

# 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 N° 169  
Impresos de interés general  
Decreto P. E. de enero 1961  
Franqueo a pagar — Cuenta N° 169

## CONVOCATORIAS A ASAMBLEAS

### ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA

Viernes 13 de octubre de 1967.

El Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay, convoca a todos sus asociados para la Asamblea General Extraordinaria, que se realizará en su local social, el próximo viernes 13 de octubre de 1967, a solicitud de los afiliados y de acuerdo con lo que establece el artículo 23 del Estatuto Social, a fin de considerar la siguiente:

**Orden del Día:** 1) Consideración de los sucesos acaecidos en el Hospital G. Saint Bois. 2) Gestión del Dr. R. Yannicelli en el Ministerio de Salud Pública. — Primera citación: 21 hs. Segunda citación: 21.30 hs.

Lunes 16 de octubre de 1967.

El Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay convoca a todos sus asociados para las **Asambleas Generales Extraordinarias**, que se realizarán el próximo lunes 16 de octubre de 1967, a fin de considerar:

### ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA

**Orden del Día:** Aumento de la cuota gremial.

**ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA** (a solicitud de los afiliados y de acuerdo con lo que establece el artículo 23 del Estatuto Social).

**Orden del Día:** Reglamentación General de Méritos para los Concursos en el CASMU. — Primera citación: 21 hs. Segunda citación: 21.30 hs.

EL COMITE EJECUTIVO.

## DECLARACIONES DEL SINDICATO MEDICO

Los sucesos de pública notoriedad ocurridos en la Colonia Saint Bois son consecuencia de la conjunción de varios procesos que se desarrollan en la realidad nacional actual:

a) El progresivo deterioro de la situación económico-social de la mayoría del pueblo uruguayo.

b) La insuficiencia de siempre, de recursos asistenciales que se agrava progresivamente, conjuntamente con la inadecuada utilización de los recursos existentes.

c) La inexistencia en el país de una política sanitaria y de un plan de salud consecuente que se evidencia, entre otras cosas, por la falta de un programa de rehabilitación médico-económico-laboral de los enfermos que curan con limitación de su capacidad de trabajo.

d) La inexistencia en los hechos de adecuadas soluciones para las crecientes necesidades en todo sentido del pueblo uruguayo.

En su ubicación concreta en la Colonia Sanatorial G. Saint Bois entran en conjunción con los problemas de convivencia y de modalidad reaccional particular que tiene el enfermo crónico que requiere internación hospitalaria prolongada. Ello, sumado a la insensibilidad de los organismos encargados de resolver los problemas planteados y a la falta de respuestas a los tan justos y repetidos planteamientos hechos por los enfermos internados en ese Centro Hospitalario, explica la actitud desbordante y eventualmente excesiva asumida por los mismos.

Así resultan totalmente inadecuadas las acciones cumplidas por las autoridades encargadas de manejar estos problemas.

No han llevado al convencimiento de los enfermos y a la comunidad toda con sus acciones, de que luchan activamente por resolver del modo correcto los reales y graves problemas planteados, defendiendo las soluciones necesarias en las órbitas correspondientes y desglosando responsabilidades, con la cual se hubiera logrado, conjuntamente con la colaboración activa del Cuerpo Médico, el apaciguamiento de la exaltación existente. En lugar de ello se optó por el uso de la fuerza pública con finalidad intimidatoria y para desplazar convulsivamente a determinados enfermos hacia lugares, por demás insuficientes desde el punto de vista corporal y emocional, pareciendo pretender con ello hacer desaparecer las causas reales que condicionan los hechos ocurridos.

### EL SINDICATO MEDICO DEL URUGUAY, DECLARA:

1) Apoyar por justas las reclamaciones de los enfermos internados en la Colonia Saint Bois, en lo que tiene relación con el déficit asistencial, la exigüidad de las actuales dotaciones percibidas por las familias de los enfermos y los planteos de rehabilitación allí planteados.

2) Denunciar los procedimientos seguidos por el Ministro de Salud Pública y la Comisión Interventora para solucionar este conflicto.

3) Exigir al Gobierno el cumplimiento estricto de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en lo que se refiere a las libertades esenciales del individuo, que han sido desconocidas en esta emergencia.

4) Exigir el reintegro inmediato de los enfermos desplazados a Cerrillos, a su lugar de internación normal.

5) Iniciar consultas de orden jurídico tendientes a indagar la responsabilidad en que pueden haber incurrido desde el punto de vista penal, los jerarcas administrativos que dispusieron las medidas de fuerza aplicadas sobre los enfermos, sin consulta previa a los médicos responsables del tratamiento de los mismos.

EL COMITE EJECUTIVO.

Montevideo, setiembre 28 de 1967.

Ante los sucesos que se han seguido desarrollando en la Colonia Saint Bois, el Sindicato Médico del Uruguay denuncia:

1) Que se mantiene la ocupación por la fuerza pública, que lejos de haber logrado la pretendida normalización de la actividad del Centro Hospitalario, hace persistir la situación anormal que conspira contra el clima que debe reinar en el mismo.

2) Que la Comisión Interventora de la Colonia Saint Bois ha limitado la acción del Cuerpo Médico, habiéndose cometido además destrato de algún médico, que lesiona la dignidad médica individual y colectiva.

3) Que parecen haber quedado configuradas figuras delictivas previstas en el Código Penal en las actuaciones cumplidas por los jerarcas del Ministerio de Salud Pública y de la Colonia Saint Bois durante los hechos de notoriedad.

EL COMITE EJECUTIVO.

Montevideo, octubre 5 de 1967.

