

SINDICATO MEDICO del URUGUAY
Filial de la Confederación Médica
Panamericana y Miembro de
la Asociación Médica Mundial
Dirección Cables.: SINMED Montevideo

REDACTOR RESPONSABLE:
Victoriano Rodríguez de Vecchi — Colonia 1938
Anselmo De Simone, Cronista Corresponsal
Edita el Departamento de Publicaciones
Colonia 1938 - P. 2 - Teléf. 40 11 89

Correos del Uruguay - Permiso N° 169
Impresos de interés general
Decreto P. E. de enero 1961
Franqueo a pagar — Cuenta N° 109

ENTREVISTA CON GESTIDO

Tuvo lugar el 1° de febrero a la hora 11 en la residencia del Presidente electo y en ella se le entregó un memorándum de 29 páginas conteniendo los puntos de vista de las instituciones de salud que el país requiere, con énfasis especial en las medidas urgentes que es preciso adoptar a nivel del Ministerio de Salud Pública.

La entrevista se desarrolló en un ambiente cordial y amistoso, demostrando el General Gestido, según se nos informó, estar muy bien documentado sobre el problema sanitario nacional. Por otra parte, mostró gran interés por el panorama médico, sanitario y asistencial del Interior.

La delegación que se entrevistó con el Presidente electo se integró de la siguiente manera: por la Facultad de Medicina (Decano); por el Sindicato Médico del Uruguay (Presidente); por la Federación Médica del Interior (Presidente); por la Asociación de los Estudiantes de Medicina (Secretario General).

Por considerarlo de sumo interés para el gremio médico, damos a continuación el resumen del memorándum presentado al Presidente electo en la oportunidad.

RESUMEN DEL MEMORANDUM

En la introducción se expresa que la noción actual de salud supone la prevención, el fomento y la reparación de la misma.

Señala lo imprescindible de que el Ministerio de Salud Pública cree normas mínimas de aplicación nacional del sector, aplicables a toda la función salud, sea ésta realizada por el sector público, para-estatal o privado, y esto conlleva —se dice— a la creación de un Servicio Nacional de Salud.

Analiza luego las actuales prestaciones de atención médica en cada uno de estos sectores y propone, para estas actividades, enumerando entre otras: adopción de un sistema de regionalización sanitaria; regulación de las actividades técnico-profesionales y la delimitación de sus responsabilidades y competencias, etc.

Hace notar que el Ministerio de Salud Pública posee una estructura administrativa densa y anacrónica que es necesario aligerar, tecnificar y dotar de personal entrenado en administración moderna. Tiene que crearse el staff de dirección sanitaria y dotar a toda la Organización de altos niveles de funcionarios capacitados en administración sanitaria y hospitalaria, como lo han recomendado ilustres expertos que han elaborado extensos y profusos informes en los últimos diez años.

El Ministerio de Salud Pública se rige por una Ley antigua; las preocupaciones inmediatas de reparación de la salud han quitado perspectiva a su gestión, pesan sobre ella y la limitan; no hay planificación, coordinación ni integración de los recursos sanitarios que se disponen; no hay trazados objetivos nacionales en materia de salud; faltan códigos y leyes en materia sanitaria; no hay una estructura técnico-administrativa dúctil y moderna en el campo sanitario.

En su segunda parte —general— incluye un análisis de la salud como factor de desarrollo económico-social, recordando que los gastos en atención médica de salud pública, lejos de ser gastos improductivos del pasivo nacional, deben entenderse como una inversión productiva, tal como lo señalaran los Organismos Internacionales competentes. Indica que todo fenómeno social de significación económica sobre el desarrollo está ligado al fenómeno sociológico de la salud.

Se hace mención luego a los indicadores de salud colectiva, analizándose los diversos documentos disponibles, precisando que nuestro país carece de un conocimiento actualizado de sus indicadores de salud nacional, con vigencia válida a 1967. Concluye que para la formulación de planes sanitarios, presupuestos por programa, incentivos de desarrollo económico, etc., el desconocimiento de nuestros verdaderos índices en salud es un factor de distorsión y error, y un impedimento para evaluación de los rendimientos globales o parciales.

