

# NOTICIAS

SINDICATO MEDICO del URUGUAY  
Filial de la Confederación Médica  
Panamericana y Miembro de  
la Asociación Médica Mundial  
Dirección Cableg.: 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 Nº 169  
Impresos de interés general  
Decreto P. E. de enero 1961  
Franqueo a pagar — Cuenta Nº 169

## UN PASO HACIA EL FUTURO

El éxito superó los cálculos más optimistas.

Tal la opinión corriente y manifestada con indisimulado entusiasmo por los participantes en la organización de las Jornadas Médico Sociales Nacionales.

Quien haya concurrido a la Facultad de Medicina durante los días 16 al 19 de junio, pudo apreciar la nutrida concurrencia interesada en las deliberaciones desarrolladas por las Jornadas. Delegaciones médicas de todo el país se hicieron presentes para aportar cada una sus particulares puntos de vista que, finalmente, se vieron reflejados en las conclusiones y recomendaciones arribadas.

La organización y métodos de trabajo aplicados en este evento, permitió el máximo de participación de elementos interesados por el futuro de la medicina nacional y el porvenir sanitario de la población. En tal sentido bastaba estar inscripto en los registros llevados al efecto para adquirir el derecho de integrar equipos de trabajo e intervenir en las deliberaciones, aportando cada inscripto sus personales puntos de vista respecto del tema tratado. Este método contribuyó a caracterizar a la Jornadas como un ámbito abierto y permeable al máximo de opiniones posibles emanadas del cuerpo médico nacional.

Tal potencial de opinión expresado concretamente en las conclusiones, asumió un alto grado de representatividad merced al mecanismo de trabajo empleado y a la amplia publicidad dada a las Jornadas durante un mes por la prensa, radio y televisión, previo a su inauguración. Esta difusión publicitaria, perfectamente documentada, tuvo por objeto informar exhaustivamente al cuerpo médico nacional y a la población, respecto a la realización del evento y las repercusiones de futuro que implicaba para ambos sectores. Se cumplió, con representatividad médica y poner a la población en antecedentes respecto de una iniciativa que involucraba las etapas previas de una transformación conducente a la reforma de las estructuras sanitarias de la que es usuaria.

Ambos objetivos fueron logrados. La representatividad del cuerpo médico nacional quedó patentizada durante el desarrollo de las Jornadas a través del alto índice de concurrencia médica, al que debe agregarse la presencia de un alto porcentaje de representación de profesiones vinculadas a la salud.

En cuanto a la población, la publicidad previa y durante el desarrollo de las Jornadas provocó la debida inquietud en aquellos sectores organizados de la sociedad, estimulándolos al debate de los problemas sanitarios, particularmente Seguros de Salud, por los que se vienen movilizandolos los gremios obreros, anunciándose la realización de una asamblea para tratar dichos problemas.

Pero, hay más. La trascendencia implícita en el temario que se desarrolló durante las Jornadas, logró movilizar a los medios de información espontáneamente. Muchos de sus representantes acudieron con el propósito de realizar notas y reportajes que son del conocimiento general.

Sin embargo, el buen éxito alcanzado por este evento médico-social en cuanto a realización en sí, constituye apenas la primera etapa de propósitos e inquietudes más ambiciosos, vastos y generosos.

En efecto, la decisión de mantener un Comité Permanente demuestra una vocación social militante manifestada con aguda lucidez por los participante en las Jornadas. Y de ello se congratula nuestro Sindicato Médico.

Pues ese órgano emanado de un cuerpo deliberativo, convocado con propósitos claros, fines específicos y de amplia representatividad del sector salud, configura la aceptación de un solemne compromiso del sector que asume una doble y trascendente proyección. Así, en el plano estrictamente profesional, supone la toma de una iniciativa tendiente a esclarecer en el cuerpo médico nacional aquellas respuestas que debe dar acordes con las demandas sanitarias del país y prepararlo para el tránsito hacia nuevas formas de prestación de asistencia médica colectiva, condicionadas por una estructura sanitaria diferente de la actual.

Queda, sin embargo, por cumplirse una formalidad básica para investir con la fuerza de un mandato a las conclusiones emanadas de las Jornadas. Esto es, someter a las respectivas Asambleas de las instituciones organizadoras las resoluciones aludidas. Concluida esta etapa, quedará a cargo de dicho Comité Permanente, o de otro órgano similar, representar la opinión del sector salud y desarrollar todas las actividades militantes inherentes a los propósitos fijados.

En cuanto al sector población, preocupa al Comité Permanente llegar a él por todos los medios informativos posibles, con el propósito de ilustrar respecto de las opiniones del sector salud en materia de política y doctrina sanitaria y ofrecer a la opinión pública todos los elementos necesarios para que ésta, a su vez, formule sus propias aspiraciones a través de sus voceros y de los sectores organizados de la población.

Frente a estos acontecimientos por venir, nuestro Sindicato Médico debe estar preparado en toda la extensión de sus recursos humanos y materiales. A él habrá de corresponderle participar en las acciones de mayor envergadura por tratarse de la gremial médica de mayor peso en el país. El gremio entero se halla, en este momento, en la línea de partida para iniciar el tránsito de una etapa trascendental para su futuro. Postulados fijados hace varias décadas, están a punto de empezar a concretarse en realidades palpables. Las generosas ideas por las que varias generaciones de colegas lucharon, comienzan a florecer en figuras concretas. De todos y cada uno de nosotros depende recoger una hermosa cosecha o ver como la devora el tiempo y los pequeños intereses.

## COMISION ASESORA POLITICA SALARIAL

En su sesión del 27 de julio de 1967, el Comité Ejecutivo dio cuenta del informe presentado por el Dr. Américo Piá Rodríguez en relación a una consulta efectuada por la gremial, respecto del Decreto del Poder Ejecutivo del 16 de junio de 1967, por cuyo artículo 10 se instituye una Comisión Asesora con el cometido de reorganizar la política salarial.

Por considerar este informe de interés general y en particular en lo que afecta a los trabajadores de la salud, el Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay ha dispuesto dar a dicho informe la más amplia difusión por todos los medios a su alcance. Dice el informe (lo destacado en mayúsculas es de Redacción):

"La norma correspondiente dispone lo siguiente: «establécese que, sin perjuicio de otros topes que fijen los laudos o los convenios, no procede la aplicación de índices de revaluación por costo de la vida de tarifa de salarios, cuando en un horario normal en régimen de acumulación de cargos, se excedan los sueldos de los ministros, secretarios de estado. Los aumentos genéricos de tarifas de salarios mínimos por sobre ese nivel, podrán fijarse, si corresponde, en función de las circunstancias de cada caso y serán especialmente considerados e informados antes de su aprobación a la Comisión Asesora que se instituye por este decreto».