## LLAMADOS A CONCURSO

Se hace saber a los interesados que los llamados a concurso hechos por el Centro de Asistencia del Sindicato Médico en fecha 4 de setiembre de 1967, su inscripción se ha prorrogado hasta el 2 de diciembre de 1967. Quedan exceptuados de esta prórroga los llamados de Médico de Urgencia y Médicos Pediatras de Urgencia.

octubre de 1967  
año XI - N.º 58

# INFORMACION DEL SINDICATO MEDICO

## COMITE EJECUTIVO

### ASUNTOS ECONOMICO-ADMINISTRATIVOS

**NUEVOS SOCIOS.** Todas las solicitudes de afiliación gremial publicadas en este Boletín hasta el presente fueron aprobadas. En adelante, la nómina será dada bajo la denominación precedente. A continuación, damos la lista de las nuevas incorporaciones. **MEDICOS.** Doctores: Washington Buño, Rosa Buceta, Hugo Laustan, José Montalbán, Ángel Vico Calviño, Italo Mulattieri, Alberto María Chiarino, Juan Antonio Borges, Celia Lilián Remerciari, Guido Arenas Relayo, Cosme Carlos Cherro, Eduardo Bazerque Canavero, Lirio Eduardo Rosa de Souza, Ricardo Brauer, Manel Roquero Saint Clement, Jorge Dalmiro Colombo, Alba Turquesa Bregante, Horacio Mari, Eduardo Solano García, Jorge Manzur.

**ESTUDIANTES.** Bachilleres: Alberto Kurzbann, M. Magdalena Cerizola, Marta Bayce, Susana Romero, Mabel González, Mario Salice, Luis E. Della Torre, Heriberto Gadea, Wilfredo Blixen, Jorge Mautone, Luis Fierro, José Spalter, Mirtha Garrido, Nery Silveira, Alba Coronel, José Oxman, Max Hebert Muller, Adalberto Piedrabuena, Wanda Borowski, Julio Alvel, Ana María Pérez Sassi, Alberto Irigaray, Aram Keusayan, María Mirtha Flores, Martha Alberti, Isabel Pérez Rodríguez, Mabel Stabilito, Raúl Plate-ro, Daniel Olivera, Pedro Viola, Julio Viñas, Gladis López de Calcagno, Jorge Bianchi, Hugo Vaghi, José Campione, Edgar Cabral, Abidel May, Milton Sarkissian, Eduardo E. Day, Fride Hecht, Jorge Ulises Cola Cancela, Juana Ma. Nin Ferrari, Moris Pardo Habibi, Roberto Scarabino, Héctor D. Carbajal, Enrique Oliver, Julio C. Bauzá, Teruel de Campo, Clara T. Páez, Ana M. S. Di Gento, Lilliana Gherzi, Antonio Calvo, José L. García Peluffo, Alberto Matteo, Enrique Francia, Gastón Turcatti, José L. Ruocco, Jorge Crosa Irisarri, Nadal Vallespir, María A. González Porteiro, Francisco Cirimello, Tabaré Carlevaro, Lucio A. Navarrete, Juan C. Benenati, Eduardo A. Mila Bozzolo, Walter Leopoldo Herrneder, Alvaro Saavedra, Martha Yarzabal, Emilio Komin, Lidia del Carmen Moreira, Norma Colaneri, Miguel A. Prando, Luis Carrquiry, Jorge Baldizan, Pedro Sosa, Carlos Altieri, Leonardo Doño, Alegre Sasson, Elizabeth Franco, Mabel De León, Tabaré Vázquez, Héctor Vesperoni, Jorge Luis Ferreyra Nohora, Dagoberto Argentó, Juan D'Olivio, Francisco D'Olivio, Sheila Henderson, Lila B. Diaz Maynard, Jorge Francolino, Alberto Gamboggi, Manuel Pérez Alvarez, Roberto Cúneo, Marcos Civizonas, Eduardo Louzao, José P. Heguy, Susana M. Laguarda, Julio Caunegre, María N. Romeo, Pablo Ambrosini, Daniel Gerolami, Luisa F. Macchianich, Vicente Ferla, Angel Piantelli, Juan Macri, Susana Falero, Dardo C. Berretta, Saturna de Souza, Walter Engler, Mario Montero, Jacobo Valner, Elizabeth Crellis, Luis Vázquez de Souza, Elsa Grenno de Vázquez, Luis Eduardo Svartman, Marta Ungerovich, Osvaldo Luis Sevrini, Angel Manuel Ginés Alvarez, Ricardo Soba Baldovino, Enver Martinello Zabec, Blanca Graciela Bachino Beltrame, Gerardo Hernández, Aristides Patacas, Walter Ramiro Ramos De León, Felipe González Ramaglio, Carolina Seade, Héctor Siris.

**SOLICITUDES DE LICENCIA.** Los Dres. Delia Rodríguez Lago de D'Auria y Agustín D'Auria, solicitan licencia gremial por el período comprendido entre el 1º de junio de 1967 y el 1º de junio de 1968, por razones de estudio y becas en el extranjero. Resolución: Se conceden las licencias solicitadas.

**REUNION CONJUNTA CON LOS ORGANISMOS ADSRIPTOS.** Se propone que para las reuniones conjuntas de los Organismos Adscriptos se prepare una agenda de los puntos que se considerarán en dichas reuniones. Se aprueba el temperamento propuesto. Teniendo en cuenta que los días lunes coincide con otras reuniones que realizan algunos Organismos Adscriptos, se resuelve cambiar los días de sesión para los cuartos viernes de cada mes a la hora 20.

## CENTRO DE ASISTENCIA

**PLAN DE OBRAS.** Las autoridades están considerando las prioridades en materia de obras para el mejoramiento de los locales de la Institución. Se distinguen como prioridades la ampliación del Sanatorio N° 3, la construcción de policlínicas radiales y el planeamiento del policlínico para el Sanatorio N° 1. En este último se prevé la radicación de las policlínicas quirúrgicas, centro de medicina preventiva (con carnet de salud), servicio central de fisioterapia, etc.

