicamentos, no quisiera extenderme, pero solicito que se inserte la lista de ellos, su precio y sus diferencias en el comercio.

El señor NOEMI (Vicepresidente).—Oportunamente se recabará el acuerdo correspondiente, señor Senador.

El señor OLGUIN.—Muchas gracias.

—*El documento que más adelante se acuerda insertar es el siguiente:*

*“Formulario Nacional de Medicamentos.*

El 23 de enero del presente año fue entregado al Ministerio del Salud Pública por la Comisión encargada de redactarlo, el Formulario Nacional de Medicamentos.

Este documento consta de una lista de los medicamentos básicos y esenciales incluidos en el formulario, denominados por su nombre común o genérico y las formas farmacéuticas de ellos. Además, cada medicamento tiene una monografía en la cual se describe su estructura química, propiedades, acciones, efectos laterales, precauciones, usos terapéuticos y dosis.

Fue editado posteriormente por la Editorial Andrés Bello y está a disposición de los profesionales del área de la salud desde el mes de junio.

Con este documento se completó la fase científica del Formulario y se inició la fase industrial.

El Laboratorio Chile, Sociedad Anónima, cuyos principales accionistas son instituciones estatales, Servicio de Seguro Social, Servicio Nacional de Salud, y algunas Cajas de Previsión, fue equipado con maquinarias de último modelo y de alto

rendimiento con el fin de que pudiera asumir inicialmente la fabricación de los medicamentos del Formulario Nacional para el sector público y también poder entregarlos a las farmacias particulares para atender al sector privado de menores ingresos.

El abastecimiento de este sector se ha programado en etapas. La primera, que contiene 31 productos está a disposición del público en todas las farmacias del país desde junio del presente año. Recientemente se han agregado 20 productos más que constituyen la segunda etapa. La tercera y cuarta serán cumplidas en el curso del año próximo.

A continuación se adjuntan las listas de la 1ª y 2ª etapas con sus precios de venta al público, como también de los equivalentes de marca registrada y además las cantidades consumidas de los 31 productos desde su iniciación hasta la fecha.

*Lista de productos del formulario Nacional de la primera etapa.*

Formulario Nacional	Precio público	Nombres registrados	Precio público
Acido acetilsalicílico, comprimidos de 100 mg. infantil, est. x 20 comp. . . . .	Eº 0,60	Aspirinetas . . . . .	Eº 1,00
		Cafrenal . . . . .	0,80
		Dominal . . . . .	0,90
		Ewin . . . . .	1,16
		Mejoral niños (x 30 compr.)	1,50
Acido acetilsalicílico, comprimidos de 500 mg. adulto, est. x 20 comp. . . . .	Eº 0,60	Aspirinas . . . . .	Eº 1,00
		Cafrenal . . . . .	0,80
		Dominal . . . . .	1,20
		Ewin . . . . .	1,16
		Geniol . . . . .	0,88
Acido acetilsalicílico, comprimidos de 100 mg. infantil, caja x 500 comp. . . . .	Eº 15,00	Aspirina . . . . .	Eº 25,00
		Cafrenal . . . . .	20,00
		Dominal . . . . .	24,17
		Mejoral niños . . . . .	25,00

Formulario Nacional	Precio público	Nombres registrados	Precio público
Acido acetilsalicílico, comprimidos de 500 mg. adulto, caja x 500 comp. . . . .	Eº 15,00	Aspirina . . . . .	Eº 25,00
		Cafrenal . . . . .	20,00
		Dominal . . . . .	30,00
		Geniol . . . . .	22,50
Aminofenazona, comprimidos de 100 mg., est. x 20 comprimidos . . . . .	Eº 0,85	Piramidón . . . . .	Eº 1,31
Aminofenazona, comprimidos de 300 mg., estuche x 10 comprimidos . . . . .	Eº 1,00	Piramidón . . . . .	Eº 1,51
Analgésicos fórmula B comprimidos, estuche x 20 comprimidos . . . . .	Eº 2,10		
Atropina sulfato, ampolleta de 1 mg. en 1 ml., envase de 5 ampolletas . . . . .	Eº 2,50		
Cloranfenicol, comprimidos o cápsulas de 250 mg., frasco x 12 comprimidos o cápsulas . . . . .	Eº 5,00	Cloromysetin . . . . .	Eº 6,29
		Quemicetina . . . . .	6,29
		Sintomicetina . . . . .	6,00
Cloranfenicol, jarabe de palmitato o estonrilglicolato 125 mg. en 5 ml., frasco x 60 ml. . . . .	Eº 4,90	Cloromycetin (50 ml.) . . . .	Eº 6,09
		Quemicetina (50 ml.) . . . .	6,09
		Sintomicetina (50 ml.) . . . .	6,57
Cloropropiridamina maleato, comprimidos de 4 mg., estuche x 20 comprimidos . . . . .	Eº 1,35	Clorprimeton . . . . .	Eº 2,14
		Nadriben . . . . .	2,23
Cloropromazina clorhidrato, comprimidos de 25 mg., estuche 50 comprimidos . . .	Eº 2,30	Largactil . . . . .	Eº 9,92
Dipirona, ampolletas de 1 gramo en 2 ml., caja 7 x 5 ampolletas . . . . .	Eº 4,50	Conmel . . . . .	Eº 6,23
		Novalgina . . . . .	4,99
Dipirona, comprimidos ranurados de 300 mg., estuche x 20 comprimidos . . .	Eº 2,20	Conmel (324 mg.) . . . . .	Eº 3,18
		Novalgina (300 mg.) . . . . .	4,59

Formulario Nacional	Precio público	Nombres registrados	Precio público
Dipirona, supositorios de 250 mg., estuche x 5 comprimidos . . . . .	Eº 2,10	Conmel (300 mg.) . . . . .	Eº 4,06
Ergocalciferol, solución de 600.000 U. I., 1 ampolleta	Eº 1,40	Genovis D2 . . . . .	Eº 2,27
		Radsterin . . . . .	1,94
		Vigantol . . . . .	1,95
Estradiol benzoato, ampollitas, solución oleosa de 5 mg. en 1 ml. . . . .	Eº 2,20		
Fenitoína sódica, comprimidos de 100 mg., estuche x 30 comprimidos . . . . .	Eº 1,90	Epamin (x 50 cápsulas) . . .	Eº 11,00
		Ritmenal . . . . .	3,55
Fenobarbital, comprimidos de 15 mg., estuche x 30 comprimidos . . . . .	Eº 1,10	Luminaletas . . . . .	Eº 1,86
Fenobarbital, comprimidos de 100 mg., estuche x 10 comprimidos . . . . .	Eº 1,15	Luminal (x 20 comprimidos)	Eº 4,48
Fenebutazona, ampollitas de 400 mg. en 2 ml., caja x 5 ampollitas . . . . .	Eº 5,00		
Pitoquinona, ampollitas de 10 mg. en 1 ml., caja x 3 ampollitas . . . . .	Eº 6,50	Konakien . . . . .	Eº 19,69
Iconiasida, comprimidos ranurados de 100 mg., caja x 100 comprimidos . . . . .	Eº 2,20	Azuren (50 mg. x 100) . . .	Eº 2,89
		Nicotibina (50 mg. x 100) ..	2,69
		Tixido (de 50 mg. x 100) ..	3,04
Lidocaína clorhidrato, solución oftálmica al 2%, frasco x 15 ml. . . . .	Eº 2,30	Dimocaína . . . . .	Eº 3,23
Metilergometrina maleato, ampollitas de 0,4 mg. en 2 ml., caja x 6 ampollitas	Eº 11,40	Methergin (0,2 mg. x 1 ml. caja x 6) . . . . .	Eº 15,84
Polivitamínicos, cápsulas o tabletas, frasco x 30 cápsulas o tabletas . . . . .	Eº 4,10		
Prodnisona, comprimidos ranurados de 5 mg. estuche x 20 comprimidos . . . . .	Eº 4,00	Artrizona (x 30 comp.) . . .	Eº 20,83
		Roltacortisona (x 30 comp.)	21,79
		Meticorten (x 30 comp.) . . .	19,66
Sulfadiazina, comprimidos de 500 mg., estuche x 20 comprimidos . . . . .	Eº 2,00		