"«Esta disposición no afecta los sobresueldos, comisiones o premios estímulo que se pacten a nivel individual o en función del acrecimiento de la productividad».

**"ENTENDEMOS QUE LA DISPOSICION QUE ACABAMOS DE TRANSCRIBIR NO ES LEGAL. ESTABLECE EL RETARCO DE AUMENTOS DE SALARIOS FIJADOS POR LAUDOS O POR CONVENIOS COLECTIVOS, UTILIZANDO UN PROCEDIMIENTO QUE NUESTRO REGIMEN JURIDICO NO RECONOCE COMO EFICAZ PARA ESTABLECER TAL LIMITACION.**

"Una de las tarifas que se limitan, puede estar fijada por laudos fijados por Consejos de Salarios.

"Ahora bien, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 10.449 del 12 de noviembre de 1943, la posibilidad de la intervención del Poder Ejecutivo en la determinación de los salarios está rigurosamente limitada a tres casos: a) resolver el recurso de apelación contra un laudo no aprobado por unanimidad (artículo 19); b) observar un salario por demasiado bajo y si el Consejo observado no lo rectificara unánimemente, establecer el salario (artículo 15); c) homologar, o sea, extender las tarifas de salarios, declarando obligatorio para una industria o rama de la industria o del comercio en toda la República o parte de ésta (artículo 30).

"Fuera de estas tres oportunidades, el Poder Ejecutivo no puede intervenir y mucho menos hacerlo genéricamente para todos los laudos presentes, pasados o futuros.

**"CON RESPECTO A LOS CONVENIOS COLECTIVOS, LA INTERVENCIÓN DEL PODER EJECUTIVO ES TODAVIA MAS LIMITADA, YA QUE ES DE ESENCIA DE ESTOS ACUERDOS LA INTERVENCIÓN DE LAS PARTES, SIENDO TOTALMENTE ADJETIVA LA PARTICIPACION DEL PODER EJECUTIVO.**

"Por lo demás, la Ley 9.675 del 4 de agosto de 1937 comete al Instituto Nacional del Trabajo y al Instituto de Jubilaciones y Pensiones del Uruguay (actualmente Banco de Previsión Social), la vigilancia, en lo que les sea pertinente, del cumplimiento de los Convenios celebrados entre patronos y obreros, estableciéndose además, multas a los infractores de los referidos Convenios, para asegurar el efectivo cumplimiento de los mismos. De modo, pues, que no puede el Poder Ejecutivo atribuirse la facultad de alterar el contenido de los Convenios Colectivos. Como es sabido, el Poder Ejecutivo tiene las facultades fijadas a texto expreso por el Constituyente o por el Legislador, sin que, por su propia decisión, pueda ensanchar el alcance de sus posibilidades.

"Entendemos que una norma de esta naturaleza puede tener valor, incorporada a una Ley. Pienso, incluso, que **EL TEXTO DE ESTE PROYECTO HAYA SIDO PREPARADO INICIALMENTE CON EL PROPOSITO DE INCORPORARLO A UNA LEY. PERO ES EVIDENTE QUE COLOCADA EN EL NIVEL DE UN DECRETO, CARECE DE LA POSIBILIDAD DE SER ADMITIDO.**

"Si alguna institución, empresa u oficina pretendiera aplicarlo, le cabe al particular afectado todos los procedimientos legales para ejercer sus derechos, sin que estas normas reglamentarias pudieran considerarse derogatorias de las mismas."

## ANULACION DE LLAMADO A ASPIRANTES

Se pone en conocimiento de todos los interesados y particularmente de los profesionales universitarios que se han inscripto como aspirantes a los cargos de CONTADOR del SINDICATO MEDICO DEL URUGUAY y ABOGADO JEFE del SINDICATO MEDICO DEL URUGUAY, que los llamados de referencia han sido dejados sin efecto por resolución del Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay de fecha 29 de junio de 1967.

Dicha resolución se debe a que se había incurrido en involuntarios defectos de procedimiento.

julio de 1967  
año XI - N.º 56

# INFORMACION DEL SINDICATO MEDICO

## COMITE EJECUTIVO

### ASUNTOS ECONOMICOS-ADMINISTRATIVOS

**SOLICITUDES DE AFILIACION GREMIAL.** En condiciones reglamentarias fueron recibidas las solicitudes de los doctores José L. Silva Ubiria, Esteban Blazic, Semiramis Zeballos, Hugo W. Di Yorio, Eladio Carreño, Luis María Debone, Ana María Mugica, Francisco Moisés Bianchi y de los bachilleres Alda Zuasnábar, Roberto Mazzara, Raquel Giusto, Manolita Fernández, Jaime Benaderet, Graciela Sabini, Matilde Falavella, Ivonne Gaudín, Miryam R. Morales, Emilia Scavone, José A. Toma González, Jaime Chmiel, Jorge Di Landro, Néstor A. Macedo, Conrado U. Bonilla, Marcos Szeinfeld, Beno F. Rucanski, María V. Dos Santos, Isabel Giordano, Juan J. Rossi, Mariano Kuaik, Eduardo Pérez Abella, Arturo Dini, María A. Triaca, María E. Pebe, Carmelo Ferrari, Roberto Méndez, Nelson Garín, Jorge Quián Rivero, Raúl Medina, Walter A. Sosa, José A. Espasandín, Martha Cárdenas, Pedro J. Giorgi, María G. Gómez, Daniel Banina, Eliana Aguerre, Fernando Rama, Ana María Venturini, Isaac Ivanier, Juan M. Bonilla, José Galarraga, Victor Grille, Eduardo Grosso, Alberto Estefan, Enrique Vega Santos, Ana M. Paseyro, Alba Latonica, Carlos Queiroz, Smart Guedes, Olga Martínez, Isidoro Prudente, María C. Belzarena, Humberto Suárez, Aquiles Rigo, Juan P. Larroque, Alejandro Porzecanski, Margarita Serra, María Mercedes Huertas, Raúl Pereda, William Paolillo, Andrés C. Cayafa, Paul Despaigne, Ramón Gasqui, Antonio Carrasco, Robinsón Basanta, Gloria Boezio, Francisco Michelin, Antonio Ferrari, Josette Baddouh, Leonardo Salvarrey, Carlos Saich, Luis Comas, Angel Stasi, Julio César Salvo.