# ¿HACIA EL LISTADO?

## REPORTAJE A LOS MEDICOS DE ZONA NORTE

Los médicos de la Zona Norte están a punto de iniciar una experiencia piloto que podría transformar la actual estructura del Centro de Asistencia del Sindicato Médico. El día 28 de setiembre concurre a entrevistarlos nuestro cronista, en circunstancias de desarrollarse una de sus asambleas. La misma tuvo lugar en la nueva policlínica zonal, recientemente adquirida, de la calle Artes y Besnes Irigoyen. Se trata de un inmueble de reciente construcción, amplio y acogedor, donde se seguirán reuniendo esas asambleas. En la oportunidad se hallaban presentes los Dres. Carlos Gómez Haedo, Enrique Restaino, Francisco Del Campo, Orestes Sbarbaro, Walter Ruétalo, Armando Gallo, Antonio Anzalone, Vivas y las doctoras Nidia Perazzoli de Gómez Haedo y Olga Vignoli. Para asistir administrativamente a la agrupación, el Centro de Asistencia asignó a los funcionarios Manuel López como Secretario de Comisión y a Jacobo Bakalian (encargado de la Policlínica) como Asesor en cuestiones administrativas de la zona.

### ¿Qué es la Asamblea de Médicos de la Zona Norte?

La Asamblea de Médicos de la Zona Norte es una asamblea de un grupo de médicos que comprende las zonas de Sayago, Peñarol y Colón, y que, a su vez, agrupa las zonas limitrofes según el trazado geográfico del CASMU. Nos estamos reuniendo a partir del mes de junio y se ha citado en todas las oportunidades a todos los médicos del CASMU y la asistencia ha sido de un número bastante importante.

### ¿Cómo nació esta iniciativa?

La Junta Directiva del CASMU ya había encarado, en proyectos anteriores, una especie de revisión de su estructura; sabía que muchos técnicos opinaban en ese sentido afirmativamente y resolvió promover este tipo de reuniones; y justamente en la Zona Norte es donde se ha iniciado esta modalidad. De manera que la iniciativa ha sido del CASMU. Los técnicos que nos agrupamos en la Zona Norte hemos sido, al parecer, de los primeros en responder a esa inquietud del CASMU.

Hasta aquí respondí a nuestras preguntas el Dr. Ruétalo. A continuación solicitamos la palabra del Dr. Gómez Haedo, cuya inquietud por esta iniciativa conocíamos de larga data.

Bien —nos dice— lo expresado por el Dr. Ruétalo trasunta en esencia la historia del problema. El CASMU formó una Comisión para estudiar las estructuras actuales y la posibilidad de reforma, encarando a la vez la parte económica y la parte institucional. Entonces se planteó el problema, en esa Comisión, de llevar a cabo una idea que ya se había planteado anteriormente en el CASMU, de las reuniones o asambleas zonales

**LICENCIA DE DIRECCION.** El Director de los Sanatorios, Dr. Joaquín Purcallas, fue contratado por la Oficina Sanitaria Panamericana para actuar como asesor del Gobierno de Ecuador en la planificación sanitaria. Por tal razón, se ha ausentado del país durante un período que oscilará entre cuatro y seis semanas.

**EXCLUSIVIDAD.** La Junta Directiva ha acordado que los cargos de los funcionarios administrativos, para-técnicos y de servicios, son compatibles con el desempeño de actividades remuneradas fuera de la Institución. Las autoridades administrativas están reglamentando aquellos casos en que se mantendría la exigencia de exclusividad (por ejemplo: cargos de ascenso y jefaturas).

**CONCURSOS TECNICOS.** La Junta Directiva llamó para la provisión de cargos en once escalafones de la Institución que se hallaban en trámite desde hacía varios años. Posteriormente, tuvo que anular los concursos de médicos internos de sanatorios, obstetras internos, oftalmólogos de urgencia y otorrinolaringólogos de urgencia, debido a una contradicción entre las bases particulares de esos llamados y la reglamentación general para la provisión de cargos técnicos.

En reunión del Comité Ejecutivo con la Junta Directiva, se acordó que esas cuatro categorías serían provistas por concurso de méritos y pruebas, estando en vías de redacción la modificación a las bases correspondientes.

**DISTINCIONES HONORIFICAS.** Con motivo de haberse jubilado, se hizo un homenaje a los técnicos fundadores de la Institución, Dres. José A. Praderi y Luis Villemur Triay, entregándoseles una medalla de oro que certifica el reconocimiento de las autoridades por su prolongada actuación.

**GUARDIAS DE ANESTESIAS.** Continúa en estudio la posible modificación del régimen de servicios de anestesia de urgencia, teniendo en vista las autoridades la posibilidad de establecer una guardia interna residente.

## COMISION DE RELACIONES INTERNACIONALES

### ASOCIACION MEDICA MUNDIAL

**ASAMBLEAS PROGRAMADAS.** Sydney, Australia, agosto 5-10, 1968; París, Francia, junio 15-22, 1969; Toronto, Canadá, setiembre 13-17, 1971; Amsterdam, Holanda, agosto 1972; Colonia, Alemania, agosto o setiembre 1973.