Al analizar los recursos destinados a la salud, señala los estudios que es preciso realizar para planificar el sector dentro de un programa de desarrollo económico-social, mencionando que fuera del Censo Nacional de Población (1963), no existen clasificados ni cuantificados los recursos en equipos técnicos y en personal humano que actualmente se destinan a la salud en nuestro país. Recalca que acometer la solución de esta carencia formal y práctica de datos ciertos, se trata de una tarea nacional de real sentido de utilidad pública. No puede pretenderse cambiar una situación —se dice— sin conocer lo que está ocurriendo actualmente. Conocer es previo a legislar. Legislar es mejorar. No se puede mejorar si no se conoce.

En una recapitulación expresa: a la carencia señalada para el Uruguay de una formulación integral de política sanitaria, al desconocimiento de los niveles de salud nacional, se agrega la falta de relevamiento de los recursos y servicios de que se dispone y de cómo se están usando, así como de las insuficiencias más flagrantes que estamos padeciendo sin exteriorización patente.

Al tratar el rápido y grave encarecimiento que soporta la asistencia médica en nuestro país, lo atribuye a varias causas concurrentes: la inflación, el encarecimiento propio de la medicina (producido a escala universal, por la incorporación de nuevos perfeccionamientos en las técnicas que protegen la salud de la población) y su resultado se manifiesta en una expectativa de vida creciente (se alarga la vida en años por efecto de disminuir los riesgos que atentan contra la salud) y destaca la diferencia existente entre la atención de la salud y cualquier otro tipo de producción en los que la industrialización o la automatización puedan abaratar los costos: la medicina supone repetir actos individuales imprescindibles, cada vez más multiplicados.

En los sistemas de asistencia médica que se conocen para nuestro país, los factores mencionados inciden sobre ellos.

El panorama sanitario general está dominado por la multiplicación de las formas ensayadas; por la inevitable superposición de costos; por la duplicación innecesaria de los mismos servicios; por la falta de rendimiento integral que puede obtenerse en cada uno; por una economía volcada a la salud que, al girar dentro de un sistema no planificado, no produce los niveles de rendimiento que el volumen total de inversiones haría justo esperar.

Seguidamente refiere al Seguro Nacional de Salud, expresando que todos los países soportan el encarecimiento de los costos de la salud y trasladan estos costos de la responsabilidad individual del ciudadano, a la responsabilidad colectiva, parcial o totalmente. Declara que los seguros sociales son inexorables y muestran una extensión casi universal, habiendo debido encarar aquellos países que han pasado por hondas crisis económicas, las formas que aseguren a la población en general un mínimo de cuidado médico.

Al respecto observa que Uruguay tiene pendiente desde 1933 el cumplimiento internacional de implantar un seguro nacional de enfermedad (o de salud) para protección de los trabajadores privados y estatales. Luego de detallar sus ventajas, concluye que el costo de la atención médica ya no puede seguirse soportando por la mayor parte de la población, en nuestra actual estructura de medicina pagada.

En la tercera parte —parte especial— se señalan las medidas técnico-administrativas que el Ministerio de Salud Pública debe adoptar, apuntando a soluciones sanitarias nacionales. Se refiere a la necesidad de corregir la excesiva centralización en lo administrativo y en lo técnico que la actual organización padece, lo que traba su acción y hace que sea inadecuada a los criterios universalmente aceptados en la materia. Hace mención a informes de organizaciones internacionales y de expertos, entre los que se cita el de John O. Hall (1956), de los cuales reafirma muchos elementos indicando la urgencia de proceder a corregir los errores y defectos anotados.

Se hace mención de un staff técnico imprescindible para que el Ministerio pueda actuar con los instrumentos y ejecutores capacitados y necesarios.

Se hace mención de la falta en el Ministerio de una Oficina de Censos y Planificación de Hospitales, que los países adelantados no permiten el funcionamiento de ningún instituto asistencial que no se ajuste a ciertas normas entre las que surgen la calidad y eficiencia de los servicios.

Hace énfasis en la necesidad de fijar un plan de objetivos y finalidades, que encontrarán luego su expresión en un Presupuesto por Programa que la actual Constitución impone, y precisa que éste es la expresión de una organización.