**AUDIENCIAS.** La Mesa resuelve con carácter general, que serán concedidas todas las audiencias que se soliciten, debiendo formularse las mismas con la debida anticipación, a fin de concertar el día y hora que se realizarán. En todos los casos se solicitará a quienes deseen entrevistarse con la Mesa, un memorándum de los puntos a considerar y se establecerá el tiempo de duración de la entrevista. Esta resolución tiene por objeto evitar demora y pérdida de tiempo y llegar al estudio real de los planteamientos, lo que permitirá una agilitación del trabajo del mismo.

**REUNION DE LA MESA CON LOS ORGANISMOS ADSCRITOS.** El Sr. Presidente considera que es de verdadero interés, a los efectos de mantener una vinculación más directa con los Organismos Adscritos y discutir con ellos los problemas de cada uno, lo que facilita un mayor entendimiento y el aporte de soluciones para los problemas. Res.: Se resuelve fijar el cuarto lunes de cada mes para recibir a los miembros de todos los organismos adscritos, por lo cual se les hará llegar la comunicación pertinente.

**ASUNTOS ENTRADOS.** A propuesta del Sr. Presidente se resuelve que los días jueves se cierre la entrada de asuntos y el día viernes en reunión del Sr. Presidente con el Administrador, se realizará el estudio de los asuntos que merecen una mayor urgencia en su consideración por parte de la Mesa.

**LICENCIAS.** El Dr. Arturo Achard Abaracon solicita licencia gremial por el período de tres meses, en razón de un viaje al exterior. Res.: Se concede la licencia gremial solicitada. Comunicar a Tesorería.

La Br. Elsa Singer solicita dos años de licencia gremial para trasladarse a Israel. Res.: Se concede la licencia solicitada. Comunicar a Tesorería.

El Br. Marcos Szeinfeld solicita licencia gremial por el período comprendido entre junio de 1967 a marzo de 1968, a efectos de realizar un viaje contratado a Israel. Res.: Se concede la licencia gremial solicitada.

**EL MINISTERIO DE CULTURA** ha designado una Comisión de Homenaje a la memoria del Prof. Julio C. García Otero, la cual se dirige al Sindicato Médico del Uruguay y pone en conocimiento sus propósitos, que piensa levantar un monumento próximo al Hospital de Clínicas; publicar un libro con sus trabajos más destacados y con juicios de personas que conocen aspectos distintos de su polifacética personalidad y es posible que se cree una "Beca Premio García Otero" a reglamentar por la Facultad de Medicina. Por todo lo expuesto, solicitan la colaboración económica del Sindicato Médico del Uruguay para posibilitar la realización de este proyecto. Res.: Se resuelve pasar este asunto a informe de Tesorería para, en una próxima sesión, poder determinar la participación del Sindicato Médico.

### ASUNTOS GREMIALES

**EL SINDICATO MEDICO DE FLORIDA** solicita información con respecto al Instituto Quirúrgico Sudamericano S. R. L., que envió un agente a dicha capital departamental a los efectos de realizar afiliaciones para la prestación de asistencia quirúrgica en el Sanatorio Americano. Pase a la Comisión Definición Gremial de Empresa.

### DIVISION CIENTIFICA

La División Científica del Sindicato Médico del Uruguay ha cumplido con la segunda Mesa Redonda del ciclo que había programado para el año 1967. Tenemos primero el tema "Anemias en pediatría", en el que intervinieron un grupo de destacados hematólogos nacionales. Actuó como Coordinador de la misma, el Prof. Adj. Dr. José Ma. Portillo y como Moderador el Prof. Adj. Dr. Arturo Achard. El Panel se integró en esa oportunidad por los Dres. N. Temesio, C. Escande, J. Lorenzo, A. Olivenstein de Ríos, W. Giguens, A. Pérez Scremini y O. Garófalo.

La segunda Mesa Redonda, realizada el 23 de junio de 1967, fue sobre "Coagulación y fibrinólisis", tema de gran importancia; desarrollándose de la siguiente forma: una primera parte de exposición a cargo de la Clínica Médica del Prof. Dr. Carlos Reussi, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires, actuando como Moderador el Prof. Dr. C. Reussi y como expositores los Dres. R. Altman, en la parte de coagulación, métodos de estudio, anticoagulación; J. Rouvier, en fibrinólisis y anti-fibrinólisis y T. Barsotti en la parte de coagulación y fibrinólisis en el embarazo. También el Dr. Reussi tuvo a su cargo la introducción y las consideraciones finales. La segunda parte de la misma fue de discusión, en la cual actuó como Coordinador el Dr. C. W. Ghigino y Moderador el Prof. Adj. Dr. C. Oheninger, e invitados especiales entre los que se destacaron los Dres. J. Restucia Vera, N. Tavella, E. Deambrosi, A. Morelli y Profesor Em. Dr. D. Benatti.

Como ya hemos anunciado, se está organizando la tercera Mesa Redonda sobre el tema "Accidentes vasculares agudos en los miembros". El Panel estará integrado por el Dr. Roberto Rubio como Coordinador y Prof. Adj. Dr. Carlos Oheninger como Moderador, e intervinieron como expositores los Dres. E. Curuchet en la parte de diagnóstico radiológico; J. C. Abó, en incidencias, clínica, diagnóstico y tratamiento de la embolia; Dr. C. Ormaechea, en incidencia, clínica, diagnóstico y tratamiento de las trombosis agudas y el Dr. A. Morelli, en la parte de tratamiento médico. La misma se realizará en el próximo mes de agosto, en fecha que difundiremos ampliamente. De todas las Mesas Redondas se harán publicaciones que estarán a la venta en oportunidad.

### CENTRO DE ASISTENCIA

**ESTADO ECONOMICO DE LA INSTITUCION.** Funciona activamente una Comisión Especial presidida por el Dr. J. Mañana, con el cometido de asesorar a las autoridades sobre diversas medidas de economía a aplicar en la Institución. A su solicitud se resolvió: —Crear Comisiones Asesoras de cada Asistente de Dirección de Sanatorio, integradas con especialistas de las disciplinas que actúan en el Sanatorio respectivo. —Continuar las gestiones tendientes a la centralización del Laboratorio Clínico para los pacientes internados. —No entregar medicamentos por Botiquín sin que las recetas estén en condiciones y contengan número de orden o de boleta de urgencia. —Realización de Asambleas parciales de Médicos de Zona, para debatir aspectos vitales de la Institución. **NUEVOS LOCALES.** Con el estudio y asesoramiento de los técnicos de la Comisión de Bienes, se está planeando la remodelación de la Policlínica de la calle Sierra y la posibilidad de adquirir un predio para la Policlínica Radial de Colón. Se arrendó para el sector IBM el local del F. S. S., sito en Arenal Grande 1676.

