

# BOLETIN

DE LA

## Caja Nacional de Seguro Social

DISERTACION DEL GERENTE GENERAL DE LA CAJA, DR. EDGARDO REBAGLIATI, EN LA ACTUACION REALIZADA EN EL PARANINFO DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, TRABAJO Y PREVISION SOCIAL, EN EL DIA DE LA SALUD.

Señor Ministro de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social.

Señores:

Debo a la cortesía del doctor Constantino J. Carvallo, Ministro de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social, el honor de ocupar esta tribuna y de participar en nombre de la Institución que represento en la celebración del Día Panamericano de la Salud. Le tributo por ello el homenaje de mi profundo reconocimiento.

---

El 12 de agosto de 1936 se promulgó la ley No. 8433 que instituía el Seguro Social Obligatorio para los trabajadores de la industria, el comercio y la agricultura, sobre los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte.

Dificultades de distinto orden entorpecieron su vigencia y fué necesario expedir para conjurarlas la ley adicional No. 8509, de 23 de febrero de 1937, que, coordinada con la precedente, regula la aplicación del sistema.

En lo general, se inspiran esas leyes en las normas usuales de la previsión social y en los principios establecidos en los proyectos de Convenio adoptados por la Oficina Internacional del Trabajo; y, en lo particular, en las modalidades especiales del país respecto a las

formas del trabajo asalariado, distribución de las poblaciones, desarrollo industrial y condiciones geográficas, económicas y sanitarias, en cuanto estas pueden influir en el otorgamiento de los beneficios y en la estimación de su consumo.

No corresponde a este momento ni a la índole de la presente actuación el análisis de la pluralidad de los aspectos que ambas leyes comprenden, pero sí es pertinente detenerse en aquellos aspectos que esclarecen y sitúan la génesis y el desarrollo de la política sanitaria que al Seguro Social le ha encomendado el Estado. En ese orden y para la mejor exposición de las ideas que presiden la marcha del trabajo realizado, ellos se referirán someramente a la estimación del volumen de la masa asegurada, a la importancia del riesgo de enfermedad y al sentido de la asistencia médica eficaz.

---

En principio, el Seguro Social debe extender su protección a la integridad de las personas cuya existencia y la de los suyos depende de su trabajo, que es a quienes más hondamente pueden afectar los riesgos profesionales y sociales que paralizan o interrumpen la actividad profesional. Interesa, por lo tanto, afiliar al régimen junto con los asalariados de la industria, el comercio y la agricultura a los que sin tener esa calidad subordinan sus vidas a la locación de sus esfuerzos. Es difícil, sin embargo, obtener la ejecución plena del principio porque muchas veces la forma de la ocupación, el modo como se retribuye, la independencia del trabajador y el estado incipiente de la vida industrial de algunas regiones no se concilian con la fórmula tradicional ni se prestan al ajuste tripartito de las cotizaciones.

Nuestra ley incorpora al seguro obligatorio a los asalariados de la industria, el comercio y la agricultura, a los aprendices, a los trabajadores a domicilio y a los aparceros, medieros, compañeros, yanacunas y partidarios que explotan pequeñas parcelas de tierra cuyo rendimiento se presume igual al que obtiene en promedio un trabajador agrícola común. No están comprendidos los trabajadores independientes, los del servicio doméstico particular, ni aquellos que en reducidas proporciones se ocupan en labores de ocasión, accesorias y temporales en las provincias cuya producción es todavía tan exigua que no alcanza a diferenciar los sectores del capital y del trabajo. Los excluidos, sin embargo, pueden inscribirse al seguro facultativo.

Computados los distintos grupos afiliados se puede fijar por ahora en 200,000 el número de los asegurados, cifra que irá en aumento en razón del ritmo actual de la industrialización del país, pues sólo en las provincias de Lima y Chancay, censadas recientemente, se ha comprobado aumentos con relación al año 1937 del 25 y 20%, respectivamente. El volumen de los asegurados se acentuará igualmente en la medida en que las condiciones de prosperidad económica y de auge en la explotación de sus recursos se evidencia en aquellas provincias que hoy se encuentran excluidas del seguro.