**AFILIACIONES INDIVIDUALES.** Los socios de las asociaciones médicas nacionales respectivas, tienen ahora la oportunidad de hacerse socios individuales de la Asociación Médica Mundial. La cuota anual es de 10 dólares y por cinco años de 50 dólares. Al asociarse se reciben estos beneficios: 1) Tarjeta de socio que certifica la unión a 700.000 médicos empeñados en un movimiento mundial por alcanzar el nivel de salud más alto posible. 2) La "Revista Médica Mundial", que se publica cada dos meses y todos los estudios no obtenibles en otras partes con hechos sobre los desarrollos mundiales en los campos científico, económico y social que afectan el ejercicio de la medicina. 3) Cartas de presentación para asociaciones médicas extranjeras para que cuando visiten países extranjeros se les facilite el contacto con otros colegas. Concurrencia como observador oficial a las Asambleas Médicas Mundiales que se celebran anualmente. 4) Participar en la campaña de defensa de los intereses del gremio médico en colaboración con otros grupos internacionales. 5) La satisfacción de compartir el progreso y adelantos médicos con otras naciones del mundo.

Para solicitud de admisión dirigirse a: The World Medical Association, Inc. 10 Columbus Circle, New York, New York, 10019.

### FERIA INTERNACIONAL DEL PACIFICO

Del 21 al 28 de abril de 1968 se realizará en Lima TECNOMED'68, Feria Internacional Especializada para médicos y hospitales, primera en este género a realizarse en el Continente. Organizada por la Feria Internacional del Pacífico, participarán los más importantes proveedores médicos y farmacéuticos de América, Europa y Asia. Dentro del recinto de la Feria se realizará el VIII Congreso Interamericano de Cardiología, al que han de asistir 1.500 médicos de todo el hemisferio.

de médicos. La zona en que pareció más factible hacerlo, por existir un antecedente de reunión parcial, fue la Zona Norte, empezándose las reuniones (como lo informó el Dr. Ruétalo) en el mes de junio.



### Aparte de esta Asamblea Zonal, ¿hay otro organismo que estudie este problema?

Hay una Comisión del CASMU encargada de hacer efectivas estas asambleas zonales en otros puntos que se están planeando, pero que dejan a las asambleas zonales una total autonomía. A tal punto, que este tipo de reuniones han adquirido una dinámica propia. La Comisión actúa como un elemento coordinador con la Mesa de la Junta Directiva y la que llama o hace que se vayan reuniendo las asambleas zonales.

### ¿Cómo funcionan estas asambleas zonales?

Estas asambleas, al principio se reunieron semanalmente —nos dice el Dr. Ruétalo, retomando la palabra—. Se citan por la Secretaría, a cargo de un funcionario del CASMU. Primeramente se citó para la creación de la Agrupación de Médicos de la Zona Norte; segundo, qué procedimientos y puntos a tratar; tercero, la Junta del CASMU nos envió una nota con dos o tres puntos en los que interesaba conocer nuestra opinión. Uno de esos puntos, el que principalmente movió a los médicos de la Zona Norte a reunirse, es el llamado "listado" que crea un nuevo punto de vista para enfocar otro tipo de estructura para el CASMU. El problema del "listado" no es una cosa nueva. Se remonta a años anteriores. Al respecto remitimos un informe y algunos puntos fueron aceptados y otros rechazados por la Junta, no por malos, sino quizás por no ser aplicables en este momento. De todos modos, el informe remitido por nosotros, trasunta una nueva visión para la prestación de asistencia médica a cargo del CASMU para la población de Montevideo. Como se trata de una cosa nueva, no se puede integrar todo el CASMU.

De manera que una parte, la Zona Norte, entendemos nosotros, puede ser la que realice una experiencia piloto de la que la Institución extraiga provechosas experiencias.

**El "listado", ¿qué cambio supone en la prestación de servicios y en qué modo afecta la libertad de elección de parte del abonado?**

El cambio de estructura, en este momento, no es profundo. Es simplemente el pasaje hacia un cambio, que vendrá o no, según los resultados de la experiencia a realizar. Al paciente le queremos brindar la misma o mejor asistencia que por los procedimientos actuales. Por ejemplo, se preve la prestación de servicios de fisioterapia, farmacia, etc., en la zona, lo que evitaría al paciente incómodos traslados. Por otra parte, el "listado" eliminaría la orden. Cada médico tendría una lista de pacientes que irían a atenderse directamente. La relación médico-paciente se haría con más profundidad.

En otro orden, el "listado" disminuiría la pseudomovilidad, ya que el paciente trata de sacar de ella el mejor partido y el médico la necesita, creando una dependencia de relación económica en la que sale perjudicada la Institución. Otro ahorro importante para el CASMU se lograría a través de la ficha personal del paciente. Esto permitiría un mejor control de los exámenes y la medicación, evitando las repeticiones. Si un paciente decide cambiar de médico, por ejemplo, tendrá que denunciarlo a la entidad y su ficha pasaría de un técnico a otro con todos los datos clínicos, exámenes y tratamiento administrado hasta ese momento.

**¿Cómo se fijarían las remuneraciones?**

**¿Los usuarios han sido enterados?**

Planteamos al Dr. Ruétalo la posibilidad que algunos médicos tuvieran en su lista un gran número de abonados y otros muy pocos, surgiendo de ello diferencias enormes en las remuneraciones. A ello nos contestó: Al respecto, nosotros hemos llegado a un acuerdo por el cual habría una remuneración base tomada del promedio de lo percibido en el último trimestre. De este modo se entraría en el nuevo tipo de trabajo en las condiciones basales de cada uno, previas a la experiencia. Esto como principios general ya aceptado. Más adelante nos abocaríamos a estudiar en detalle muchos puntos que por ahora no podemos abordar en profundidad. Con la experiencia en marcha podríamos plantear una cantidad de puntos en concreto. Uno de ellos es la adecuación del trabajo administrativo a la nueva modalidad. Para ello tendríamos que intercambiar ideas con los funcionarios y con la Junta, y mismo en el seno de nuestra agrupación. De aprobarse la realización de esta experiencia nos abocaríamos de lleno a tratar en detalle cada uno de esos puntos. Respecto a su pregunta de si ya se ha anunciado a los usuarios la posibilidad de este cambio, debo responder que algunos colegas lo han hecho.