**MEMORIA ANUAL.** Fue aprobada y ampliamente difundida la Memoria Anual que elaboró la Junta Directiva actuante en el Ejercicio 1966-67 bajo la presidencia del Dr. Armando Rey López. Debemos señalar que en ese período se incorporaron al C. A. S. M. U. 185 médicos y 124 practicantes, llegándose al fin del Ejercicio a totalizar 1.620 médicos y 612 practicantes.

**REGIMEN DE LICENCIAS DEL CUERPO TECNICO.** Ante la modificación del sistema de vigencia de las órdenes para asistencia de los abonados, se suprimió la obligatoriedad de que las licencias anuales comiencen el 1º de cada mes, pudiendo empezar en cualquier fecha.

**PEDIATRAS SUPLENTE DE SUPLENTE.** El Tribunal emitió su fallo por el que son designados los siguientes técnicos: Dres. Cecilia Ch. de Hershorn, Jaime Diamant, José Kierszbaum, Liber Pérez, Leonel González, Gloria E. de Pedemonte, David Rydel, Juan Berterreche, Zulma Guarisco y Norma V. de Guidi.

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA.** El Jefe del Departamento, doctor Federico Salveraglio, elevó un informe de su labor durante 1966. Se alcanzó, entre vacunas, sueros y tests cutáneos, la cantidad de 66.309 procedimientos, superando en más de 14.000 las cifras del año anterior.

Este aumento se debe, en gran parte, a una mayor educación sanitaria de la población, y especialmente aumentó en forma sensible el número de niños vacunados desde los 3 meses de edad.

**REGLAMENTACIONES.** Han sido ampliamente consideradas por la Junta Directiva las reglamentaciones de valoración de méritos en la Institución y de concursos para cargos técnicos. Las mismas se encuentran en su etapa final de aprobación, de acuerdo a la expectativa creada en un numeroso grupo de técnicos del C. A. S. M. U., estando a llamarse varios concursos.

**INTERCAMBIO DE SERVICIOS MEDICOS CON EL INTERIOR.** El Comité Ejecutivo aprobó la política propiciada por el C. A. S. M. U., de intercambio de servicios con los gremiales médicos del Interior, destinadas fundamentalmente a aportar los mejores recursos asistenciales a las colectividades obreras del país.

**MEDICOS DE URGENCIA.** Se designó un cuadro de Suplentes de Suplentes, con los siguientes médicos: Dres. Celso Silva, Evasio Quagliotto, Walter Laborde, Elvira Scalone, Servando Franco, Nelson Mazzuchi, Pablo Mateucci, Gerardo Schreiber, Raúl Rodríguez Sica y Vladimir Guicheff.

**DOCENCIA DE ENFERMERIA.** La Escuela de Sanidad del Ministerio de Salud Pública solicitó se autorizara la concurrencia de los alumnos de Auxiliares de Enfermería especializados en Block Quirúrgico, al Centro Quirúrgico del Sanatorio N° 2, como parte de su aprendizaje de las disciplinas auxiliares del acto operatorio. Se accedió a lo solicitado, que refleja el interés público y docente por el alto nivel técnico alcanzado por nuestra Institución.

### COMISION DE ASUNTOS DEL MUTUALISMO

**NUEVO CONSEJO DE SALARIOS PARA EL GRUPO 50.** Con motivo de la convocatoria de un nuevo Consejo de Salarios para el Grupo 50, dispuesto recientemente por el Poder Ejecutivo a solicitud de un grupo de trabajadores de la salud, el pasado jueves 13 el Sindicato Médico propició una reunión de delegados de los distintos sectores de trabajadores del gremio de la salud. Dicha reunión se realizó en el Palacio Sindical "Carlos M. Fosalba" y a ella concurrieron delegados de: Federación Uruguaya de la Salud (F. U. S.), Federación Uruguaya de Funcionarios de Entidades Médicas Mutualistas (F. U. F. E. M. M.), Colegio Médico, Unión de Médicos Mutuales y delegados y autoridades del Sindicato Médico del Uruguay.

Se realizó un intercambio de ideas sobre las posiciones a llevar por parte de los trabajadores a este Consejo de Salarios. En principio se estableció que deberán homologarse por intermedio del Laudo, las conquistas obtenidas por Convenios Colectivos que mejoraron las condiciones económicas establecidas por el Laudo del 27 de diciembre de 1965. Igualmente, contemplar algunos sectores de trabajadores no comprendidos en el Laudo anterior.

Finalmente, luego de reuniones posteriores, se reunirá el Comité Intergremial en el local del Sindicato Médico del Uruguay.

**SOLUCION DEL CARGO EN CONFLICTO EN LA MUTUALISTA ISRAELITA.** Luego de las gestiones cumplidas por la Comisión de Mutualismo ante las autoridades de esa Institución, pudo finalmente arribarse a una solución en el problema del cargo en conflicto de Pediatra Titular, reclamado por el Dr. David Rydel oportunamente. Una vez conocido el informe producido por la Comisión, en el que se analizaban exhaustivamente los detalles de este complejo problema, la Institución —con una hidalguía que destacamos— revisó su decisión para la provisión del cargo, nombrando al Dr. Rydel en mérito a los derechos que le asisten de acuerdo al Convenio Colectivo vigente.

Con respecto a la Dra. Aída Olivenstein de Ríos, la Institución, reconociendo sus méritos y derechos como suplente, decidió ofrecerle el cargo a crearse de Médico Pediatra Suplente.

Destacamos que en el marco del entendimiento mutuo, finalizaron felizmente las gestiones a que dio lugar este asunto, dejando un saldo por demás favorable para la mejor historia de las relaciones que deben mantener las instituciones mutuales y el gremio médico.

**SOLUCION DEL PROBLEMA CONCURSO DE OFTALMOLOGOS EN EL CIRCULO CATOLICO.** Sobre la base de un pronunciamiento de la Comisión de Asuntos del Mutualismo, hecho suyo por el Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay, se comunicó a los delegados técnicos del Círculo Católico de Obreros de Montevideo, que se aceptaba el criterio de un desempate del Concurso de Méritos realizado, por medio de dos pruebas clínicas de oposición entre los concursantes, juzgadas por un tribunal médico integrado por: el catedrático Prof. Dr. Washington Isola, el consultante de oftalmología de esa Institución, Dr. Jorge Ferrer, y el delegado técnico y oftalmólogo Dr. Antonio Dabezies.