De los 200,000 asegurados, más del 70% son trabajadores agrícolas, circunstancia remarcable pues su constatación representa, en relación con el seguro, la posibilidad de llevar sus beneficios al sector asalariado que más lo necesita, pues a la inversa de lo que antes se presumía las enfermedades se propagan en el medio rural con igual o mayor virulencia que en el medio urbano, desde que concurren a extremarlas las deficiencias de alimentación, de vivienda, de higiene y de medios de asistencia.

De los riesgos profesionales y sociales que tutela el seguro obligatorio es, sin duda, el de enfermedad el que mayor interés social representa. Le asigna esa ingrata preferencia la constancia de su acaecimiento, la selección de sus víctimas entre los sectores económicamente débiles, la influencia que ejerce en la invalidez y en la muerte prematura y la repercusión que su frecuencia asume en la vida económica y social de la comunidad. Se singulariza aún más su valor cuando la enfermedad, como riesgo y como causa de desequilibrio, se enseorea en el ambiente propicio de un país de pocos recursos sanitarios y de reducido standard biológico.

Entre los trabajadores, la enfermedad es el riesgo cumbre, en él se originan sus disminuciones físicas y sus desventuras económicas. Por eso le atribuye el seguro máxima jerarquía y perfecciona en su contra los recursos mejor calificados para conjurar sus consecuencias, para prevenir su desarrollo y para estimular los elementos de resistencia contra los factores mórbidos. En su origen, se limitaba a las prestaciones en dinero equivalentes a una mera y parcial compensación del daño económico emergente del riesgo; pero la enfermedad misma, en su prevención y tratamiento quedaba subalternizada, no obstante que el mantenimiento de la salud es lo principal en la existencia de los trabajadores y en la existencia de la colectividad. Para los primeros significa la continuidad en la ocupación, y para la segunda, el desenvolvimiento normal de la producción, que acrecienta su progreso.

Esta nueva y más útil y más generosa concepción de sus deberes obliga al seguro social a instituir en favor de sus beneficiarios una asistencia médica eficaz, apta para poner a su servicio todos los recursos de la ciencia. Ello supone, la disposición de un personal médico y auxiliar selecto y la provisión de un utilaje sanitario apropiado en cuanto a hospitales, consultorios, dispensarios, sanatorios, etc., que para ser redituables al máximo requieren al par que óptima calidad equilibrada profusión.

Expuestos estos antecedentes sobre la composición de la masa asegurada, sobre la importancia preponderante del riesgo de enfermedad y sobre el sentido y alcance de las prestaciones médicas del seguro, es ya tarea más fácil la de explicar la conducta adoptada por nuestra ley y enumerar la obra asistencial que con el apoyo del Estado y con el concurso de los patronos ha emprendido.

La ley No. 8509, modificatoria de la ley matriz No. 8433, sobre seguro social obligatorio, determinó que el pago de las cotizaciones de los trabajadores sólo se haría efectivo después de establecerse en

sus respectivas circunscripciones los servicios médicos que requirieran los riesgos de enfermedad y maternidad. Dispuso, además, que entre tanto, la cotización del Estado y la cotización reducida de los patronos se aplicaran a la formación de aquellos planteles. En virtud de ese método, nuevo entonces en la técnica pero invocado después como ejemplo, nuestro régimen debió abocarse a la empresa de organizar su propio armamento sanitario.

La disposición aludida exigía el estudio de las condiciones de vida y de trabajo de los asalariados para luego proceder a la formación del plan general. Dió ello lugar a una completa encuesta en cada una de las provincias comprendidas en la ley, sobre los factores capaces de influir en la higiene y la salubridad de las poblaciones y en el éxito de una acción enrumbada a la defensa de la salud de sus componentes. Aquel trabajo, acometido por primera vez en el país, fué regulado y desenvuelto en armonía con los principios adoptados por el Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones para la formación de índices sanitarios. Se examinaron las condiciones higiénicas y las circunstancias relativas a los servicios públicos de asistencia disponibles en cada región; se inventarió el utilaje sanitario existente y se clasificó su distribución geográfica; lo que unido a las comprobaciones sobre la concentración o diseminación de los grupos de trabajadores, debía orientar el curso futuro de las prestaciones.

La investigación puso en evidencia estos hechos:

- a) Déficit de camas de hospital en relación con las necesidades de las poblaciones;
- b) Déficit de equipos de diagnóstico y de tratamiento ( dispensarios, consultorios, etc.);
- c) Desigual distribución de los servicios sanitarios públicos existentes, ubicados de preferencia en las ciudades, con detrimento del medio rural.