Repara en que faltan las condiciones imprescindibles y previas para presentar en seis meses el Presupuesto, puesto que no existe contabilidad de costos por sector, ni hay pautas de acción por sección, señalando con ello algunas carencias administrativas del Ministerio. Hace apreciaciones en cuanto a los recursos de personal que el Ministerio de Salud Pública dispone y observa algunos vicios existentes en las denominaciones de anteriores Presupuestos, indicando que se hace necesario establecer una nómina de cargos como norma del Ministerio.

Recalca la necesidad de prestar mayor atención al habitante del sector rural, que está mal asistido, mediante la concentración de recursos y personal, haciéndose necesario fomentar la radicación de médicos en esas zonas, creando las condiciones socio-económicas que favorezcan tal radicación.

Realiza puntualizaciones sobre la necesidad de disponer el régimen de dedicación total, para los asesores superiores del Ministerio. Al mencionar los recursos de gastos, señala la distorsión existente entre lo destinado a sueldos y lo concedido a gastos y equipos, haciendo comparaciones que muestran en desventaja al Ministerio de Salud Pública, enfrentado a las dependencias que atienden Salud de otras reparticiones del Estado (en la Administración Central).

Refiere a la Estadística Sanitaria, expresando que nuestro país cuenta con técnicos competentes, pero que no se ha asignado la importancia correspondiente a esta disciplina, y que una organización administrativa incoherente conspira para obtener buenos resultados. Como una manifestación más del excesivo centralismo del Ministerio de Salud Pública no existen estadígrafos a nivel regional ni local, y las informaciones son elevadas en forma muy diferente de modo que las hace difícilmente comparables. Si los rendimientos estadísticos se estimularan y vigorizaran, el problema de conocer los rendimientos de los equipos y recursos actuales estaría casi a la mano, y facilitaría el paso hacia la planificación sanitaria e integral.

Se impone la regionalización de los servicios sanitarios, en cuyo sentido se ha dado algún paso. El paso siguiente inmediato sería la coordinación regional de los recursos que el país contiene, y para ello la regionalización será cada vez más necesario desarrollarla.

Se indica la necesidad de coordinar las actividades del Ministerio de Salud Pública con la enseñanza, mediante una mayor conexión con las Facultades de Medicina, Odontología, Química y Farmacia, y las Escuelas Auxiliares, en materia de preparación y necesidades de profesionales y personal auxiliar, la regulación del título de especialista, entre otras estrictamente médicas.

Dentro de la sección denominada problemas especiales de inmediata urgencia, destaca en primer término la planificación del sector Salud, fundamentándolo ampliamente, y señalando la urgencia en legislar un Seguro de Enfermedad general, y en acometer rápida y urgentemente la reestructuración y equipamiento de la red hospitalaria nacional.

Señala la grave situación en que se encuentra la atención del enfermo mental, y la necesidad de dotar casi tantas camas para éstos como para los agudos. Informa que las instituciones que atienden salud (en su conjunto) no están en condiciones de resolver la atención del paciente psiquiátrico. Deben plantearse por parte del Estado, instancias sucesivas para resolver este angustioso problema, y se sugieren algunas medidas a adoptar.

Dedica un párrafo especial a la asistencia integral del anciano, a los pacientes con afecciones crónicas, y a los servicios de recuperación y rehabilitación, de enorme importancia para el país, teniendo en cuenta la distribución etaria de su población.

Otros capítulos enfocan el grave problema odontológico nacional, destacando que sólo el 14% de la población liceal de Montevideo tiene boca sana, según estadística del propio Ministerio de Salud Pública; insiste en el problema de la tuberculosis en el Uruguay, indicando la adopción de algunas normas que podrían llevar a erradicar la enfermedad, dejando instalaciones y recursos disponibles para la atención de otras.

Refiere luego a la hidatidosis como plaga nacional, y la adopción de disposiciones tendientes a reforzar la acción de la Ley que la declara plaga nacional, que permitan en algunos años realizar un cambio radical en esta situación omitida de soluciones eficaces por tanto tiempo. Enfatiza la necesidad de mantener y acrecentar la vigilancia e incentivación de la medicina preventiva, destacando que aunque el Ministerio de Salud Pública dispone de los recursos técnicos para cumplir una obra realmente eficaz, en los últimos años se ha notado descuido, insensibilidad a estas funciones, y rutina, que nos han despeñado en agravación y aparición de enfermedades ya dominadas o erradicadas de nuestro medio (venéreas, rabia, lucha contra insectos y roedores, etc.).