Quedó resuelto así un difícil problema, de una manera ecuaníme y que contempló las legítimas aspiraciones de las partes.

**CARGO DE ELECTROCARDIOGRAFISTA EN CONFLICTO EN EL CIRCULO CATOLICO.** Este conflicto, suscitado a partir de una interpretación errónea del Laudo del Grupo 50 por parte del Consejo Directivo de esa Institución, llevó a que en los hechos se rebajara el salario del Titular, Dr. Pablo Scremini Algorta, al establecérselo un tope de trabajo inferior al que dicho colega tiene derecho. Luego del informe de la Asesoría Letrada del Sindicato Médico del Uruguay, nuestra gremial apoyó una propuesta que se hizo llegar a través de la Comisión de Mutualismo y que fue elevada al Consejo Directivo del Círculo Católico a través de los delegados técnicos de esa Institución. La misma será tratada en el correr de los próximos días, descontándose su aprobación desde que es la opinión del gremio y se ajusta a derecho en cuanto a las disposiciones del Laudo.

**CARGO DE ELECTROENCEFALOGRAFISTA EN CONFLICTO EN LA MUTUALISTA ITALIANA.** Esta situación originada a raíz de una suspensión del envío de trabajo al Dr. Alejandro Bianchi Saus, en ocasión de la movilización del gremio médico por la defensa del Convenio Colectivo próximo pasado, coincidió con un entredicho suscitado en torno a la aplicación de esas medidas de lucha entre el Dr. Bianchi y una jerarca administrativa. Fue aplicada inmediatamente la resolución de conflicto "automática" dispuesta por la Asamblea Médica Nacional y dio lugar a gestiones del Sindicato Médico del Uruguay ante la referida Institución, y de los médicos electroencefalografistas en solidaridad con el Dr. Bianchi.

Actualmente se espera la revinculación a sus tareas de electroencefalografista del doctor Bianchi, que seguramente dispondrá el Consejo Directivo de esa mutualista, luego de aclaradas suficientemente las posiciones de principio manejadas en este asunto.

A posteriori de la solución de esta situación de conflicto, se estudiará la iniciativa planteada por esa Institución Mutual, en sentido de efectuar la apertura de los cuadros técnicos en ese sector.

**CONFLICTO ENTRE TECNICOS LABORATORISTAS DE "CASTRO-GHERARDI" Y CIRCULO NAPOLITANO.** Este largo problema se inició en el mes de junio de 1966, a raíz del reclamo del pago del arancel fijado por A. U. L. A. C., planteado por parte de los técnicos laboratoristas de "Castro-Gherardi" al Círculo Napolitano. La Institución, que desde hacía muchos años pagaba una cifra global muy reducida por la realización de todos sus análisis clínicos, solicitó una rebaja del 25% al Laboratorio Castro-Gherardi. Los técnicos de dicho establecimiento, atento a que el reclamo del arancel era una resolución gremial a aplicarse estrictamente a todas las instituciones mutuales, no aceptaron. El Círculo Napolitano decidió entonces la cesantía de la vinculación laboral mantenida desde 1958, por razones económicas, y obviamente los técnicos de ese Laboratorio perdieron una importante fuente de trabajo. A. U. L. A. C. (Asociación Uruguaya de Laboratoristas de Análisis Clínicos) decretó medidas de lucha en defensa de sus afiliados, e inició contactos con el Sindicato Médico del Uruguay a efectos de lograr la solidaridad del gremio médico. El Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay

guay tomó posición solidaria con la lucha emprendida por A. U. L. A. C. el 7 de diciembre de 1966, luego de un detenido estudio de los elementos aportados por las partes a través de varias reuniones realizadas. El Círculo Napolitano, sin embargo, mantuvo su posición de desconocer los derechos que asisten a los técnicos: Sarandí Bidegáin, Ema González Urruty, Héctor Osorio, Julio Guani Balparda, Tomislav Kvasina y Alba Laurino, sustituyendo los servicios del Laboratorio Castro-Gherardi por los de otro, cuyos técnicos no son afiliados a A. U. L. A. C., además de reinstalar un pequeño laboratorio interno para la realización de los análisis clínicos de rutina. Estas decisiones de la Mutualista llevaron a una situación de endurecimiento extremo de las partes, que permitió la declaración del 2 de junio de 1967 de A. U. L. A. C., por la cual se bloqueaban los análisis clínicos a los técnicos del Círculo Napolitano en el ámbito mutual y privado. Ello dio lugar a una reclamación de la Asamblea de Técnicos del Círculo Napolitano, solicitando al Sindicato Médico del Uruguay intervención ante lo que se entendió era una privación del derecho al ejercicio de la profesión médica.

Ante el giro que tomaban los acontecimientos, el Comité Ejecutivo envió el problema al urgente estudio de la Comisión de Mutualismo. Esta de inmediato tomó contacto con los representantes de los grupos técnicos en pugna (A. U. L. A. C. y Asociación de Técnicos del Círculo Napolitano) y aclaradas las distintas situaciones expuestas, se obtuvo de A. U. L. A. C. que dejara sin efecto el bloqueo al trabajo médico y precisara objetivamente el motivo del conflicto, que era, evidentemente, contra la mutualista y no contra sus técnicos.

A partir de este punto, la Comisión de Mutualismo se abocó al reestudio total y definitivo del problema, a la luz de las puntualizaciones hechas por la Mutualista a través de su Director Técnico, Dr. H. Amoroso, y las aclaraciones solicitadas a A. U. L. A. C. y técnicos del Laboratorio Castro-Gherardi.

Una vez realizada esta tarea, el informe final será elevado al Comité Ejecutivo y posteriormente a las partes interesadas, convocándose luego una Asamblea de Técnicos de la referida Institución, a los efectos de considerar las conclusiones.

# CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LAS JORNADAS MEDICO SOCIALES NACIONALES

Este reciente evento científico constituyó la culminación, en su primera fase, de una vieja y creciente inquietud del cuerpo médico nacional por el futuro sanitario del país. Luego de cuatro días de intensa labor y de profundo estudio de los temas tratados, se llegó a la formulación de una serie de conclusiones que serían el punto de partida de cualesquiera reformas sanitarias que se intente en nuestro medio. Tales conclusiones, impregnadas de contenido doctrinario y formal, representan el más grande esfuerzo realizado hasta el presente por el cuerpo médico nacional para lograr una toma de posición concreta y realista respecto de la situación sanitaria actual. En tal sentido, es obvio el interés que tiene su difusión para la profesión médica en general y para la masa gremial agrupada en nuestra Institución. Por considerar de urgente interés el conocimiento de tales conclusiones, adelantamos a nuestros colegas el texto íntegro de las mismas, mientras está a punto de salir de la imprenta un folleto confeccionado con tal fin y que será distribuido a todo el cuerpo médico nacional y profesiones afines a la organización sanitaria.