Formulario Nacional	Precio público	Nombres registrados	Precio público
Sulfamotexipiridasina, comprimidos ranurados de 500 mg., estuche x 6 comprimidos . . . . .	Eº 2,00	Dalmo (x 8 comp.) . . . . .	Eº 5,43
		Difusan (x 10 comprimidos)	6,24
		Lederkin . . . . .	13,80
		Unaldin (x 10 comprimidos)	12,64
		Opinsal (x 10 comprimidos)	6,24
Tetraciclina clorhidrato, comprimidos o cápsulas de 250 mg., frasco x 16 cápsulas	Eº 4,90	Acromicina . . . . .	Eº 27,61
		Ambramicina . . . . .	18,34
		Dumocyclina . . . . .	17,14
Tetraciclina clorhidrato, jarabe 125 mg. en 5 ml., frasco de 60 ml. . . . .	Eº 3,20	Acromicina . . . . .	Eº 14,99
		Ambramicina (100 mg. x 5 ml. x 50 ml.) . . . . .	7,23
		Dumoyclina . . . . .	10,19
		Mostaciclina . . . . .	9,95

*Lista de productos del Formulario Nacional de la Segunda Etapa.*

Antiasmáticos, comprimidos, envase de 20 comprimidos	Eº 2,50		
Antiespasmódicos, supositorios adultos, envases de 6 supositorios . . . . .	Eº 2,70		
Antiespasmódicos, supositorios niños, envase de 6 supositorios . . . . .	Eº 1,90		
Ciclocarina, comprimidos o cápsulas de 250 mg., frasco de 12 comprimidos o cápsulas . . . . .	Eº 11,70	D-Uclicerina . . . . .	EY 40,44
Clordiamepóxido, comprimidos de 10 mg., envase de 20 comprimidos . . . . .	Eº 1,40	Antal (x 15 comprimidos) .	Eº 5,09
		Antal (x 30 comprimidos) .	9,06
		Inestal (grageas) . . . . .	7,38
		Labiton . . . . .	5,44
		Librium (grageas) . . . . .	8,23
		Melibor (grageas) . . . . .	4,39
		Milotin (x 10 grageas) . . .	2,04
		Milotin (x 30 grageas) . . .	4,84
		Silibrin . . . . .	6,38
		Surmanol (x 25 cápsulas) .	4,16

Formulario Nacional	Precio público	Nombres registrados	Precio público
Fenilbutazona, comprimidos de 200 mg., envase de 20 comprimidos . . . . .	E <sup>o</sup> 2,60	Butazolidina (grageas) . . .	E <sup>o</sup> 7,89
		Dilartin (grageas) . . . . .	4,35
		Novoartril (x 50 grageas) . .	12,84
		Fenilbutazona (Silesia) . . .	4,30
Fenoximetilpenicilina potásica, comprimidos ranurados de 400.000 U. I. frasco de 12 comprimidos ..	E <sup>o</sup> 3,40	Penicilina Oral 500.000 U.I. x 12 comp. Recalcine) ..	E <sup>o</sup> 8,28
		Penicilina Oral 500.000 U.I. (x 10 comprimidos Labor)	6,00
		Pen Oral 500.000 U.I. (x 12 comprimidos) . . . . .	10,07
		Penvesil 500.000 U.I. (x 12 comprimidos) . . . . .	10,79
Otalilsuefatiazol, comprimidos de 500 mg., envase de 20 comprimidos . . . . .	E 3,10		
Guanatidina sulfato, comprimidos ranurados de 25 mg., envase de 30 comprimidos	E <sup>o</sup> 11,10	Ismelin . . . . .	E <sup>o</sup> 18,09
		Simperten (x 25 comp.) . . .	10,16
Imipremine clorhidrato, comprimidos de 25 mg. envase de 50 comprimidos o grageas . . . . .	E <sup>o</sup> 12,60	Tofranil . . . . .	E <sup>o</sup> 23,56
Lidocaína, clorhidrato, gal al 45, pomo de 25 gramos .	E <sup>o</sup> 4,00		
Meprobamato, comprimidos de 400 mg., envase de 24 comprimidos . . . . .	E <sup>o</sup> 2,70	Melval (x 25 comprimidos) .	E <sup>o</sup> 4,59
		Miltoun (x 25 comprimidos)	6,55
		Milucil (x 25 comprimidos)	7,84
		Pertranquil (x 24 comp.) .	4,48
		Zentralin (x 25 comprimidos) . . . . .	4,01
		Meprobamato (x 25 comprimidos Silesia) . . . . .	5,01
		Meprobamato (x 25 comprimidos Benguerel) . . . . .	3,11
		Diurnal (x 50 comprimidos)	E <sup>o</sup> 7,25
		Botonail (x 10 comprimidos)	1,64
		Ecuanyl (x 25 comprimidos)	6,08
		Morfina clorhidrato, ampo-	

Formulario Nacional	Precio público	Nombres registrados	Precio público
lletas de 10 mg. en 1 ml., envase de 3 ampolletas . Eº	2,80		
Morfina clorhidrato, ampo- lletas de 20 mg. en 1 ml., envase de 3 ampolletas .. Eº	3,00		
Nistatina, pomada de 100.000 U. en 1 gramo en pomos de 15 gramos . . . . . Eº	4,60	Micostatin . . . . . Eº	6,68
Nitroformateína, suspensión oral de 5 mg. en 5 ml., fras- co de 60 ml. . . . . Eº	4,00	Furedantina 25 mg. en 5 ml. frasco de 100 ml. . . . . Eº	15,50
Nitroglicerina, comprimidos ranurados de 0,6 mg., en- vase de 30 comprimidos . Eº	2,10	Angniolingual . . . . . Eº	3,54
		Trinitrina 0,5 mg. x 30 com- primidos (Wander) . . . . .	5,50
		Trinitrina (Farmo-Química)	4,19
Noscapina, comprimidos de 20 mg., envase de 20 com- primidos . . . . . Eº	1,60	Noscapina (Beta) . . . . . Eº	4,08
		Noscapina 25 mg. x 30 com- primidos (Pel) . . . . .	4,51
Noscapina, jarabe 5 mg. en 5 ml., frasco de 120 ml. . Eº	4,60	Lasain infantil . . . . . Eº	5,88
		Pectoral Volta 10 mg. en 5 ml. . . . .	4,52
Polivitamínicos, jarabe, fras- co de 100 ml. . . . . Eº	5,60		
Polvos alcalinos B, caja de 120 gramos . . . . . Eº	4,40		
Progesterona, ampolletas de 50 mg. en forma de micro- cristales, envase de 3 am- polletas . . . . . Eº	3,60	Flavicorpín (x 1 ampolleta) Eº	2,66
		Lutidiol (x 1 ampolleta) . . . . .	1,40
		Primolut (x 1 ampolleta) . . . . .	2,06
		Progesterona (x 1 ampolle- ta) . . . . .	2,13
Quinidina sulfato, grageas de 200 mg., envase de 20 grageas . . . . . Eº	16,00		
Reserpina, comprimidos ra- nurados de 0,25 mg., enva- se de 40 comprimidos . . Eº	1,50	Anatensol . . . . . Eº	3,09
		Rauserpin . . . . .	2,27
		Serpasol . . . . .	7,77