Si la asistencia médica que debe otorgar el seguro ha de ser eficaz y si para obtenerla le es indispensable disponer de un equipo sanitario conveniente, era claro que con tales elementos deficitarios su labor no podía cumplirse. Surgió entonces la urgencia de que la institución procediera a formar sus propios servicios, con ventaja para los asegurados y para la colectividad.

Emana de esta posición nuestro programa asistencial que se ciñe a las alternativas de otorgar sus prestaciones en los establecimientos públicos si reúnen determinados requisitos de eficiencia y capacidad y pueden ser atendidos los asegurados en forma diferenciada de los indigentes, o en establecimientos propios si no se dispone de los públicos en lugares cercanos a los centros de trabajo o si los existentes carecen de los requisitos exigidos.

En la época de la introducción del régimen de los seguros sociales se asignaba a los poderes públicos la función de crear y sostener los establecimientos de asistencia, no sólo porque ese era uno de los atributos de la función estatal, sino porque se les suponía adecuadamente aptos y suficientes. El seguro de enfermedad se limi-

taba a cubrir los gastos de tratamiento de sus pacientes y a conceder episódicas subvenciones para la restauración o remozamiento de viejos locales hospitalarios.

El predominio de las prestaciones en especie y los reclamos indeclinables de la medicina preventiva, de un lado, y la constatación de la insuficiencia de los recursos sanitarios públicos, en calidad, número y distribución, de otro, han variado ese criterio, que hoy se reemplaza por el de la obligación de las Cajas de Seguro de constituir su patrimonio asistencial para así realizar en beneficio de los asegurados una labor efectiva de protección y defensa.

Comprobada la realidad médico-social de las distintas provincias comprendidas en el Seguro, se procedió a la determinación de los diversos tipos de planteles que cada una reclamaba, sea por razón del número de los asegurados, por los índices de su morbilidad, por las condiciones de higiene o por la disponibilidad o carencia de institutos públicos o privados destinados a la atención de los enfermos. Fue así como se planeó la construcción de 12 hospitales, 29 policlínicos, 50 postas rurales y 10 dispensarios volantes.

Los hospitales proyectados corresponden a las ciudades de Lima, Ica, Cañete, Chincha, Arequipa, Huariaca, Oroya, Piura, Chiclayo, Trujillo, Chocope y Huacho, en tanto que los policlínicos se ubican en las del Callao, Lambayeque, Oroya, Pisco, Sullana, Paíta, Guadalupe, Chimbote, Cerro de Pasco, Huancayo, Mollendo, tratándose de los centros urbanos y en once centros agrícolas o minas, los restantes. Las postas y los dispensarios volantes se distribuyen y deben prestar su concurso en las zonas aisladas en cuyo torno se congregan pequeños grupos de asalariados.

Los hospitales, como los policlínicos, se han trazado de acuerdo con las indicaciones más avanzadas de la ciencia nosocomial, tanto en lo que se contrae a su arquitectura, como a su distribución y coordinación de secciones. La flexibilidad de los servicios se equilibra con la selección de los equipos, la belleza con el confort y la eficacia con la finalidad. La suma de estos atributos garantiza un trabajo fecundo y solventa un funcionamiento racionalizado y económico.

Cada hospital constituye el centro primario de asistencia de la circunscripción provincial o departamental que se le asigna. Bajo su dependencia y dentro de su radio actúan los policlínicos locales y los servicios médicos domiciliarios y rurales. Los hospitales concentran, además, la actividad de las Visitadoras Sociales que le prestan su cooperación en las encuestas relativas al ambiente, moralidad, psicología y reacciones familiares de los enfermos.

Se pretende que esos hospitales se liberen de la anticuada concepción de los establecimientos dedicados al mecánico cuidado de los pacientes y se aspira, conforme a los postulados del día, a que su acción sea mucho más extensa, a que participen en la vida médico-social de la región que sirven y a que ocupen un lugar destacado como centros de salud, que es conferirles la plenitud de sus atributos.