## Tema I: DOCTRINA, POLITICA Y PLANIFICACION EN SALUD

### A. Doctrina

1. La doctrina en materia de salud se fundamenta en un postulado básico que consagra la salud como un derecho de todo ser humano.
2. Como contrapartida, todo integrante de la comunidad tiene el deber de cuidar su salud.
3. Compete al Estado la responsabilidad de asegurar que ese derecho se haga efectivo para todos, sin ningún tipo de discriminación.
4. Para hacer efectivo ese derecho deben tenerse en cuenta tres principios fundamentales: a) de universalidad; b) de continuidad; c) de integralidad total de las acciones, en el ser humano y en el medio.
5. La atención médica debe desarrollar acciones orientadas a mantener y promover la salud, a protegerlo de la enfermedad, a recuperar la salud y a rehabilitar al individuo con secuelas limitantes.
6. La atención médica concebida en forma integral debe ser asegurada a todos los que la necesitan, de la mejor calidad posible, en el momento oportuno y en el lugar más conveniente, continua, económica y humana.
7. La atención médica integral debe desarrollarse a través del equipo de salud integrado por todos los profesionales y técnicos de la salud.
8. Esa concepción unicista debe desarrollarse a través de una doctrina administrativa de concepción unicista, que planifique, organice, ejecute y evalúe las acciones mediante una metodología racional y científica.
9. No es acorde con el contenido doctrinario que antecede, la actual estructura sanitaria, el mecanismo administrativo y los sistemas y procedimientos que se llevan a cabo en el sector salud.
10. La salud es éticamente un fin en sí mismo, por cuanto posibilita el logro pleno de las capacidades del ser humano, adquiriendo su máxima expresión en la integración y desarrollo de una sociedad sana.
11. Al mismo tiempo la salud únicamente se logra mediante un desarrollo armónico de todos los sectores de la economía nacional.
12. La doctrina en materia de salud y de atención médica debe servir de base a los organismos docentes, a efectos de la elaboración de la doctrina educacional que sirva de base a la política de formación de personal y a los planes y programas de estudios de las diversas profesiones de la salud.
13. Existe una evidente relación causal entre el deterioro de la salud y la concentración de la riqueza en un sector minoritario de la población. En ese sentido, la salud está subordinada al desarrollo integral de los pueblos y constituye uno de los elementos básicos del nivel de vida, junto con alimentación, educación, trabajo, empleo, salario, vivienda, vestimenta, recreación, libertades humanas y seguridad social. Un Estado no puede considerarse como adecuadamente desarrollado en tanto no asegure a todos sus integrantes, niveles de salud y bienestar satisfactorios, niveles que son condicionados y están en función de estructuras sociales justas, sanas y solidarias.

### B. Política

1. La política de salud debe integrarse a la política de desarrollo del país, y es interdependiente con la política del sector agrario, educacional, de vivienda y urbanismo, laboral y de seguridad social.
2. Los fines de la política de salud deben ser establecidos de acuerdo a prioridades que tengan en cuenta las escalas de la importancia, de la urgencia, de la vulnerabilidad del daño y del costo de las acciones.
3. Debe ser ejecutada a través de medios que tengan en cuenta la licitud de las acciones, la urgencia, la eficiencia de los recursos y la factibilidad de los programas.
4. La política del sector salud debe asegurar métodos racionales y científicos de administración de recursos humanos, materiales y financieros, desarrollados con total prescindencia de intereses de política par-

tidaria, personales o de grupos subalternos al interés superior de la comunidad.

5. Como política general se considera necesario en una etapa inmediata, mejorar la utilización de los recursos, aumentar su rendimiento y elegir las técnicas más eficaces.

6. Consideramos que la política debe establecer como meta final para el sector, la creación de una estructura única de salud, a la que debe llegarse a través de etapas intermedias que procuren la coordinación de recursos y su integración ulterior.

7. Esa estructura única de salud requiere un comando único, con una administración racional y científica que se haga efectiva mediante la centralización normativa general y la descentralización ejecutiva y a través de organismos de gobierno en que estén representados los diversos grupos comprometidos en el proceso.

### C. Planeamiento

1. Es indispensable para el sector salud, iniciar el proceso de planeamiento a través del cual se han de elaborar planes de salud que habrán de ser ajustados periódicamente, con acuerdo a la evaluación que se realice durante y después de la ejecución.
2. La acción de planear es en esencia una tarea de racionalización, objetivación y presentación de alternativas en términos del interés colectivo.
3. En el comienzo del proceso es necesario completar y precisar el diagnóstico de la situación y el pronóstico evolutivo del sector: obtener una información confiable.
4. Para ello es necesario a través del relevamiento del sector, de sus necesidades, sus recursos y su rendimiento, formular las normas generales y sistemas estadísticos y contables aplicables a todo el sector. Paralelamente es necesario iniciar un proceso de racionalización administrativa.
5. Ese proceso debe estar a cargo del organismo rector del sector salud a través de un equipo multidisciplinario y desarrollado el proceso a través de una metodología racional.
6. El plan debe establecer alternativas realistas y factibles, ser flexible, armónico, equilibrado y concordante con las diferentes etapas del plan del sector y con los planes extrasectoriales.
7. Es indispensable desarrollar la formación del personal necesario adecuadamente preparado para llevar a cabo las acciones previstas.