Formulario Nacional	Precio público	Nombres registrados	Precio público
		Tenserina (x 20 comprimidos) . . . . .	1,80
		Reserpina (Silesia) . . . . .	3,01
		Reserpina (Denguere) . . . . .	2,11
		Reserpina (Labor) . . . . .	2,41
Testosterona enantato, ampollitas de 250 mg., solución oleosa en 1 ml., envase de 1 ampollita . . . . .	E <sup>o</sup> 5,40	Primoniad-Depot . . . . .	E <sup>o</sup> 15,35
		Robexil 200 mg. x 2 ampollitas . . . . .	6,43
Tolbutamida, comprimidos de 500 mg., envase de 20 comprimidos . . . . .	E <sup>o</sup> 2,90	Artosin (x 40 comprimidos) . . . . .	E <sup>o</sup> 13,21
		Diaboral . . . . .	7,99
		Midosal . . . . .	8,66
		Rastinón . . . . .	7,76."

El señor OLGUIN.—Sobre este particular, quisiera decir que, cuando un frasco de aspirina lleva el nombre de "Ewin", cuesta cuatro o cinco veces lo que se cobra por la aspirina pura. Es el cambio de nombre, de envase y de etiqueta lo que encarece sustancialmente los productos en Chile.

El Formulario Nacional de Medicamentos tendrá, pues, extraordinaria importancia. Se irá poniendo en práctica cada vez con mayor amplitud, a medida que los médicos lo comprendan, los farmacéuticos lo utilicen y distribuyan, y el público lo acepte.

Por otra parte, tengo una lista, con las fechas de inauguración, de las obras construidas en el programa del Servicio Nacional de Salud en convenio con la Agencia Internacional de Desarrollo, A. I. D. Asimismo, poseo una lista del número de postas construidas, con las fechas de su inauguración y el lugar en que se encuentran. Tales nóminas hablan por sí solas. También está en mi poder una relación de las postas que se han reparado y otra de las que se van a construir.

Además, tengo un cuadro sobre los ve-

hículos adquiridos y los que están por llegar en estos días. No hay más que decir que en los próximos meses recibiremos 70 "Carry-all" con tracción en las cuatro ruedas, para atención médico-rural.

Ruego a la Mesa recabar el asentimiento de la Sala para insertar en la parte pertinente de mi intervención los documentos a que me he referido.

—Los documentos cuya inserción se acuerda más adelante son los siguientes:

#### "PROGRAMA A. I. D.

*Nómina de 50 postas por reparar.*

*Financiamiento: A. I. D.*

#### II ZONA

##### *Hospital de Coquimbo*

- 1.—Huachaluma
- 2.—Tambillos
- 3.—Guañagueros
- 4.—Pan de Azúcar

*Hospital de Salamanca C. S. R. 1969*

5.—Cuncumén

IV ZONA

*Hospital La Calera - C. S. R. 1968*

6.—El Soldado

7.—El Melón

VI ZONA

*Hospital Pichidegua*

8.—Pataguas del Cerro

*Hospital de Marchigüe C. S. R. 1968*

9.—Rinconada de Alcones

*Hospital Lolol — C. S. R. 1969*

10.—Ranquil

11.—Paredones

12.—Bucalemu

*Hospital de Santa Cruz — C.S.R. 1968*

13.—Apalta

14.—Caleuche

15.—La Estrella

VII ZONA

*Hospital Molina C. S. R. 1968*

16.—Radal

*Hospital de Cauquenes*

17.—Sauzal

*Hospital Teno C. S. R. 1969*

18.—Monterilla

*Hospital de Curicó*

19.—Llico

20.—Iloca

*Hospital Villa Alegre C. S. R. 1968*

21.—Putagán

22.—Villa Alegre

VIII ZONA

*Hospital Chillán*

23.—Rucapequén

*Hospital Portezuelo*

24.—Labrador

*Hospital de Bulnes C. S. R. 1969*

25.—Santa Clara

26.—General Cruz

IX ZONA

27.—Rere

28.—Río Claro

*Hospital Lebu*

29.—Quidico

30.—Tres Pinos

*Hospital Mulchén C. S. R. 1968*

31.—Rucalhue

X ZONA

*Hospital Cunco C. S. R. 1969*

—Los Laureles

—Melipeuco

*Hospital Carahue C. S. R. 1968*

34.—Nehuentué

35.—Trovohue

XI ZONA

*Hospital Los Lagos C. S. R. 1968*

36.—Folilco

37.—Malihue

*Hospital Panguipulli C. S. R. 1968*

- 38.—Heltume
- 39.—Liquiñe
- 40.—Cofaripe
- 41.—Choshuenco

*Hospital Paillaco C. S. R. 1968*

- 42. Reumén

*Hospital Puerto Octay C. S. R. 1968*

- 43.—Cancura

## XII ZONA

*Hospital Achao C. S. R. 1968*

- 44.—Quenao

*Hospital Quellón C. S. R. 1968*

- 45.—Melinka
- 46.—Queilén
- 47.—Curahue
- 48.—Candelaria

*Hospital Ancud*

- 49.—Abtao
- 50.—Llucó

*Nómina de postas por construir*

P. M. A.

(Programa Mundial Alimentos).

## I ZONA

*Hospital Calama*

- 1.—Posta Llague (tipo Chépica).