Reseña la importancia de legislar sobre la transfusión de sangre en nuestro país, y en adoptar medidas de control en la manipulación, elaboración y certificación de los medicamentos, que lleven a la población consumidora la seguridad que actualmente es tan relativa. EN SUMA: Las instituciones participantes en la entrevista, en sus calidades de representantes de la disciplina técnica universitaria, y el cuerpo médico nacional, al exponer los problemas y carencias en materia de salud, ofrecen su contribución para el mejoramiento de las condiciones sanitarias del país, en el estudio y aplicación de las soluciones adecuadas y justas que él reclama.

DIVISION CIENTIFICA

Se resolvió hacer cuatro Mesas Redondas y un Congreso con los siguientes temas y fechas: "Las anemias en pediatría" (14-IV-67), coordinador Dr. Portillo; "Coagulación y fibrinólisis" (23-VI-67), coordinador Dr. Ghigino, moderador Dr. Oheninger; tema de cirugía a determinar (18-VIII-67), coordinador Dr. Rubio; "Alcoholismo" (20-X-67), coordinador Dr. Ripa; tema sobre medicina rural (7, 8 y 9 de diciembre), coordinador Dr. Pareja Piñeyro.

Destacamos que para este año, en la programación se tuvo en cuenta las dificultades de hacer las reuniones sábados y domingos. En esta oportunidad se harán los viernes en un horario a determinarse.

PRIMERA REUNION MUNDIAL SOBRE DERECHO MEDICO

Se nos ha comunicado la celebración de la Primera Reunión Mundial sobre Derecho Médico (agosto 21-24 de 1967) en la Universidad de Gent, Bélgica. Cinco secciones separadas tratarán: 1) La medicina en la sociedad moderna; 2) El médico en la sociedad moderna; 3) La evidencia médica; 4) Los nuevos problemas de "jueves vitas"; y 5) El derecho médico internacional. Habrá interpretación simultánea a varios idiomas. Para mayor información rogamos dirigirse al Secretariado General, Apothekstr. 5, Gent, Bélgica.

febrero de 1967
año X - N.º 52

ANESTESISTAS EN CONFLICTO

Sordo, insensible e indiferente, son los términos ajustados para definir al Ministerio de Salud Pública ante el problema planteado en la asistencia anestesiológica. En los hospitales de Salud Pública se vive una grave situación en lo que respecta a la asistencia anestesiológica: sólo se administra anestesia a aquellos pacientes catalogados como "urgencias". La razón estriba en la carencia del más elemental instrumental que garantice la seguridad del paciente. Esta situación se mantiene desde el 27 de octubre próximo pasado.

CARENCIA DE INSTRUMENTAL

Administrar una anestesia, sobre todo general, supone una forma de agresión que el técnico trata de amenguar al máximo, válido de sus conocimientos y del instrumental a su disposición. Gran parte de los tratamientos médicos y quirúrgicos son puestos en manos del anestesiólogo, dependiendo de su pericia y del uso del instrumental adecuado poner al paciente a cubierto de riesgos de vida o secuelas graves. Pero cuando falta el material adecuado, aun en el nivel más ELEMENTAL E IMPRESCINDIBLE, no es posible actuar con la máxima corrección por más buena voluntad que se tenga. Tal situación violenta la conciencia del técnico actuante que sabe que un incorrecto proceder de su parte, por no disponer de los materiales e instrumental adecuados, puede provocar la muerte de un enfermo. Extremo éste que puede ser, a veces, el curso natural de una enfermedad de no mediar la correcta intervención del técnico anestesista. Debe el anestesista resignarse a que ocurran accidentes anestésicos como los previstos en la estadística, pero no puede hacerse cómplice silenciando una casuística de morbilidad que reconoce en su origen a personas responsables y a todo un Ministerio cuya misión es velar por la salud de la población. El anestesista sabe que por más buena voluntad que tenga no puede darle al enfermo las debidas garantías si carece de lo elemental para actuar. Tal se refiere al MANTENIMIENTO DE LA VIA DE AIRE, MANEJO Y MANTENIMIENTO DE UNA CORRECTA VENTILACION y disponer de JERINGAS, VAPORIZADORES, MANOMETROS, ASPIRADORES, etc. No se piden ventiladores mecánicos para cada sala de operaciones, como ocurre en países más desarrollados. Simplemente se exigen instrumentos elementales, de bajo costo, en condiciones que no generen de por sí patología en el enfermo.