## Tema II: SEGURO NACIONAL DE SALUD

1. Se juzga que la estructura actual del sector salud es inadecuada, ya que no satisface las necesidades de salud de todos los integrantes de la comunidad. El estado actual del sector evidencia además incoordinación, superposición, uso inadecuado de recursos y ausencia de evaluación.
2. Para mejorar sustancialmente los niveles de salud es necesario encarar la modificación de las estructuras socioeconómicas, de modo de asegurar a toda la población la satisfacción de sus necesidades básicas. Se hace necesario promover un cambio de actitud de comunidad, técnicos y autoridades en este sentido.
3. Sin modificaciones estructurales socioeconómicas nacionales fracasará el intento de conseguir un alto nivel de salud y de ello no deberá responsabilizarse al sector salud.
4. De acuerdo con la doctrina aceptada, la estructura del sector debe estar basada en la aplicación de los principios de universalidad, continuidad e integralidad, que en su forma más completa pueden asegurarse a través de un Servicio Nacional de Salud.
5. Un camino hacia esa estructura es la creación de un Seguro Nacional de Salud, solución que se considera oportuna y factible.
6. El Seguro Nacional de Salud no es una fórmula financiera aislada, sino que debe integrar el sistema de seguridad social y sustituye a todos los seguros parciales existentes en el sector.
7. Para hacer efectivo el concepto de seguridad en materia de salud es indispensable encarar la coordinación de los actuales recursos humanos, materiales y financieros, como etapa previa a la integración de recursos que se logrará mediante el Servicio Nacional de Salud.
8. En el aspecto de los subsidios por pérdida de salario, el Seguro Nacional de Salud completará el ciclo de la seguridad social uruguaya en cuanto a la previsión económica, asegurando los medios de subsistencia a los trabajadores y sus familiares.
9. El gobierno del Seguro Nacional de Salud deberá constituirse como un organismo de dirección autónoma, para-estatal, de fines públicos y con representación de los sectores comprometidos en el sistema: los que aportan, los usuarios y los técnicos.
10. El gobierno de los servicios de atención médica estará a cargo de un organismo normativo integrado por técnicos de la salud. La dirección del servicio estará a cargo de administradores de servicios de salud.

11. Dichos servicios comprenderán funciones de atención médica integral (promoción, protección, reparación, rehabilitación), de educación y de investigación.

12. La cobertura y extensión del Seguro Nacional de Salud deberá desarrollarse progresivamente, según las prioridades que surjan del estudio de las disponibilidades de recursos del sector salud y de las necesidades de atención médica de los distintos grupos sociales servidos por aquel.

13. El financiamiento del Seguro Nacional de Salud deberá ser en forma tripartita.

El aporte patronal, inicialmente aceptado, deberá ser desplazado, lo más rápidamente posible, sustituyéndolo por aportes estatales. El aporte estatal de comienzo y el que sustituya al aporte patronal, deberán ser originados en impuestos y tributos a los sectores económicamente más poderosos, de manera que no incidan sobre el consumo.

14. Es preocupación formal de estas Jornadas, de acuerdo a la experiencia nacional e internacional, el incumplimiento por parte del Estado de las obligaciones que las leyes establecen con destino a los Seguros. En consecuencia, deberán establecerse rígidas formas de garantía en este aspecto.

15. Estas Conclusiones alcanzadas por las Jornadas Médico Sociales Nacionales son totalmente independientes de proyectos presentados o a presentarse sobre Seguro de Salud por parte de los sectores políticos.

### Tema III: NECESIDAD EN MATERIA DE PROFESIONALES EN EL SECTOR SALUD

1. Las necesidades sanitarias surgen a la luz de un conocimiento actualizado de los problemas nacionales. Se debe aprovechar la experiencia internacional en la medida en que pueda aportar elementos de interés particular, unida a la experiencia médica del lugar.

2. El diagnóstico de los problemas nacionales exige un conocimiento más acabado de la situación de salud que se logra desencadenando el proceso de planificación. La obtención inmediata de información debe hacerse mediante un relevamiento completo del sector salud por parte del organismo responsable (Ministerio de Salud Pública) a través del Comité de Planificación. Se considera indispensable la participación de la Universidad y de los organismos gremiales técnicos que deberán integrar dicho Comité.

3. Los servicios de salud deben brindarse con acuerdo a la aplicación de los principios doctrinarios y políticos expuestos en las Conclusiones del tema I.

4. La promoción de la radicación del médico en el Interior urbano y rural implica, por un lado, la modificación de la estructura socioeconómica del medio y por otro, la reestructuración sanitaria nacional (regionalización, jerarquización de la atención médica y de la medicina general como especialidad en el Interior, entre otros). Deben incluirse estímulos científicos, culturales y económico-sociales (remuneración diferenciada, servicios, transporte, gratificación especial de méritos, vacaciones especiales, etc.).

El juego de factores estimulantes intra y extrasectoriales podría incidir eficazmente en la concurrencia de los trabajadores de la salud al medio rural, con finalidad formativa para los recién egresados, y posible incentivo para su radicación permanente, lográndose al mismo tiempo disponibilidades más satisfactorias de los recursos humanos que el Interior requiere.

5. Deberán formarse médicos capacitados para encarar una medicina integral enfrentando los problemas en todos los niveles de salud y enfermedad, y no sólo lo asistencial individual, entendiendo que la función del médico comprende aspectos técnicos, educativos de investigación y de administración.

La preparación del profesional en la labor del equipo de salud debe ser incorporada en la etapa de estudiante, integrándolo a grupos de trabajo multidisciplinarios.

Es necesario dotar materialmente a los organismos docentes que forman técnicos del sector salud, y capacitar al personal responsable de la docencia para adaptarse a las nuevas orientaciones metodológicas.

6. Un programa de salud requiere: 1º) la adecuación de los recursos humanos, tanto en lo cuantitativo como en lo cualitativo.

a) En lo cuantitativo se hace imprescindible un correcto diagnóstico de la distribución de médicos y tipo de medicina que ejercen, en todo el país. Esta información deberá ser utilizada para orientar la elección en la etapa final de la carrera incentivando determinado tipo de ejercicio profesional.

b) En lo cualitativo el análisis preliminar de la situación sugiere que los profesionales de la salud no cuentan con la capacitación y experien-

cia de campo, concordes con lo que se postula en la doctrina de salud. Surge con evidencia que las carencias más ostensibles radican en el campo de la salud mental y de la administración de servicios de salud. Para resolver esta carencia se requiere la previa formación de expertos en estos campos que puedan catalizar la incorporación de estas disciplinas a la medicina integral.

2º) Capacitar convenientemente a quienes aspiren a ejercer la especialidad mediante una correcta formación del graduado (régimen de residencia, perfeccionamiento de la Escuela de Graduados).

3º) Racionalizar el ejercicio de la especialidad en la órbita estatal, colectivizada y privada, mediante la legalización del Título de Especialista.

7. Promover la formación de los restantes integrantes del equipo de trabajadores de la salud, con la misma filosofía y metodología que se ha definido para el médico en estas Jornadas.