## II ZONA

*Hospital La Serena*

- 2.—Posta Incahuasi

*Hospital Vallenar*

- 3.—Posta La Higuera

*Hospital Vicuña*

- 4.—Posta Marquesado

*Hospital Combarbalá*

- 5.—Posta Cogote
- 6.—Posta Valle Hermoso

*Hospital Illapel*

- 7.—Posta Las Cañas de Choapa
- 8.—Posta Caimanes
- 9.—Posta Mincha
- 10.—Posta Santa Virginia
- 11.—Posta Huintil
- 12.—Posta Cárcamo
- 13.—Posta Limahuida
- 14.—Posta Canelillo
- 15.—Posta Tunga
- 16.—Posta Agua Fría Baja
- 17.—Posta Mantecilla

*Hospital Los Vilos*

- 18.—Posta Tilama
- 19.—Posta Los Cóndores
- 20.—Posta Quilamari
- 21.—Posta Huentelauquén
- 22.—Posta Guanguali

*Hospital Ovalle*

- 23.—Posta Tulahuén
- 24.—Posta Cerrillos de Tamaya
- 25.—Posta Samó Alto
- 26.—Posta Sotaquí

## IV ZONA

*Hospital La Ligua*

- 27.—Posta Zapallar
- 28.—Posta Papudo
- 29.—Posta Catapilco
- 30.—Posta Valle Hermoso

*Hospital Petorca*

31.—Posta Chincolco

*Hospital Quilpué*

32.—Posta Colliguay

V ZONA

*Hospital San Antonio*

33.—Posta Pupuya

VI ZONA

*Hospital Chimbarongo*

34.—Posta Huemul

35.—Posta El Oliyay

*Hospital Rengo*

36.—Posta Quinta de Tilcoco

37.—Posta Malloa

38.—Posta Cuenca

39.—Posta Popeta o Cerrillos

*Hospital San Vicente de Tagua Tagua*

40.—Posta Zúñiga

VII ZONA

*Hospital Hualañé*

41.—Posta La Cuesta de Longaví

*Hospital Talca*

42.—Posta Corel

*Hospital Constitución*

43.—Posta Toconey

*Hospital Parral*

44.—Posta Villaseca

*Hospital Linares*

45.—Posta Collin

*Hospital Longaví*

46.—Posta Los Cristales

*Hospital Yerbas Buenas*

47.—Posta Paihuén

*Hospital Teno*

48.—Posta La Laguna

VIII ZONA

*Hospital Chillán*

49.—Posta Quinchamalf

50.—Posta Chillán Viejo

51.—Posta Santa Elvira

52.—Posta Empedrado de Pinto

*Hospital de Chillán*

53.—Posta Piña Blanca

54.—Posta Cerro Negro

*Hospital Bulnes*

55.—Posta Canta Rana

*Hospital Yungay*

—Posta Liucura

57.—Posta Camino de Portezuelo

IX ZONA

*Hospital Tomé*

58.—Posta Guarilihue

*Hospital Coelemu*

59.—Posta Ñipas

*Hospital Cañete*

- 60.—Posta Ranquihue Grande  
 61.—Posta Huentelolén  
 62.—Posta Llencaó  
 63.—Posta Llanquehue

*Hospital Los Alamos*

- 64.—Posta Los Alamos (Tipo Chépica).

*Hospital Nacimiento*

- 65.—Posta Coihue

## X ZONA

*Hospital Collipulli*

- 66.—Posta Río Amargo  
 67.—Posta Huipitrió

*Hospital Curacautín*

- 68.—Posta Malalcahuello

*Hospital Villarrica*

- 69.—Posta Alto Mirador

*Hospital Loncos*

- 70.—Posta La Paz

## XI ZONA

*Hospital La Unión*

- 71.—Posta Pilpichahuín  
 72.—Posta Puerto Nuevo

*Hospital Osorno*

- 73.—Posta Entre Lagos  
 74.—Posta Trumao

## XII ZONA

*Hospital Maullín*

- 75.—Posta Carelmapu  
*Hospital Calbuco*

- 76.—Posta Pargua

*Hospital Llanquihue*

- 77.—Posta Loncotoro  
 78.—Posta Colligual

*Hospital Chile Chico*

- 79.—Posta Bahía Muerta  
 80.—Posta Huadal.

Con el objeto de cumplir el programa se firmó con la Agencia Internacional de Desarrollo un Convenio para construir 50 Postas y reparar un número similar. Las primeras 15 debían construirse en el primer semestre del año en curso, el resto en el segundo semestre.

Los contratos de edificación fueron entregados a la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios S. A.

Me resulta grato comunicar que la primera etapa del Plan destinado a construir este tipo de establecimiento a lo largo del país, está cumplido.

En efecto, en las fechas que se indican se terminó las construcciones de las siguientes Postas:

30 de junio	Islita Atalaya	(Isla de Maipo) (Santo Domingo)	V Zona " "
2 de julio	Sagrada Familia La Huerta de Mataquito Peñuelas	(Curicó) ( " ) (Villa Alegre)	VII Zona " " " "
4 de julio	Rinconada San Esteban	(Los Andes) ( " " )	III Zona " "
	Lo Calvo Cariño Botado Villa Prat	( " " ) ( " " ) (Llay-Llay)	" " " " IV Zona
8 de julio	Ñiquén Torrecillas La Gloria Chacay El Morro	(San Carlos) ( " " ) ( " " ) ( " " ) ( " " )	VIII Zona " " " " " " " "

La segunda etapa de este Plan comprende la construcción de 35 Postas, en las localidades que se indican:

Auquenco  
Isla Yaquil

II Zona

Hospital de Salamanca  
Chillepín  
Quelén

VII Zona

Hospital Molina  
Pichingal

IV Zona

Hospital de La Calera  
Pachacanita  
La Sombra  
Nogales

Hospital Talca  
Punta Diamante  
Pencahue

VIII Zona

Hospital Casablanca  
Lagunillas

Hospital Chillán  
Tanilboro

V Zona

Hospital Alejandro del Río  
Pirque

Hospital Yungay  
Pangal de Laja  
Cartago  
Trehualemi

VI Zona

Hospital de Santa Cruz  
Pupilla

IX Zona

Hospital de Mulchén

Loncopague  
Los Aromos  
Antuco

*Adquisiciones de vehículos S.N.S.*  
1965 - 1969

*Ambulancias:*

	Año	Unidades	Valor
Hospital de Nacimiento Chacayal	1965 . . . . .	155 US\$	444.000
X Zona	1964 . . . . .	101	291.000
	1970 . . . . .	153 (*)	500.000
		409 US\$	1.235.000
Hospital de Collipulli Mininco			
Hospital de Gorbea Lastarria	(*) Por llegar en los próximos meses. Importación financiada con crédito AIB.		
Hospital de Toltén Hualpín			
Hospital de Traiguén Pichipellahuén	1966 . . . . .	150	375.000
Hospital Río Bueno Lago Ranco	<i>Otros:</i> Suburbanos - Camiones, 127 unidades en el período, etc.		

XI Zona

Hospital Paillaco  
Llifén  
Boquial Mantilhue  
Antilhue

Donaciones de organismos internacionales:

11 Unidades móviles.  
20 Jeeps.  
39 Suburbanos (Carry-all).  
7 Unidades de carga y otros."

Hospital de Osorno  
Peulla

XII Zona

Hospital de Fresia  
Cañitas o Río Frío  
  
Hospital de Puerto Octay  
Rupanco  
Coihueco  
  
Hospital de Coihaique  
Ñiribuco

El señor OLGUIN.— Señor Presidente, creo que se ha realizado una buena tarea en varios campos de la salud. Los indicadores así lo demuestran. En otras labores que guardan relación con la salud —educación, vivienda, alimentación—, también algo hemos realizado en este Gobierno. Sin embargo, no está todo hecho ni mucho menos. Queda un largo trayecto por recorrer, y al respecto deseo hacer algunas consideraciones.