CONDICIONES DE TRABAJO

En un hospital como el Pereira Rossell con 22 salas de operaciones, no se puede prestar correcta asistencia anestesiológica con sólo 9 anestesistas, con el agregado de cubrir una guardia de 20 horas diarias donde se superponen urgencias pediátricas, obstétricas, ginecológicas, etc. Agréguese a ello el agravante de que todos esos servicios están distribuidos geográficamente en un extenso predio. Cabe señalar que de esos 9 anestesistas hay 6 contratados, todos los cuales cobran exiguas remuneraciones y en forma irregular.

El déficit de personal se hace claramente comprensible con sólo citar que en los hospitales del Ministerio de Salud Pública en Montevideo, existen solamente 6 médicos anestesistas titulares. Los restantes cargos de la especialidad están ocupados como sigue: por idóneos no médicos, por médicos no anestesistas que se hallan en comisión dispersos en diversos servicios ajenos a la especialidad, por médicos anestesistas ocupando cargos de idóneos en la especialidad. Como se ve, hay gran número de médicos ajenos a la especialidad revistando en el presupuesto del Ministerio como anestesistas.

La consecuencia de todo lo anterior es que, agregado a la carencia de recursos materiales, existe una falta importante de material humano. Es necesario que el Ministerio ofrezca cargos de anestesiólogos que sean ocupados por aquellos técnicos que poseen y practican la especialidad, destinándolos a desempeñarse en los sitios de trabajo que los reclaman.

ANTECEDENTES.

DESDE PRINCIPIOS DEL AÑO PASADO la Sociedad de Anestesiología vivió su preocupación en realizar todas las gestiones correspondientes frente al Ministerio de Salud Pública para buscar un camino de solución a estos graves problemas. Pero pese a notas cursadas y a entrevistas realizadas, los resultados fueron totalmente negativos. También fracasaron las notas explicativas y solicitudes de material cursadas por Encargados de Servicio y Anestesistas del Ministerio de Salud Pública a las autoridades correspondientes.

Ante el progresivo agravamiento de la situación y ante la imposibilidad de aceptar la responsabilidad de tan grave situación, los anestesistas del Ministerio de Salud Pública se declararon en resistencia; se negaron y se niegan a poner en riesgo la vida de los pacientes que se les confían.

SITUACION ACTUAL Y DE FUTURO

El Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay se solidarizó con el movimiento e interpuso sus buenos oficios ante el Ministerio. Además ha actuado como elemento moderador, evitando la agravación del conflicto como sería la renuncia masiva de los anestesistas de Salud Pública ante la inercia ministerial.

El futuro Ministro de Salud Pública, Prof. Dr. Ricardo Yannicelli, concurrió a la Asamblea de la Sociedad de Anestesiología el 18 de enero. En ella consideró legítimos los postulados del movimiento, viendo totalmente viable su solución. Solicitó que los anestesistas siguieran atenuando el conflicto en lo que las posibilidades de materiales lo permitieran y prometió ocuparse con absoluta prioridad del problema cuando asuma sus funciones. Pero esto habrá de ocurrir recién a partir del 1º de marzo próximo. **MIENTRAS TANTO, LA GRAVE SITUACION SE MANTIENE Y AMENAZA CON TORNARSE DRAMATICA, YA QUE LAS POSIBILIDADES HUMANAS DE LOS ANESTESISTAS SE VAN AGOTANDO EN LA MEDIDA QUE UNOS MATERIALES VAN FALTANDO Y OTROS SE DEPRENAN.**

Si hasta hace bien poco la asistencia anestesiológica se mantuvo dentro de un nivel aceptable, se debió al aporte personal hecho por los anestesistas de instrumental y agentes anestésicos. Tal la razón por la cual esta situación no ha estallado antes.