### Tema IV: MODALIDADES DE TRABAJO Y TIPOS DE REMUNERACION DE LOS MEDICOS DENTRO DE LOS DISTINTOS SISTEMAS VIGENTES O QUE PUEDAN SURGIR

1. El ejercicio tradicional de la medicina, basado en los principios de libre ejercicio, libre inscripción, libre prescripción y secreto profesional, se mantendrá en aquellos aspectos que no vulneren las necesidades de la nueva relación paciente-médico-sociedad.

En el Seguro hay limitaciones a una libre elección irrestricta que surgen de: un número de actos médicos racionales en una jornada fisiológica e higiénica y también razones de distribución zonal y demográfica, entendiéndose además que esta limitación es más notoria en la elección de especialistas, siendo aún más restringida en caso de centros asistenciales. La medicina será un hecho unitario a cargo del mismo equipo, tanto en el consultorio como en el domicilio y en el hospital o centro asistencial. Un sistema de medicina integral debe desterrar del acto de elección del médico por el paciente todos los factores extra-médicos que intervienen actualmente en el mismo: propaganda personal en todas sus formas, intrusismo en la elección del médico y carencia de posibilidades económicas del paciente.

Respecto a la libertad de prescripción, ella deberá adecuarse a una sana economía en materia de medicamentos, siendo incluso conveniente que el Seguro haga de ente productor testigo, para abaratarlos y garantizar su calidad: haciendo énfasis, además, en la integración responsable del médico en el equilibrio económico del sistema.

2. Se debe estructurar un estatuto racional que asegure la carrera funcional a los médicos, debiéndose atender además los aspectos deontológicos y éticos de la profesión por medio de la colegiación obligatoria.

3. La jornada de labor del profesional de la salud no debe exceder los límites de una tarea higiénica ni un número de actos médicos racionales compatibles con una buena asistencia, para permitir una continua educación en servicio y mantener un alto y renovado nivel de conocimientos a lo largo de los años, constituyendo esto una garantía de calidad de la atención prestada.

En la fijación de los límites racionales de la jornada médica, se deben tener en cuenta las necesidades del servicio a prestar en relación con las disponibilidades, en especial en las etapas de transición, recomendándose la revisión periódica de estos límites.

4. Para la actividad profesional de tipo institucional se propicia la dedicación total geográfica, en que el médico atiende simultáneamente pacientes indigentes, asegurados y privados con limitación racional de actos médicos. Esta aspiración requerirá la solución paralela de otros aspectos (administrativos, económicos, creación de centros asistenciales, etc.) que hagan posible su aplicación, debiéndose, por lo tanto, mantener grados de flexibilidad que no resientan la atención en las etapas de transición.

5. La ordenación del trabajo del médico se hará mediante el sistema de registro de la población, pues es función esencial cuidar la salud más que la enfermedad. Los ingresos serán por salario mínimo más remuneración "per cápita", pudiendo complementarse con la consideración de otros factores.

Se sostiene la conveniencia de remunerar en forma diferenciada por especialidad (incluidas aquellas que no tienen contacto directo con el enfermo), escalafón técnico, antigüedad y lugar de ejercicio (áreas rurales). En los cargos de tipo hospitalario, las retribuciones serán por salario mínimo con un coeficiente de acuerdo a capacitación individual, más un adicional progresivo limitado por un tope a establecer.

6. El sistema atenderá la seguridad básica de los trabajadores de la salud: hogar constituido, asignación familiar, vacaciones, enfermedad, accidentes, subsidios por fallecimiento, estímulos por antigüedad, seguro de vejez, etc.

Pifeyro, Carlos González Rebolledo y Elsa Deambrosi.

RELACIONES INTERNACIONALES. Doctores Federico Gianetto (M.R.), Jaime Kalechszajn, Omar Barreneche, Jorge Maggiolo y Héctor M. Artecona.

ASUNTOS DE FACULTAD. Dres. Héctor Puppo, Marcos Pavlotzky, Erich W. Pollak, Juan J. Tonyá, Carlos S. Dighiero, Br. Gómez Torelly, Omar Barreneche, Ceibal Artigas, Rómulo Dansa, Juan J. Rivera y Eduardo Navarrete (M.R.).

ETICA MEDICA. Dres. Eugenio Fulquet, Walter Venturino y G. Ríos Bruno (M.R.).

ASUNTOS DEL INTERIOR. Dres. Julio Severi (Federación Médica de Colonia),

Manuel Roquero (Asociación Médica de San José) y Mario Pareja (M.R.).

SEGURO DE ENFERMEDAD. Doctores Joaquín Purcallas (M.R.), Julio Ripa, Omar Etorena, Alejandro Bielli, Hilda Decedo y Néstor Fornaro.

CAJA DE JUBILACIONES PROFESIONALES. Dres. Arturo Sánchez Palacios, Rubens Mosera y Felipe Galone (M.R.).

HONORARIOS PROFESIONALES. Doctores Euclides Silva Gandía, Frederick Giuria y Jacobo Hasán (M.R.).

ESTATUTOS Y REGLAMENTOS SOCIALES. Dres. Lauro Cruz Goysnola, V. Rodríguez de Vecchi y Dr. Omar Rovira (Asesor Jurídico).

## AUTORIDADES DEL SINDICATO

A continuación damos la nómina de integrantes del Comité Ejecutivo electos para el período XXXVIII correspondiente al período 1967-68 y de aquellas Comisiones permanentes integradas hasta la fecha. En el próximo número se darán a conocer los restantes que hubieren sido integradas, así como la nómina de cada uno de los Departamentos Adscriptos. El Comité Ejecutivo se reúne los días jueves, a la hora 21, y la Mesa del mismo los días lunes, a la hora 21.

### COMITÉ EJECUTIVO

Presidente: Dr. José P. Naralegui Buca. Secretario: Dr. Martín Obando. Tesorero: Dr. Ricardo Caritat Th. y bache-

llero Jaime Gofin. Tesorero: Dr. Felipe Galone. Vocales: Dr. Eduardo Navarrete, Dr. Ariel Montenegro, Dr. Exequiel Núñez, Dr. Milton Rizzi Castro, Dr. Rodolfo Maggi, Dr. Daniel Canetti, Br. Carlos Pazos y Br. José Luis Rodríguez.

### COMISIONES PERMANENTES

DIVISION CIENTIFICA. Dres. Arturo Achard, Carlos Oheninger, Atilio Morquio, C. Nin Avelleyra y Roberto Budio.

MUTUALISMO, LAUDOS Y CONVENIOS DEL GRUPO 50. Dres. Frederick Giuria, Conrado Nin Avelleyra (M.R.), Nelson Bellotti, Máximo Stein, Miguel Paffels, Juan



sindicato médico del uruguay  
montevideo - uruguay