El Servicio Nacional de Salud debe ser modificado a corto plazo. Debe ser descentralizado. El principal pecado de este Servicio es su centralización en Santiago. Todo lo relativo a sus cincuenta y seis mil funcionarios se hace aquí, en calle Mac-Iver. Para nombrar a un funcionario en Punta Arenas o en Arica, teóricamente debería llamarse a concurso a lo largo de todo el país, en que intervinieran poco menos que los cincuenta mil funcionarios del Servicio.

Se necesitan escalafones regionales y más autonomía, autoridad y responsabilidad de parte de los médicos directores de áreas, para que puedan manejar sus presupuestos con mayor eficacia y oportunidad.

Debe identificarse el hospital con la comunidad, de tal manera que el pueblo sienta el hospital como propio, lo defienda, lo ayude y colabore en él.

Debe cambiarse un poco el sistema de ingreso del personal, que es otro de los grandes problemas. Han aumentado los recursos humanos en forma extraordinaria, pero se ha ido desnivelando la cantidad de dinero que se gasta en personal con relación a la que se gasta en recursos materiales y médicos. Tengo aquí una serie de datos sobre el particular. De acuerdo con ellos, el 75% del total del presupuesto se gasta en personal, y el 25% restante, en materiales, equipos y construcciones. Esta es una de las fallas graves del Servicio.

¿Cuáles son las reformas? Aumentar los recursos, facilitar el ingreso; pero, sobre todo, humanizar el Servicio para que el enfermo sea tratado como persona.

A este respecto, los médicos tienen una tarea fundamental. Este profesional ha seguido una carrera larga y costosa; utiliza equipos y servicios caros, que pertenecen al Estado, y dispone de un arma de vida o muerte.

Sin embargo, en la Comisión de Salud de esta Corporación el propio Presidente del Colegio Médico ha debido aceptar que

no se cumplen los horarios; que los colegas llegan atrasados a atender a los enfermos; que son seres privilegiados en la Administración Pública, porque no marcan tarjeta, sino que firman en un libro y ponen la hora que estiman conveniente. ¡Por cierto, casi todos llegan a la hora...!

Si bien es cierto que el hecho no afecta a todos los médicos chilenos, no lo es menos que un gran porcentaje de estos profesionales se está haciendo irresponsable y mercantil.

Quiero decir aquí las cosas con claridad. El médico tiene una responsabilidad extraordinariamente importante en el manejo de la salud del país, de los recursos de los chilenos y del Servicio Nacional de Salud, y aquí hay un campo en el cual ha fallado el Colegio Médico. Creo que no sólo es necesario luchar por aumentar los sueldos, sino también inculcar un mayor sentido de responsabilidad y deber, más afán de servicio que de lucro.

Yo admiro a los médicos chilenos por su técnica, su ciencia y su arte; pero amo con más pasión la medicina. La he ejercido siempre como un deber, no como un privilegio. El médico debe su carrera al país y a él se debe entregar.

Encaremos, pues, las reformas y cambios. Estudiemos, en un diálogo franco, en un análisis frío y digno, las medidas justas y útiles. Para esto, integremos al personal del Servicio Nacional de Salud, a los técnicos y al pueblo, en una tarea de salud que permita seguir avanzando cada vez más.

Yo estoy dispuesto a trabajar en este campo, con éste y con cualquier Gobierno, más como chileno que como demócratacristiano, y lo haré siempre con la mayor altura de miras que me sea posible.

Nada más.

El señor NOEMI (Vicepresidente).— Solicito el asentimiento de la Sala para incorporar en el texto del discurso del Honorable señor Olguín todos los documentos a que el señor Senador hizo referencia.

Acordado.

El señor CHADWICK.— Señor Presidente, en 1970, en Chile sigue siendo válido el juicio emitido por el profesor de reputación internacional Milton Roemer, en su estudio sobre "Atención Médica y Clases Sociales en América Latina", que se expresa así: "Se tiene la impresión clara de que uno puede identificar inmediatamente la posición de clase de una persona, y todos los concomitantes de tal identificación, por la forma en que ella obtiene atención médica".

No hay duda alguna de que, cualquiera que sean los datos que se mencionen, las leyes promulgadas, los cálculos estadísticos, la realidad social de Chile está comprobando, en términos de una evidencia irrefutable, que la gran masa de la población está desprovista de una atención adecuada de su salud.

Yo no quiero repetir lo expresado aquí por el Honorable señor Allende. Deseo centrar mis observaciones en hechos que son absolutamente indiscutibles. El primero es la falta de recursos que afecta a todo el sistema del Servicio Nacional de Salud. La he comprobado como Senador por Atacama y Coquimbo: el presupuesto de gastos de ese Servicio en la zona, en 1969, experimentó una reducción de 30% en términos reales. Se mantuvieron las cifras nominales del año anterior y no se dieron recursos que compensaran los efectos de la inflación.

He verificado que —nadie podrá desmentirme—, por falta de los recursos más elementales, las adquisiciones necesarias en esa región no pueden llevarse a efecto porque las deudas pendientes caen en mora; que el comercio se niega a entregar provisiones y, para resolver problemas tan primordiales como dar pan en la alimentación de los enfermos, las autoridades superiores del Servicio de la zona tienen que recurrir a arreglos de emergencia con las autoridades militares, quienes les proporcionan, de su propio presupuesto, anticipos para cubrir esas necesidades.

Esta observación, que pudiera ser ta-

chada de limitada a la zona geográfica que me concierne directamente, no hace sino mostrar lo que ocurre en todo el país.

El señor Ministro nos ha dicho, con toda precisión, que en los cinco años corridos desde el 1º de enero de 1965 al 30 de septiembre de 1969, se ha dotado al Servicio de 1.941 camas nuevas. Si se tiene en cuenta que ese número de camas nuevas ha venido a integrarse con el total disponible de todo el Servicio a esa fecha, que, según los estudios que he tenido a la mano, llegan a 34.500 camas, habría que llegar a la conclusión de que, de 32.550 camas destinadas al servicio básico de los hospitales, se ha agregado un aumento que no excede del 6% de esa dotación.

Ahora bien, el señor Ministro ha reconocido que en el mismo período —1º de enero de 1965 a 30 de septiembre de 1969— la población de Chile ha aumentado en 10,6%. En consecuencia, por grandes que sean los recursos de la retórica, es preciso concluir que en materia de camas de hospital la situación al 30 de septiembre de 1969 es inferior, está deteriorada, porque no se ha aumentado la dotación ni siquiera en la proporción que reclamaba el simple aumento vegetativo de la población.

Pero esto también se demuestra en hechos. No es necesario ir a buscar a las estadísticas lo que se puede comprobar de simple visu. Yo no invito a ningún Senador a recorrer los hospitales de Coquimbo y Atacama. En Santiago, donde indudablemente se concentra en proporción desmedida el recurso médico para atender a la población —en los hospitales San Borja o José Joaquín Aguirre—, el fenómeno de permanente ocurrencia, que forma parte de la normalidad en el tratamiento de las parturientas, es que ellas deben estar de a dos por cama.