**¿Los practicantes de la zona entran también en el cambio previsto?**

Está dentro de nuestros proyectos convocar a los practicantes para incluirlos en estos cambios. Por ahora están los médicos generales y pediatras. La participación del resto de los especialistas es otro de los puntos pendientes de estudio. Por ahora sólo esbozamos una idea general.

Complementando, el Dr. Gómez Haedo agrega: en el Centro de Asistencia había sido presentado un proyecto de "listado" que luego de promover muchas discusiones fue archivado. Había dificultades para exponer un sistema que la gente no conocía y que cambiaba la forma de retribución. En esta oportunidad nosotros resolvimos en nuestra zona proponer como una autoexperiencia que le obvia a la Institución el tener que aplicarlo a una escala general y nos permite a nosotros, que estamos funcionando un poco con autonomía, participar en una experiencia de este tipo, darle oportunidad a la Institución y sacar también nosotros conclusiones. Porque una de las condiciones es que los médicos que están participando en esta experiencia, la sigan. Den su opinión, la analicen y conjuntamente con el CASMU se llegue a hacer la evaluación correspondiente.

**¿El "listado" conduce a un mejor sistema de remuneraciones?**

Ese puede ser uno de los aspectos —continúa el Dr. Gómez Haedo—. El problema está en que el registro de abonados por médico que es el "listado", es un sistema que no espera la enfermedad; el registro se hace cuando la persona está sana. Entonces, el sistema de elección es diferente, es más racional. El médico no depende del número de enfermos, sino del número de registrados en su lista. Ello propenderá a un mejor conocimiento entre el médico y el usuario y a la mayor obtención de información sobre el estado sanitario del usuario y su familia, ya que el sistema apunta a una relación con el núcleo familiar.

**¿Qué impresión tienen del desarrollo de estas reuniones desde que se iniciaron?**

De estas asambleas —contesta el Dr. Del Campo— han surgido claramente dos cosas: por una parte, la aplicación de un sistema de retribución que es el "listado", del cual vamos a sacar una experiencia y a lo que se llegue vamos a contestar después; por otra parte, una de las cosas de la que estamos todos netamente convencidos, es que desde el punto de vista técnico estas asambleas zonales van a permitir al CASMU agruparse en zonas y organizarse y lograr una eficiencia en la labor técnica



muy superior a la que actualmente tiene, porque en las zonas se trabaja mejor organizado. Esto obligaría a que la zona se integre funcionalmente a pensar por el enfermo de otra manera, como no piensa actualmente el médico. Además, este sistema daría al médico un concepto que todavía no tiene; es decir, que él es el que tiene que hacer las instituciones, las puede moldear, y hacerlas más eficaces para que su trabajo se haga mejor, más cómodo, más eficiente, pudiendo realizar en mejor forma su ideal vocacional.

En cuanto al futuro de esta iniciativa, me manifiesto optimista. El primer paso es el "listado". En cuanto a organización, empezaremos a pensar. Si el "listado" no llega a servir, la conclusión será hecha en base a una experiencia y no en base a un proyecto que se archivó.

**¿Qué pasaría con esta experiencia si sale un Seguro Nacional de Salud?**

En el fondo todos pensamos que cualquier Seguro de Salud necesita de este tipo de experiencia y organización —responde el Dr. Gómez Haedo—. Es decir, que no puede encontrar al médico solo. Un Seguro de Salud frente al médico solo, es un Seguro sin alma. En cambio, un Seguro de Salud frente a organizaciones autónomas de médicos que estén trabajando con un nuevo espíritu, es un Seguro de Salud que tiene el camino abierto.

Un Seguro de Salud con la medicina actual —expresa el Dr. Del Campo— sería ni más ni menos que la financiación de la desorganización. Es decir, se pretende buscar un modo para pagar menos lo que ahora es costoso y lo que cuesta mucho más de lo que tiene que costar, y mejorar las insuficiencias asistenciales.

La experiencia que deseamos realizar en la Zona Norte, tiene por objeto uniformar criterios respecto de todo lo que hemos hablado. Esperamos que nuestra experiencia pueda aportar conclusiones en pro de un mejoramiento asistencial de la población.

## LOS TRABAJADORES Y EL SEGURO DE SALUD

El 8 y 9 de setiembre pasado tuvo lugar en el local de A.D.E.O.M. la primer Asamblea Sindical de la Salud, organizada por la Convención Nacional de Trabajadores (CNT). Asistieron numerosas delegaciones de los sindicatos obreros de Montevideo y del Interior del país. Después de una ardua labor a nivel de seis grupos de trabajo, y a nivel de las Mesas de éstos, se nombró una Comisión Redactora integrada por el Sr. Ramón Freire (FOL), el Dr. Hugo Villar y el Br. Horacio Mirabal, que se encargó de elaborar el informe final. Este informe fue sometido al Plenario de la Asamblea Sindical, que lo aprobó por unanimidad, y que a continuación transcribimos:

### INTRODUCCION

Para la solución cabal de los problemas de la salud, se hace necesaria una transformación profunda de las estructuras socioeconómicas de nuestro país. No se concibe el fenómeno de salud integral, aislado de todos los elementos del medio. De poco sirve un Seguro de Salud sin una política educacional satisfactoria, una Reforma Agraria, una política de pleno empleo, viviendas adecuadas, saneamiento, viabilidad, comunicaciones, esparcimiento, etc. El Seguro de Salud debe estar enmarcado en un sistema de Seguridad Social. Las prestaciones de servicios médicos son sólo una parte de la salud del individuo, concepto éste que debe quedar bien claro en aquellos que tomen partido en la lucha que se inicia.