En los nosocomios como en los policlínicos se considera en ex-

## INFORMACIONES SOCIALES

tenso la habilitación de dispensarios de maternidad y lactantes, de venereología y de tuberculosis. En ellos se suministrarán prestaciones curativas, se fomentará el diagnóstico precoz y se adelantará la lucha contra las enfermedades sociales. Y esos mismos dispensarios los aprovechará el Ministerio de Salud Pública para extender a las poblaciones no aseguradas pero que componen sus núcleos familiares la acuciosa vigilancia de sus médicos, sus enfermeras y sus visitadoras. Entre los servicios públicos y los servicios del Seguro se producirá de esta suerte un régimen de cooperación y de unidad funcional de trascendentes perspectivas.

En la organización asistencial no hemos subalternizado las medidas de carácter interno que contribuyen a la eficacia del funcionamiento. La dirección, administración, control y economía de los servicios han sido por eso otras tantas materias objeto de constante preocupación, pudiéndose decir que en ese orden se aplican las mejores recomendaciones y experiencias.

---

La ejecución del plan sanitario de la Caja se inició el año 1938 con la expectativa de concluirlo en el presente. Esa decisión quedó frustrada como consecuencia de la guerra que aún asola al mundo, tanto por las dificultades que produjo en la adquisición de equipos, materiales e implementos como por la pérdida de los mercados europeos, las restricciones derivadas del apogeo de la industria bélica, la reducción del tráfico marítimo y el alza de precios, fletes y seguros. Pero a pesar de esos hechos, superando obstáculos que parecían invencibles, la obra sigue su trayectoria y su programa se cumple.

Se encuentran en función los hospitales de Lima e Ica y el Policlínico del Callao; el 8 del presente mes abrirá sus puertas el Hospital de Huácho; se hallan próximos a incorporarse a sus fines los de Chiclayo y Chocope; concluidos en cuanto a su construcción los de Cañete y Chíncha y en vía de terminarse los de Arequipa, Oroya, Huariaca, Puno y Trujillo y los Policlínicos de Oroya y Pisco.

Los hospitales de Lima, Ica, Huacho y el Policlínico del Callao congregan una población beneficiaria de 82,500 asegurados, cifra que representa, sobre el total de los 200,000 afiliados probables, algo más del 40%. Quiere ello decir que un alto porcentaje de los trabajadores del país ya reciben los beneficios de la ley y oponen a la adversidad de los riesgos que amenazan sus vidas una nueva fuerza de redención y de amparo.

Los hospitales de Lima e Ica iniciaron su labor en el mes de febrero del año en curso y el Policlínico del Callao en el de octubre siguiente. Su acción por lo tanto puede calificarse de incipiente, pero sin embargo en ese breve lapso ya han rendido los nutridos y eficaces servicios que se destacan en las siguientes comprobaciones estadísticas tomadas al 31 de octubre último:

29,626 pacientes admitidos  
143,733 atenciones de consultorio  
36,196 visitas rurales

## INFORMACIONES SOCIALES

7,530 visitas domiciliarias  
6,390 hospitalizaciones, con 140,719 estancias  
1,398 intervenciones quirúrgicas  
403 atenciones de maternidad  
33,024 exámenes de laboratorio  
502,248 prescripciones terapéuticas.

Estos datos relativos a las prestaciones en especie, deben relacionarse con las prestaciones en dinero que en los riesgos de enfermedad y maternidad incluyen el pago de subsidios durante los períodos de incapacidad para el trabajo, de asignación para funerales y de capitales de defunción, si bien estos últimos, aun cuando se producen a raíz del deceso que ocasiona la enfermedad, están comprendidos en el riesgo de muerte.

Las prestaciones en dinero representan el pago de S/. 247,243.59 por concepto de subsidios de enfermedad; S/. 26,785.33 por concepto de subsidios de maternidad; S/. 27,077.00 por concepto de asignación de funerales; y S/. 16,026.23 por concepto de capitales de defunción, o sea que por esos títulos ya han recibido los asegurados o sus deudos la suma de S/. 317,132.15.

Revelan estos números dos hechos que para la sanidad nacional no deben pasar inadvertidos: la alta morbosidad de la población de trabajadores y el volumen del aporte médico del seguro.

La primera se explica por el déficit anterior de elementos de asistencia y por las disminuciones orgánicas que apareja la intensificación de la industria. Se ha dicho que el rendimiento de esta es el resultado de factores muy diversos, entre los que se destaca la racionalización que reemplaza cada vez más la fuerza muscular del hombre por las máquinas y que obliga a los trabajadores a suministrar sus fuerzas nerviosas y musculares con detrimento de su vigor físico y mental y de su aptitud de resistencia a los factores mórbidos. Como consecuencia, se amplían las posibilidades del quebrantamiento de su salud.