Cuando se recorren las zonas rurales, como me ocurrió, por ejemplo, en el curso del año 1968 en el departamento de Ovalle, se puede comprobar que la falta de recursos del Servicio Nacional de Sa-

lud llega a límites realmente inconcebibles. Ese año, por no tener disponibilidades para pagar el combustible de los vehículos necesarios, se paralizó totalmente, sin excepción alguna, toda la atención médica rural del departamento mencionado. Es cierto que esto se corrigió; pero es indudable que ello representa un índice suficientemente grave del financiamiento precario de ese Servicio básico para la atención de la salud.

La misma actitud frente al número de médicos. Se reconoce que en Chile existe una proporción de médicos del orden de los 5,8 por 10 mil habitantes. Pero debe saber el Senado que en los países desarrollados esa proporción es de 15 profesionales por cada 10 mil habitantes. En Estados Unidos, por ejemplo —he tenido el dato a la vista—, se tiene esta relación médico - poblacional.

El Gobierno estima que no puede abordarse este problema con la simple solución de aumentar el número de médicos, pues podría producirse el caso de no tener recursos para pagar los emolumentos necesarios.

Aquí entramos a lo que me parece un enfoque absolutamente ligero de parte del Gobierno del problema de la salud, considerado desde el ángulo de las posibilidades económicas del país. Investigadores totalmente neutrales y ajenos a todo propósito político, han llegado a establecer que el gasto médico en Chile, comprendiendo los sectores público y privado, corresponde a 5,7% del producto geográfico nacional y que, dada nuestra realidad económica y social, es un desembolso que se estima razonable. Si esto es así, ¿dónde reside el problema? ¿Por qué no asignamos al Servicio Nacional de Salud los medios más indispensables?

El gasto médico del sector privado constituye, indudablemente, un elemento que distorsiona todas las posibilidades de resolver racionalmente los problemas básicos de la salud de Chile. Y no lo digo yo, que soy socialista, por fervor a mi doctri-

na o por el ánimo de hacer proselitismo político. Lo dice el propio especialista citado por el señor Ministro, el doctor Salvador Díaz, que es un investigador permanente de los problemas económicos de la formación, organización y ejercicio de la profesión médica, y que en esa tarea tiene el respaldo del Colegio Médico.

Ese profesional demuestra que, en las actuales condiciones económicas, la única manera de aprovechar correctamente los recursos destinados al gasto de la salud en Chile consiste “en una canalización del gasto médico del sector privado hacia el sector público, lo que permitiría una racionalización de los recursos en beneficio de la comunidad. Los gastos médicos del sector privado” —dice este especialista— “constituyen proporciones distintas del gasto total en los diversos países. En Chile es un 60% del gasto médico para servir a un tercio o menos de la población, derrochando los difíciles fondos del lento crecimiento económico”.

No se trata de presentar al país un cuadro utópico, engañoso, de lo que podría ser un gobierno socialista que alterara sustancialmente la distribución de los recursos del producto geográfico nacional. Se trata de clamar por la necesidad impostergable de fomentar, conservar y recuperar la salud de los chilenos. Mientras sólo el 40% de lo que constituye el gasto médico esté destinado a atender a más de los dos tercios de la población, no habrá solución posible. Por mucho que se ponga empeño en perfeccionar lo existente en cuanto a las instituciones, en instruir al personal, en imbuirlo de un espíritu de superación y sacrificio, habrá un límite insalvable, porque, como bien sabe el ilustre profesor que es titular de la Cartera de Salud Pública de este Gobierno, la medicina es cada vez más cara, es más inaceptable la improvisación en el diagnóstico, es más impostergable el uso de equipos, de laboratorios y de otros recursos que significan dinero.

El Gobierno no ha encarado este pro-

blema. Todavía siguen vigentes las cifras tremendas que los estudiosos señalan. Se ha visto que en 1964 la sociedad chilena invertía 52,8 escudos "per cápita" en moneda del año 1961, en servicios médicos al año, de los cuales el sector público utilizaba 19,4 escudos, y el sector privado 33,4. Por cada escudo gastado en farmacia por el sector público, que es más de dos tercios de la población, el sector privado gasta diez, siendo menos de un tercio.

Hay una desproporción monstruosa en la distribución de nuestros escasos recursos.

Nosotros, socialistas populares, comprendemos que no pueden destinarse todos los fondos del país al gasto médico. Pero cuando se ha llegado a determinar una proporción racional de esos recursos, toda la responsabilidad política de un Gobierno consiste en obtener el óptimo rendimiento social de esa asignación.

Si los medios se emplean, como demuestra el investigador señor Díaz, en atender de preferencia, en una relación que ya es abismante, al sector privado en perjuicio del sector público, entonces se quiebra todo y no es posible abordar con seriedad una política de salud.

Deseaba referirme a otros temas, pero el tiempo se agota. En todo caso, deseo expresar que, según una investigación reciente en 145 familias del Gran Santiago, publicada por organismos técnicos que no pueden ser acusados de actuar políticamente, se descubrió que, en el mes anterior a la encuesta, el 27% de esas familias había tenido que gastar sus pocos recursos en atención médica, en circunstancias de que el Servicio Nacional de Salud y los organismos complementarios del sector debían darle una atención gratuita.

Esta es la realidad: la falta de recursos esenciales para encarar el problema en su raíz. Mientras el sector privado de-  
rrocha, el sector público carece de lo indispensable.

Nosotros, los socialistas, afirmamos: las grandes soluciones técnicas están vinculadas estrechamente al cambio social y, por eso, decimos que la resolución la tiene el pueblo.

El señor EGAS (Prosecretario).—Han llegado a la Mesa indicaciones de los Honorables señores Silva Ulloa, Hamilton, Fuentealba y Noemi para publicar "in extenso" el debate habido en esta sesión respecto de la designación del doctor Patricio Silva Garín como Director General del Servicio Nacional de Salud.

—*Se aprueban.*

El señor NOEMI (Vicepresidente). — En votación secreta la designación.

—*Se aprueba (25 balotas blancas y 2 rojas).*

#### **PAGO DE PRESTAMOS OTORGADOS POR CORVI Y CAJAS DE PREVISION CON MOTIVO DEL SISMO DE 1960. VETO.**

El señor FIGUEROA (Secretario). — Observaciones del Ejecutivo, en segundo trámite constitucional, al proyecto de ley que establece normas sobre préstamos otorgados por la CORVI y las cajas de previsión a los damnificados por el sismo de 1960.

El Ejecutivo propone suprimir los artículos 1º, 2º, 3º y 4º. La Cámara de Diputados rechazó las observaciones e insistió en mantener el texto del Congreso.

—*Los antecedentes sobre el proyecto figuran en los Diarios de Sesiones que se indican:*

#### *Proyecto de ley:*

*En segundo trámite, sesión 61ª, en 12 de septiembre de 1968.*

*Observaciones en segundo trámite, sesión 21ª, en 9 de diciembre de 1969.*

#### *Informe de Comisión:*

*Obras Públicas, sesión 49ª, en 16 de septiembre de 1969.*

*Discusión:*

*Sesión 49ª, en 16 de septiembre de 1969 (se aprueba en segundo trámite).*

El señor NOEMI (Vicepresidente). — En discusión general y particular las observaciones.

Ofrezco la palabra.

Ofrezco la palabra.

Cerrado el debate.