El logro de un Seguro de Salud es un paso adelante hacia la meta, pero no debemos descuidar la idea de que el sostén económico de cualquier sistema que se implante será firme en la medida en que los medios de producción estén realmente en manos de los trabajadores. Se hace necesario pues, no aislar el Seguro de Salud creyendo que sólo él mejorará la situación, sino enmarcarlo en toda la dinámica del país.

La CNT, a través de la Asamblea Nacional de la Salud, da el paso inicial para un estudio a fondo de las soluciones que más convengan a la comunidad toda. De la amplia discusión a nivel de todos los gremios y sindicatos, surgirán las bases finales para la elaboración de un proyecto concreto. A partir de hoy, la clase trabajadora de nuestro país se compromete en algo que será el camino hacia las soluciones más correctas y necesarias.

### CONCLUSIONES

1. El sistema actual de prestación de servicios médicos no cubre las necesidades de salud de toda la población.

1.1. Porque no satisface los principios básicos de: **UNIVERSALIDAD**: puesto que no llega a toda la población. **CONTINUIDAD**: la atención médica es discontinua en el

tiempo y no siempre se cumple con la oportunidad debida. **INTEGRALIDAD**: no se desarrollan todas las acciones de salud dirigidas al ser humano y al medio.

1.2. Porque además se aprecian distintos niveles de prestación de servicios, según sea la organización de los servicios, según las formas de administración, las posibilidades económicas de las instituciones, según la cantidad y calidad de los recursos humanos y materiales, y según la ubicación geográfica de los usuarios.

2. La atención médica debe incluir acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Además, deben desarrollarse actividades de educación y de investigación. Todo ello complementado con un adecuado saneamiento ambiental.

3. La atención médica debe ser asegurada para que llegue a todos los que la necesitan, debe ser del mejor nivel técnico posible, brindada en el momento oportuno, en el lugar más adecuado, con la utilización más eficiente de los recursos disponibles y con la mayor consideración y respeto para el ser humano.

4. La atención médica debe ser realizada a través del equipo integrado por todos los profesionales y técnicos de la salud.

5. La actual organización sanitaria del país no es satisfactoria por las siguientes razones:

5.1. No existe una doctrina explícita.

5.2. No hay una política definida para el sector salud.

5.3. No se planifican las acciones a nivel nacional.

5.4. No existe un plan de organización de alcance nacional.

5.5. No se realiza una adecuada utilización de los recursos disponibles.

5.6. Se aprecia carencia de normas que regulen la prestación de servicios.

5.7. Satisface solamente en forma parcial, las necesidades de salud de la población.

5.8. No están coordinadas las acciones de los diversos organismos.

5.9. Existe duplicación de servicios en algunos casos y carencia absoluta en otros, especialmente notorias en el Interior del país.

5.10. Se aprecian desniveles importantes en la calidad técnica de los servicios prestados.

5.11. Se hace en el país una separación artificial entre servicios preventivos y servicios curativos.

5.12. La prestación de atención médica considerada en conjunto, resulta antieconómica para el país.

5.13. No se lleva a cabo una adecuada evaluación de los servicios prestados.

5.14. No existe coordinación entre los organismos que prestan la atención médica y la Universidad como institución responsable de la formación de profesionales y técnicos de la salud.

6. A la organización sanitaria deben aplicarse los principios de centralización de normas generales y descentralización para la ejecución de las acciones. La estructura debe contemplar la regionalización sanitaria del país a efectos de la distribución y graduación de los recursos a distintos niveles.
7. Debe llevarse a cabo una administración racional y científica, que contemple un adecuado planeamiento, una organización que asegure una sistemática y eficiente de los recursos, una ejecución de servicios con arreglo a normas, utilizaciones y procedimientos racionales y una evaluación continua en cantidad y calidad, de los servicios prestados. Esa administración debe estar orientada por una doctrina y una política definidas en el campo de la salud y debe estar a cargo de administradores de servicios de salud con capacitación suficiente, trabajando en régimen de dedicación exclusiva. La administración de los servicios debe realizarse con total prescindencia de intereses de política partidaria, filosóficos, religiosos, o de otra naturaleza, ajenos a aquellos específicos del servicio.
8. Los actuales sistemas de financiación de servicios médicos no son adecuados, por las siguientes razones:
  - 8.1. No forman parte de un sistema nacional de seguridad social.
  - 8.2. Existen formas múltiples de financiación.
  - 8.3. La financiación está basada en la capacidad de aporte económico del beneficiario.
  - 8.4. Gravan más a los sectores de menor capacidad económica.
  - 8.5. No asegura una prestación de servicios de alcance nacional y general.
9. Es necesario precisar la diferencia entre los actuales seguros de enfermedad y un seguro de salud. Los seguros de enfermedad únicamente contemplan la prestación de servicios de recuperación en los casos de enfermedad y de accidentes de trabajo. Constituyen, sin embargo, una etapa útil en la evolución hacia formas más perfeccionadas de seguridad. Un seguro de salud contempla la seguridad del individuo durante toda su vida, desde la concepción hasta la muerte; y para satisfacer de manera integral todas las necesidades en materia de salud y enfermedad.
10. Se considera que un Seguro de Salud debe reunir las siguientes características:
  - 10.1. Debe ser un sistema de carácter nacional, incorporado al sistema de la seguridad social del país.