Esta constatación, a su vez, encarece el mérito de la acción del seguro desde que la producción necesita para su mano de obra un sistema de economía sanitaria que sólo ese régimen puede proporcionar. Por eso, se le ha calificado "como el medio a la vez más racional y más eficaz de proporcionar a los trabajadores la seguridad a que tienen derecho".

---

A grandes rasgos y con la sobriedad que impone el carácter de esta actuación hemos expuesto los móviles, fines y entraña de la obra que, dentro del programa sanitario del gobierno, realiza en su nombre y en favor de los trabajadores la Caja Nacional de Seguro Social Obligatorio.

---

M E M O R I A

del Primer Año Escolar de la Escuela de Enfermeras de la  
Caja Nacional de Seguro Social.

Señor Gerente de la Caja Nacional de Seguro Social;  
Señor Subgerente;  
Señor Superintendente del Hospital Obrero de Lima;  
Señoras y Señores:

Tenemos hoy la satisfacción de poder celebrar este acto de clausura del Primer Año Escolar de la Escuela de Enfermeras de la Caja Nacional de Seguro Social. Constituye ésto un motivo para expresar nuestra profunda gratitud para todos los que han cooperado en la iniciativa y en la organización de este nuevo plantel que contribuirá a la cultura general del país, y para hacer el recuento de las primeras actividades realizadas.

Cuando llegaron al Perú las primera siete Madres Enfermeras contratadas por la Caja Nacional de Seguro Social para servir en sus hospitales y en esta Escuela, en los últimos días del mes de abril de 1939, ya el Departamento Médico de la institución se ocupaba de buscar un local apropiado para el internado y para centro de enseñanza. Conseguido ese local en Miraflores, se iniciaron las labores preparatorias el 18 de setiembre del mismo año. De las 120 señoritas aspirantes a alumnas que se presentaron, sólo quince fueron recibidas después de un examen de admisión. Con éstas, pues no cabían más en el internado, se hizo el primer semestre de entrenamiento durante el cual se tropezó con dificultades especiales, debidas a la falta de un hospital propio para la práctica de enfermería, a la escasez de textos en español y al aún escaso conocimiento por parte de las Madres Enfermeras del idioma, costumbres y condiciones de vida en el país. Era imposible que la Escuela desarrollara su enseñanza con éxito fuera de un hospital. El doctor Luis Ugarte, Jefe del Departamento Médico de la Caja gestionó, entonces y obtuvo algunas facilidades en la Clínica Delgado de Miraflores y en el Hospital Italiano de Lima. En estas condiciones las alumnas pudieron realizar sencillas prácticas hospitalarias en las mañanas y recibir, en las tardes, clases de Anatomía y Fisiología, Patología Médica, Higiene, Técnica Terapéutica, Etica Profesional y Educación Física.

Desgraciadamente, los resultados no fueron satisfactorios. Pudo observarse la insuficiencia de la preparación cultural previa de las alumnas, que solo habían cursado el 2º ó 3er. año de instrucción media. Los estudios que hoy se exigen en una buena escuela de enfermeras demandan mayores conocimientos

## INFORMACIONES SOCIALES

previos. Por eso, se acordó exigir a las señoritas aspirantes el requisito de estudios cumplidos del 5º año de Instrucción Media.

Durante todo el año de 1940 quedaron suspendidas las labores de la Escuela, en espera de la apertura y funcionamiento del Hospital Obrero de Lima, en el cual se había previsto todo lo necesario para el internado y para la enseñanza. Este lapso de tiempo sirvió a las Madres Enfermeras para profundizarse en el idioma, costumbres y condiciones sociales y sanitarias del país; y con ello, para orientar el plan definitivo de estudios en armonía con esas condiciones y con las necesidades y mejor conveniencia de los servicios médico asistenciales de la Caja Nacional de Seguro Social.