No hubo pues, apresuramientos, ni faltas de apreciación de las medidas a que el Ministerio obligaba a adoptar en salvaguardia de la vida de los pacientes. Lo que hubo fue desidia y negligencia de parte del Ministerio en el abastecimiento normal y regular de materiales e instrumental para que la asistencia anestesiológica se hiciera correcta y continuada en los servicios a su cargo.

ALGO MAS

Sabemos que algunos médicos y cirujanos, en forma personal, se han sentido molestos con sus anestesistas por estos hechos. Lo que es muy comprensible.

Los anestesistas no pueden comprender cómo no los ha alcanzado esa misma molestia al tener que trabajar con material deteriorado, usando papel de estraza en vez de lienzo para los campos operatorios (caso del Hospital Maciel), saltar por encima de catres que obstruyen pasillos y usar tijeras que mascan y no cortan, etc. A su entender, debieran hacer de su malestar una fuerza de protesta que, sumada a la de los anestesistas, ponga término a esta grave situación mañana mismo, si fuera posible.

ULTIMO MOMENTO

La Asamblea de Anestesistas del Ministerio de Salud Pública, en su última sesión del jueves pasado, resolvió:

En atención a las promesas de solución formuladas por el futuro Ministro de Salud Pública, Prof. Dr. Ricardo Yannicelli, al pedido realizado por la Mesa del Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay, y al propio pedido de la Sociedad de Anestesiología del Uruguay, se realizará la cirugía oncológica, cuando la misma requiera urgencia, contando para su realización con instrumental del Ministerio de Salud Pública, de fuera de él, e incluso utilizando los servicios de anestesistas no pertenecientes a los cuadros del Ministerio para que concurren llevando su propio instrumental, con el previo acuerdo de los anestesistas del establecimiento en cuestión, cuando las circunstancias así lo aconsejen.

Por otra parte, el Dr. Yannicelli solicitó a la Sociedad de Anestesiología, estudie la posibilidad de realizar cirugía de coordinación, contando para ello con anestesistas de fuera del Ministerio de Salud Pública, lo cual será estudiado por la Asamblea que se reunirá a pocas horas de escribir estas líneas, a la que el citado colega ha prometido asistir.

INFORMACION DEL COMITE EJECUTIVO

MESA, COMISIONES PERMANENTES Y ORGANISMOS ADSCRIPTOS

Asuntos gremiales.

SOLICITUD DE LICENCIA.— El Dr. Enrique Barmaimón solicita licencia por "viaje de perfeccionamiento al exterior (Lima, Perú)" a partir del 3 de enero de 1967 hasta el 3 de enero 1968.

ENTREVISTA AL PROPUESTO MINISTRO DE SALUD PUBLICA DEL GOBIERNO ELECTO, DR. RICARDO B. YANNICELLI.— En conocimiento de que la Comisión Organizadora de las Jornadas Médico-Gremiales planea entrevistar al Dr. Ricardo B. Yannicelli, en su calidad de futuro Ministro de Salud Pública, la Mesa considera que corresponde entrevistarlo para hacerle conocer los puntos de vista del Sindicato Médico del Uruguay sobre la realidad sanitaria nacional, y saludarle por el cargo que ocupará. (Aunque en principio se resuelve realizar la reunión a la brevedad, consideraciones posteriores, fuera de la Sesión formal de la Mesa, hacen que la misma sea postergada.)

ENTREVISTA CON EL MINISTRO DE SALUD PUBLICA POR LA SITUACION DE LA ANESTESIOLOGIA EN EL MINISTERIO.— El día martes 10, a la hora 16.45, tuvo lugar esta entrevista conjunta, de las autoridades del Sindicato Médico del Uruguay y de las de la Sociedad de Anestesiología del Uruguay. Asistieron el Ministro, Subsecretario y Director de la Sección Compras y Licitaciones del Ministerio de Salud Pública, brindándose amplia información sobre las gestiones realizadas, la posibilidad de acceder a la distribución de algunos materiales existentes en la Proveduría del Ministerio y en la Aduana. Las autoridades del Ministerio manifiestan su intención de cooperar en la solución del problema, auspiciando el contacto oficioso de la Sociedad de Anestesiología con el Jefe del Departamento de Anestesiología y Director de Licitaciones del Ministerio, para solucionar aspectos prácticos del asunto.