- 10.2. Único, uniforme y obligatorio para toda la población.
- 10.3. Basado en la necesidad del asegurado y no en sus aportes económicos.
- 10.4. Fundado en un régimen financiero único y racional, aunque su administración sea descentralizada.
- 10.5. Financiado por toda la población de acuerdo a la capacidad económica de los contribuyentes.
11. El financiamiento del Seguro de Salud deberá ser inicialmente tripartito para las primeras etapas, siendo desplazado lo más rápidamente posible, por impuestos y tributos a los sectores económicamente más poderosos, de manera que NO incidan sobre el consumo.
12. En el organismo de gobierno deben estar representados al comienzo, el Estado, las patronales y los trabajadores en actividad y pasivos con predominio de la representación de los trabajadores.
13. El organismo normativo de los servicios de atención médica debe estar integrado con representación de los usuarios y de los trabajadores de la salud, profesionales y no profesionales.
14. La administración de los servicios de salud debe estar a cargo de especialistas en la materia, trabajando en régimen de dedicación exclusiva.
15. Debe asegurarse una estrecha y permanente interrelación y coordinación entre los organismos de gobierno del Seguro, el organismo normativo de prestación de servicios y la administración de los servicios.
16. Se aprueba el siguiente Plan de Divulgación sobre los problemas de la salud y las conclusiones adoptadas en esta Asamblea:
  - 16.1. Publicación de lo actuado en la Asamblea Nacional Sindical sobre la Salud.
  - 16.2. Difusión amplia entre todos los sectores de la población.
  - 16.3. Realizar ciclos de charlas de información solicitando la colaboración de los asesores necesarios, complementadas con películas u otro material documental, y seguidas de discusión posterior.
  - 16.4. Discusión del tema en las respectivas gremiales.
  - 16.5. Interesar a los sindicatos a colaborar con la Comisión de Seguridad Social de la CNT para seguir trabajando en este problema.
  - 16.6. Recomendar a la Comisión del Interior de la CNT y a los Plenarios Departamentales, la mayor difusión posible del material elaborado.

# URUGUAY EN LA ASAMBLEA MEDICA MUNDIAL

## REPORTAJE AL Dr. OMAR BARRENECHE

A su regreso de España, donde concurrió como delegado de Uruguay junto con el Dr. Milton Rizzi Castro a la Asamblea de la Asociación Médica Mundial, entrevistamos al Dr. Omar Barreneche, que luego de cesar como miembro del Consejo ha sido nombrado Representante Regional para América Latina. La Asamblea se realizó en Madrid, entre los días 10 al 17 de setiembre de 1967, y tuvo como sede el Instituto de Educación Física y Deportes de la Ciudad Universitaria de Madrid.

Fue particularmente grato —nos dice el Dr. Barreneche— el reencuentro con la delegación francesa que continúa manteniendo grandes sentimientos de amistad y admiración hacia el Uruguay desde la época de actuación de Castells. En ese sentido he tenido muchas satisfacciones, como uruguayo. De los colegas españoles, al que conocíamos era al Presidente de la Asamblea, Dr. Alfonso De La Fuente Chaos, en oportunidad de la Asamblea anterior. Cirujano, Profesor, ocupa el más alto cargo dentro de la cirugía en España; es Presidente de los Colegios Médicos; persona de gran dinamismo y capacidad organizadora. Tuve oportunidad de conocer otros colegas, representantes de un sindicato de actividades sanitarias que se ha formado hace unos dos o tres años, que abarca a todos los que trabajan en la salud (médicos, enfermeros, etc.) que se caracterizan por ser asalariados y cuya finalidad básica se refiere a las relaciones laborales entre éstos y los empleadores.

### ¿Hay alguna diferencia entre la agremiación médica en sí y ese sindicato?

En España, hay en cada provincia un Colegio Médico de afiliación obligatoria y se agrupan en el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España. Se ocupa de los problemas deontológicos, morales, de ética médica y también de relaciones laborales y gremiales. Ese otro sindicato que se ha formado, agrupa a un sector más reducido de la actividad médica. Está en muy buenas relaciones con el Consejo General de Colegios Oficiales y es compatible la afiliación simultánea. Han conversado conmigo expresando sus deseos de establecer relaciones con el Sindicato Médico del Uruguay, haciéndoles saber, a mi vez, que la nuestra es una Institución de muy diferente estructura a la de ellos.

### ¿Qué podría decirnos de interés para nuestra masa social?

La Asamblea fue bastante concurrida. Hubo treinta y dos países representados directamente y cuatro más por delegación de poderes. A nosotros nos cupo el honor de representar al Perú.

Lamentablemente la asistencia de América Latina fue bastante reducida. Esto es lamentable porque los países latinoamericanos deben pesar más dentro de la Asamblea Médica Mundial.

No, no hay una manifestación ostensible de rivalidad entre países sajones y países latinos —responde a una pregunta nuestra y agrega: En realidad, cualquier país que actúe directamente, como lo ha hecho el Uruguay, puede influir en la marcha de la Asociación Médica Mundial. Es decir, todas aquellas mociones que son propuestas, los problemas que son planteados por los distintos países, tienen andamiento. Son atendidos, escuchados y llevados adelante. Todos los países tienen posibilidades de hacer oír su voz, pensamiento y su manera de entender las cosas. Todos actúan en pie de igualdad. En tales aspectos el Uruguay tiene una buena experiencia, porque en todos los años de su actuación ha hecho prosperar cantidad de iniciativas, algunas de las cuales han chocado con la manera general de actuar hasta ese momento. Incluso, la actuación de Castells provocó, evidentemente, muchas modificaciones en ese sentido haciendo que la Asociación fuera más abierta y más amplia. En este momento la Asociación Médica Mundial funciona con la más absoluta democracia y libertad. Por ejemplo, la edición de la "Revista Médica Mundial" por separado entres idiomas, fue iniciativa de Castells. Actualmente se hace una edición en inglés, una en francés y otra en español que editamos aquí en el Sindicato Médico del Uruguay. Antes se hacía todo en un solo volumen, que salía más costoso y con una difusión muy menor.