El señor SILVA ULLOA.—Adoptemos, en una sola votación, el mismo temperamento de la Cámara.

El señor NOEMI (Vicepresidente). — Si le parece a la Sala, se procederá de acuerdo con la petición del Honorable señor Silva Ulloa.

Acordado.

—*Se rechazan las observaciones y se acuerda insistir, con los votos contrarios de los señores Aylwin, Carmona y Reyes y la abstención del señor García.*

**CELEBRACION DEL CENTENARIO DE LUMACO. EMPRESTITO PARA MUNICIPALIDAD LOCAL.**

El señor FIGUEROA (Secretario). — Proyecto de la Cámara de Diputados que autoriza a la Municipalidad de Lumaco para contratar empréstitos.

La Comisión de Gobierno, en informe

suscrito por los Honorables señores Lorca (presidente), Aguirre Doolan e Isla, recomienda a la Sala aprobar la iniciativa con modificaciones. Por su parte, la Comisión de Hacienda propone acoger el proyecto en la forma como lo despachó la de Gobierno.

—*Los antecedentes sobre el proyecto figuran en los Diarios de Sesiones que se indican:*

*Proyecto de ley:*

*En segundo trámite, sesión 36ª, en 26 de agosto de 1969.*

*Informes de Comisiones:*

*Gobierno, sesión 37ª, en 14 de enero de 1970.*

*Hacienda, sesión 37ª, en 14 de enero de 1970.*

—*Se aprueba el proyecto con enmiendas y queda terminada su discusión en este trámite.*

El señor NOEMI (Vicepresidente). — Solicito el asentimiento de la Sala para prorrogar la sesión por diez minutos.

No hay acuerdo.

Se levanta la sesión.

—*Se levantó a las 19.57.*

*Dr. Raúl Valenzuela García,  
Jefe de la Redacción.*

## ANEXO.

## DOCUMENTO.

## 1

*OBSERVACIONES DEL EJECUTIVO, EN SEGUNDO TRAMITE CONSTITUCIONAL, AL PROYECTO DE LEY QUE AUMENTA LOS RECURSOS DEL FONDO DE REVALORIZACION DE PENSIONES E INTRODUCE DIVERSAS ENMIENDAS A LA LEY N° 15.386.*

Tengo a honra comunicar a V. E. que la Cámara de Diputados ha tenido a bien aprobar las observaciones formuladas por S. E. el Presidente de la República al proyecto de ley que aumenta los recursos del Fondo de Revalorización de Pensiones e introduce diversas enmiendas a la ley N° 15.386, con excepción de las que a continuación se indican, respecto de las cuales ha adoptado los acuerdos que se señalan:

## Artículo 3º.

Ha rechazado la que tiene por objeto suprimirlo, pero no ha insistido en la aprobación del texto primitivo.

## Artículos nuevos.

Ha rechazado la que consiste en consultar el siguiente artículo nuevo: "Artículo...—Derógase el inciso segundo del artículo 25 de la ley N° 17.271."

## Artículo transitorio

Ha rechazado la que tiene por finalidad agregar un nuevo inciso a este artículo.

---

Acompaño los antecedentes respectivos, incluyendo el oficio complementario de observaciones N° 24.

Dios guarde a V. E.

(Fdo.): *Julio Mercado I.—Eduardo Mena A.*

*Texto de las observaciones del Ejecutivo.*

Por oficio N° 365, de 11 de diciembre en curso, V. E. ha tenido a bien comunicar la aprobación por el H. Congreso Nacional de un proyecto de ley que establece nuevos recursos para el Fondo de Revalorización de Pensiones.

En uso de la facultad que me otorga el artículo 53 de la Constitución Política del Estado, vengo en formular al citado proyecto las siguientes observaciones:

1º—El artículo 3º sustituye en el artículo 63 de la ley N° 10.343, modificado por el artículo 18 de la ley N° 15.386, las palabras “sesenta y cinco años de edad” por “sesenta y tres años de edad”; y hace extensivo a los jubilados afectos a la ley N° 10.621 el beneficio establecido por las citadas disposiciones legales.

La primera de las modificaciones indicadas importa rebajar de 65 a 63 años la edad exigida a los pensionados de la Administración Civil del Estado o de Instituciones Semifiscales o Fiscales de administración autónoma para gozar de una pensión equivalente al 75% del sueldo íntegro asignado o que se asigne en el futuro al empleo similar en servicio activo.

En la forma expresada, se amplía un sistema de reajuste de pensiones que es técnicamente inadecuado y que carece de todo financiamiento por parte de los interesados, ya que en su totalidad es de cargo fiscal.

Sólo para el año 1970, se estima que el mayor gasto que se producirá será de E° 30.000.000, como consecuencia del aumento considerable del número de jubilados que tendrán derecho a reliquiar sus pensiones hasta un monto igual al 75% del sueldo en actividad; y, para este mayor gasto, el proyecto de ley no concede ningún nuevo recurso.

Por otra parte, la rebaja de la edad necesaria para obtener el beneficio de la igualación de la pensión al 75% del sueldo asignado al titular en servicio activo del empleo similar incitará a un mayor número de personas a jubilar, siendo que la tendencia de la legislación ha sido siempre la contraria, o sea, incentivar a las personas con derecho para obtener su jubilación a postergarla, como lo demuestra el establecimiento de una bonificación especial en favor de ellas por la ley N° 15.386.

El inciso 2º del mismo artículo 3º concede el beneficio antes señalado a los jubilados afectos a la ley N° 10.621, o sea, a los periodistas, a los trabajadores de imprenta de obras, de encuadernación y a los fotógrafos de los talleres particulares de fotograbado, todos ellos imponentes del Departamento de Periodistas de la Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas.

Esta disposición introduce un nuevo factor de anarquía en el sistema previsional chileno al extender a un grupo de trabajadores del sector privado un beneficio que, hasta ahora, sólo tenía una parte de los jubilados del sector público, creando así en favor de aquéllos un nuevo privilegio que nada justifica.

Al mismo tiempo, impone al Departamento de Periodistas un nuevo gravamen, sin concederle los recursos necesarios para afrontarlo, desconociéndose su costo.

Además, cabe señalar que la aplicación de una disposición como la aprobada ocasionará graves dificultades, ya que las rentas de actividad a las cuales deberán asimilarse las pensiones de los beneficiados, por tratarse del sector privado, no están sujetas a montos determinados por ley, como es el caso del sector público, y son ellas muy variadas; y no existen

en el sector privado escalafones que permitan la asimilación a cargos determinados.

Por las razones expuestas, vengo en vetar el artículo 3º y en proponer su supresión.

2º—A fin de aclarar la duda que pudiera presentarse en cuanto al monto del aporte fiscal al Fondo de Revalorización de Pensiones en el año 1970, propongo agregar al artículo transitorio el siguiente inciso:

“Durante 1970, el mayor aporte que el Fisco deba hacer en virtud de lo dispuesto en la letra d) del artículo 11 de la ley Nº 15.386 se entenderá incluido en la suma de Eº 73.000.000 señalada en el inciso anterior”.

Además de las observaciones anteriores el Ejecutivo ha decidido someter a la consideración del H. Congreso Nacional el siguiente veto en relación al inciso 2º del artículo 25 de la Ley Nº 17.271.