SUPLENTE DEL CONSEJERO DR. CEIBAL ARTIGAS, EN EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE MEDICINA. PERIODO DE INSCRIPCIONES Y ELECCION.— La Facultad de Medicina hace saber que las elecciones serán el 24 de febrero, de 9 a 12 horas y de 16 a 19. Los Dres. Enrique J. Vilaboa e Isaac Hojman son los candidatos.

COMISION DELEGADA DE LA ASAMBLEA GENERAL DE MEDICOS. APERTURA DE CUENTA BANCARIA PARA EL FONDO DE SOLIDARIDAD GREMIAL MEDICA; COMUNICACION A LAS DELEGACIONES TECNICAS; REPRESENTANTE DEL S.M.U. EN LA COMISION DE CONTRALOR.— El Dr. C. Nin Avelleyra concurre a recabar nombramiento de Delegado y gestiones del Tesorero del Sindicato Médico del Uruguay para esos asuntos. Se RESUELVE que el Sr. Tesorero se ponga en contacto con los demás Miembros para gestionar la apertura de la cuenta bancaria y proceder a comunicarlo de inmediato a las delegaciones técnicas para que realicen los pagos necesarios. Se designa Delegado del Sindicato Médico del Uruguay a la Comisión de Contralor del cumplimiento del Laudo del Grupo 50 y el nuevo Convenio Colectivo, al Dr. Frederick Giuria.

CONVENIO COLECTIVO DEL GRUPO 50.— Con la reciente firma del Convenio de parte de España Mutualista, la normalización total de las diferencias queda ahora circunscripta en torno a Casa de Galicia. En esta institución, la Delegación Técnica ha asumido frente al gremio médico la vigilancia del Convenio mientras la Asamblea Representativa de la Institución no decida en definitiva al respecto. Mientras tanto, la Comisión Delegada de la Asamblea General de Médicos, se mantiene atenta para actuar en cualquier momento respecto a novedades que pudieran surgir en la emergencia.

Asuntos económico-administrativos.

DESPACHO DE ORDENES DE LA AFILIACION COLECTIVA, EN EL S.M.U. SUPRESION DE LA ATENCION LOS DIAS SABADOS.— En atención al escaso movimiento del despacho de órdenes, a las situaciones de obligación de pago de horas extraordinarias que puede plantear, en virtud de las disposiciones laborales establecidas por el Laudo del Grupo 50, y otras razones de carácter funcional, la Mesa RESUELVE: Suprimir el despacho de órdenes en las dependencias del Sindicato Médico del Uruguay a partir del 1º de febrero de 1967 (sábado 4 de febrero).

EXPEDICION DE ORDENES EN EL S.M.U. OBLIGATORIEDAD DE PRESENTAR CARNET Y RECIBO CORRESPONDIENTE.— En consideración a las razones expuestas por la Administración General, de no cumplimiento de las disposiciones establecidas por el C.A.S.M.U. en cuanto al despacho de órdenes sin presentación del recibo y carnet correspondientes, y a los perjuicios que pueden traer económicamente a la Institución, la Mesa RESUELVE: Establecer que debe dársele cumplimiento estricto a aquellas resoluciones y disposiciones administrativas del C.A.S.M.U. que requieren los elementos mencionados como indispensables para la expedición de cada orden, en las oficinas del Sindicato Médico del Uruguay.

PATENTES DE RODADOS. TRAMITE EXCLUSIVO PARA SOCIOS CON AUTOMOVILES A SU NOMBRE.— La Mesa dispone que este trámite, a cargo de la Contaduría y Tesorería del Sindicato Médico del Uruguay, sea realizado exclusivamente para los socios del Sindicato Médico que presenten las libretas a su nombre, quedando excluida la realización en cualquier otro caso.



sindicato médico del uruguay
montevideo - uruguay