El 1º de abril de 1941 y ya en su propio local, que ocupa el 3er. piso y parte del 2º del Pabellón de Administración de este establecimiento, la Escuela inició la etapa definitiva y regular de sus funciones. Con 30 alumnas, de las cuales 8 ya habían concurrido al semestre de ensayo en Miraflores, se cumplió el primer semestre de enseñanza —del 2 de abril al 26 de julio— dedicada a los cursos teóricos fundamentales de Anatomía y Fisiología, Semiología Médica, Higiene, Técnica Terapéutica, Moral Profesional, y a la práctica de Enfermería en los servicios clínicos de medicina y cirugía de este Hospital. También recibieron preparación en Educación y Ejercicios Físicos. El primer semestre del primer año de estudios constituye un **período de prueba** durante el cual las alumnas tienen la oportunidad de comprobar su vocación profesional.

El 28 de julio último, en ceremonia especial, todas las alumnas reafirmaron su decisión de continuar los estudios de acuerdo con el plan de la Escuela y de obligarse a servir a la Caja como enfermeras diplomadas durante tres años forzosos. Para el efecto, por intermedio de dos delegadas, dichas alumnas entregaron los respectivos contratos debidamente firmados, al Superintendente General de este Hospital, como representante de la Caja.

Después de unos días de descanso y de preparación se iniciaron las clases correspondientes al 2º semestre en el que se consideran, además de las mencionadas para el primer semestre, las asignaturas de Patología Quirúrgica y Nociones de Farmacia.

Debo expresar mi más sincero agradecimiento a los Profesores de la Escuela por su entusiasmo, cumplimiento y espíritu de amplia cooperación demostrados en todo momento. Me refiero al Dr. Fitzgerald, Prof. de Anatomía y Fisiología; al Dr. Stiglich, Prof. de Semiología Médica; al Dr. Protzel, Prof. de Semiología y Patología Quirúrgica; al Dr. Delgado Bedoya, Prof. de Higiene; al Farmacéutico Sr. Ormeño, Prof. de Nociones de Farmacia y a la Srta. Teresa Patrón, Profesora de Educación Física.

Los exámenes finales comenzaron el 9 de diciembre. En los cursos de Higiene, Nociones de Farmacia y Moral Profesional, las alumnas presentaron pruebas escritas, y rindieron pruebas orales en las otras asignaturas. Los exámenes han dado resultados muy satisfactorios. De las 30 alumnas, 27 han sido aprobadas; 2 han merecido primeros premios, 2 merecieron segundos premios y otras 2 recibirán terceros premios. El resultado de los exámenes se dió a conocer el 24 de diciembre; y en el mismo acto se otorgó derecho a las aprobadas para el uso de la insignia del 2º año de estudios y del distintivo de las premiadas. Dentro de un momento recibirán las premiadas los diplomas respectivos; y la alumna que más se ha distinguido por su servicio abnegado y desinteresado a

## INFORMACIONES SOCIALES

los enfermos, recibirá un premio especial donado por el señor Superintendente General.

En resumen: Podemos afirmar que el resultado del año escolar que hoy se clausura ha proporcionado a las alumnas una base sólida con el aprendizaje de los cursos fundamentales que ya se mencionaron y que esas alumnas están en condiciones de asumir ciertas funciones de asistencia hospitalaria, cooperando con las enfermeras diplomadas, en el cuidado de casos clínicos de cirugía y medicina interna.

El próximo año escolar comprenderá el 2º de estudios. En éste está comprendida la preparación para servir en salas de operaciones, laboratorio clínico, dietética y en Farmacia. Más tarde, en el 3er. año, complementarán su formación con nociones teóricas y práctica en Pediatría, Obstetricia, Ginecología, Psiquiatría, Venereología y Administración Hospitalaria. Como nueva asignatura se introducirá, desde este año, un curso de inglés, con el fin de facilitar la cultura de las alumnas con la lectura de importantes obras escritas en este idioma y para ampliar el radio de su acción asistencial y servicio social.

La nueva matrícula se abrirá mañana. Ella considera la posibilidad de aceptar 30 á 35 alumnas; de modo que el próximo año escolar constará de 1er. y 2º años de año de estudios con, más o menos, 60 ó 65 señoritas estudiantes en la Escuela de Enfermeras de la Caja Nacional de Seguro Social.

---

### NOMINA DE LAS ALUMNAS PREMIADAS

- Srta. Luisa Picasso Madueño
- „ Magdalena Carrera Gamarra
- „ Marina Rueda Huambachano
- „ Delfina Torres Gonzáles
- „ Carmela Zúñiga Oré
- „ Rosita Sánchez Marquina
- „ Anita Sandoval Graos.