Esta disposición entraba la acción de la Dirección General de Obras Públicas en materia de ejecución de obras dificultando su desarrollo técnico y administrativo ya que ocasionará la paralización de todas las grandes obras públicas que dicho Servicio tiene en ejecución, posibilita la participación simultánea de diversos contratistas en una misma obra trayendo consigo irresponsabilidad y descoordinación en la ejecución de las obras de cada uno de ellos, e impulsa a éstos a ponerse de acuerdo aumentando el costo de las obras.

En consecuencia, es necesario suprimir el citado inciso de la disposición mencionada mediante el siguiente artículo nuevo:

“Artículo...—Derógase el inciso segundo del artículo 25 de la Ley Nº 17.271.”

Dios guarde a V. S.

(Fdo.): *Eduardo Frei Montalva.—Eduardo León Villarreal.*

*Oficio complementario de las observaciones del Ejecutivo.*

Complementando el oficio Nº 23 de fecha de hoy, vengo en formular las siguientes observaciones al proyecto de ley que otorga recursos al Fondo de Revalorización de Pensiones

Para incluir los siguientes artículos nuevos:

Artículo...—Para agregar la siguiente frase al inciso final del artículo 14 de la Ley Nº 17.272, reemplazando el punto (.) por una coma (,).

“exceptuado el de las Universidades de Chile y Técnica del Estado, las que mantendrán las facultades legales que les corresponden en materia de fijación de las remuneraciones de sus personales.”

El inciso 2º del artículo 14 de la Ley Nº 17.272 limita el aumento de remuneraciones al porcentaje ordenado en dicha ley para las instituciones que tienen aporte fiscal.

Se considera necesario exceptuar a las Universidades de Chile y Técnica del Estado ya que dichas instituciones deben efectuar modificaciones en sus remuneraciones tendientes a racionalizar los sistemas vigentes.

*Artículo...*—Decláranse válidos para todos los efectos legales, los pagos que por concepto de asignación especial no imponible establecida en el artículo 9º, inciso 2º del D.F.L. N° 56, de 1960, se hubieren efectuado hasta el 31 de diciembre de 1969 al personal de obreros a jornal de la Corporación de Servicios Habitacionales, que a esa fecha se desempeñaban como auxiliares de servicios menores.

Mediante esta disposición se trata de regularizar los pagos efectuados erróneamente por concepto de asignación de estímulo al personal de servicios menores no encasillados en planta.

Dada la redacción de la disposición legal vigente no alcanzaría este beneficio al personal referido, no obstante que, por razones de equidad debería gozar también de él.

*Artículo...*—Reemplázase en el artículo 83 de la Ley N° 17.272 las frases

“Ministerio de Obras Públicas:  
Personal Administrativo.”

por

“Ministerio de Obras Públicas, Vivienda y Urbanismo  
Personal Administrativo, Oficiales Técnicos y Auxiliares de Servicios.

La referencia de Personal Administrativo del Ministerio de Obras Públicas, señalada en el artículo 83 de la Ley N° 17.272 ha sido necesario aclararla para que alcance también a los Oficiales Técnicos y Auxiliares de Servicios y asimismo para incorporar al personal similar del Ministerio de la Vivienda y Urbanismo.

*Artículo...*—Para intercalar en el inciso 1º del artículo 7º de la Ley 17.272, entre las palabras “aplicar el” y “artículo 99”, lo siguiente: “inciso primero del”.

La disposición del artículo 7º de la Ley 17.272 tuvo su fundamento en el propósito de mejorar la base imponible de aquellos funcionarios que cotizan sólo sobre el 70% de las escalas de sueldos correspondientes con lo que en la práctica la impondibilidad efectiva es inferior a ese porcentaje ya que en muchos casos gozan de remuneraciones anexas que no son imponibles. El precepto al determinar que estas remuneraciones anexas serán imponibles los funcionarios pasarán a disfrutar de una impondibilidad efectiva del 70% de sus remuneraciones.

Desgraciadamente, se omitió hacer referencia al inciso primero del artículo 99 de la Ley 16.617, que es precisamente el que determina la impondibilidad del 70%. Al referirme al artículo 99 en general puede entenderse que sus beneficios alcanzan también a las remuneraciones anexas de los Servicios e Instituciones que gozan de una impondibilidad total o casi total en sus escalas bases, lo que nunca se tuvo en vista ni por el Ejecutivo ni por los señores parlamentarios.

Para incluir los siguientes artículos nuevos

*Artículo...*—Reemplázase el artículo 75 del D.F.L. N° 2 (Interior) de 1968, por el siguiente:

“Artículo 75.—La cuantía de la pensión de retiro se fijará en relación con los servicios prestados hasta la fecha que determine el decreto de retiro o baja administrativa en su caso.

Con la certificación de cese de funciones que expida la Dirección de Carabineros de Chile, la Caja de Previsión respectiva podrá anticipar mensualmente el valor correspondiente a la pensión provisoria que ella determine de acuerdo a sus antecedentes, mientras tramita la pensión definitiva.”

Con este artículo se propone nivelar la situación del personal llamado a retiro de Carabineros con similares de las Fuerzas Armadas.

En efecto, el llamado a retiro o baja administrativa, en su caso, procede simultáneamente con el goce de la pensión respectiva para el personal de las Fuerzas Armadas, no involucrando otros gastos al Fisco.

En el caso de Carabineros la situación es diferente en atención a que el citado D.F.L. N° 2 estableció un régimen de excepción —oneroso al interés fiscal— que le permite beneficiarse con cuatro meses de la última remuneración en actividad que gozaban, (incluye tanto la parte imponible como la no imponible, incluso la gratificación de zona cuando corresponde). En ese período Carabineros de Chile debe concurrir a un doble pago por una parte paga al personal que ocupa el cargo en actividad y por la otra sigue pagando cuatro meses al personal llamado a retiro.

La Caja de Previsión de Carabineros sólo comienza a pagar la respectiva pensión de retiro una vez que la Dirección de Carabineros termina de pagar los cuatro meses, no reintegrando cantidad alguna por ese período, y el monto de la pensión que fija a continuación corresponde de acuerdo a las disposiciones legales vigentes sólo a la parte computable de acuerdo con los años de servicio del imponente.

*Artículo...*—Agrégase el siguiente inciso final al artículo 83 de la Ley N° 17.272:

“Facúltase asimismo al Presidente de la República para que, a contar del 1° de enero de 1970, otorgue al personal de Contadores los aumentos de grados que correspondan para asimilar sus rentas a las de los Contadores del Ministerio de Obras Públicas y Transportes.”

En virtud de leyes anteriores se acordaron modificaciones en las plantas del Ministerio de la Vivienda y Urbanismo con el propósito de nivelarlas a las del Ministerio de Obras Públicas. En este mismo oficio, en veto separado, se están proponiendo también mejoramientos para ambos Ministerios en el personal administrativo, oficiales y auxiliares de servicios.

Corresponde por tanto seguir igual criterio respecto a los Contadores para cuyo efecto se propone esta disposición.

Dios guarde a V. E.

(Fdo.): *Eduardo Frei M.—Eduardo León Villarreal.*