En cuanto al funcionamiento de la Asamblea, ésta atiende todos los problemas elevados por el Consejo de la Asociación. El Consejo no toma ninguna resolución que comprometa a la institución, de por sí. Este estudia los problemas y los lleva a la Asamblea para que los resuelva, recibiendo a su vez mociones e iniciativas de los asambleístas que son aprobadas por la Asamblea o que pasan al Consejo para su estudio y que luego somete a aquella para su resolución. Es decir, que el órgano máximo de funcionamiento es la Asamblea. La puerta de entrada de los asuntos a tratar por la Asamblea es el llamado Comité de Referencia. Está integrado por un número variable de países. Pero sus sesiones son públicas, pudiendo participar todos los asambleístas, dando sus opiniones respecto a los asuntos elevados por el Consejo y trayendo sus propias iniciativas. Luego se reúne el Comité para elaborar los proyectos de resolución que elevará a la Asamblea, la cual aprueba, rechaza o modifica. Como se ve, los asuntos tramitados son objeto de un amplio debate.

Otra noticia de interés, es que la reunión del Consejo de la Asociación Médica Mundial correspondiente a 1969 se realizará en Montevideo, en febrero.

### ¿Qué problemas importantes fueron tratados en esa oportunidad?

Sería imposible compendiar en este reportaje todos los problemas tratados. En primer término, quisiéramos señalar los problemas médico-sociales. Se refieren a las formas que en los distintos países se utilizan para oponerse a legislaciones sociales inaceptables mediante la resistencia médica. Es decir, aquellas modalidades de gestión y oposición médica a situaciones de conflicto en todos los niveles, adoptadas por los distintos países. Se señala que en caso de medidas extremas, el término correcto a aplicar es el de "resistencia médica", que aplicamos nosotros en el Uruguay. Es un término de cuño nuestro, aunque no lo usa la Asociación Médica Mundial en su literatura.

Otro de los problemas que están en estudio es la situación de los médicos asalariados, en los seguros, la del médico general. El hecho importante, es que ya se decidió darle una importancia especial a los problemas médico-sociales, sobre todo en lo que se refiere a los seguros, resolviéndose que en la reunión de París, en 1969, se dedicarían dos días exclusivamente al estudio de estos problemas médico-sociales. El programa será propuesto por la Asociación Médica Francesa y, seguramente, será de un gran interés porque sabemos que los franceses tienen una gran experiencia y están trabajando muy bien en materia de seguridad social.

La enseñanza médica es otro de los problemas importantes. Ya se han realizado tres Conferencias Mundiales de Enseñanza Médica y ahora se aboca a la cuarta. Habrá de realizarse en Europa en 1972. El tema propuesto es "La enseñanza médica, una responsabilidad colectiva". Estas conferencias pretenden ser una avanzada en esta materia. Se pretende que tracen rumbos, como lo han estado haciendo en las tres conferencias anteriores. Esta labor trascendente se hará a través de las asociaciones médicas nacionales que serán responsables en sus países de detalles de organización y temario y que, por supuesto, tienen que interesar a los organismos de formación médica, particularmente a las Facultades de Medicina.

### ¿Qué ponencias llevó el Uruguay en esta oportunidad?

Se presentó a la Asamblea una declaración con respecto a la difusión prematura de adelantos en investigación médica que provocan cierto desconcierto en la opinión pública e incluso en la opinión médica. Esto fue aprobado. Otra ponencia presentada fue la de abocarse al estudio del abaratamiento de las publicaciones médicas y, además, una relacionada con la prestación de asistencia médica al colega que viaja, siendo importante que los organismos gremiales puedan ofrecer ese auxilio. Debo recalcar que la ponencia uruguaya respecto a la difusión prematura de adelantos en investigación médica, fue aprobada por unanimidad y sin discusión; solamente hizo uso de la palabra el delegado alemán para señalar que votaba complacido, ya que hacía pocos meses la Asoc. Médica Alemana había hecho una declaración prácticamente igual.

### ¿Desea agregar algo más?

Sí. Es importante señalar que la Asociación Médica Mundial resolvió exhortar a las Facultades de Medicina para que en sus planes de estudio incluyan una Cátedra de Ética Médica y que a los médicos, en el momento de graduarse, se les entregue una copia del Juramento Hipocrático, de la Declaración de Ginebra y Declaración de Helsinki, sobre ética médica.

En cuanto a lo estrictamente personal, me llamó mucho la atención el gran interés demostrado por los españoles por los problemas, por las vinculaciones con aquellos países de habla hispana, particularmente de América Latina, a la cual ellos llaman hispanoamérica, y Filipinas, a la que consideran unida culturalmente a España. Ese interés se traduce en el deseo de colaborar con los países se habla española en cualquier clase de problemas. Me enteré que en España existen 15.000 estudiantes latinoamericanos, de los cuales 7.000 estudian medicina. Se han constituido en universidades y los grupos más numerosos, como los brasileños, tienen en la Ciudad Universitaria de Madrid la Casa de Brasil; se habla que venezolanos y peruanos tienden a hacer lo mismo. Hay grandes facilidades para la obtención de becas para estudiantes y médicos latinoamericanos que quieran perfeccionarse en España. Dentro de estas tendencias, es de destacar el interés que tiene el Dr. Alfonso De La Fuente Chaos de constituir una Asociación de asociaciones de habla hispana, iberoamericana, a los efectos de coordinar una labor en dos sentidos: en España crear una residencia iberoamericana que tendría como finalidad alojar a becarios médicos que fueran a recibir cursos de especialización y, desde España crear una corriente inversa hacia América Latina, de médicos especializados allá, para llenar necesidades médicas en distintas regiones de América Latina.

Estando allá y conversando con los españoles, se tiene la noción clara que la Madre Patria no es solamente una palabra, sino que lo sienten así. Y esto no es una formalidad, es un hecho sentido notorio.

España tiene una superpoblación médica. Produce unos 5.000 médicos por año, necesitando unos 1.500. En España, como en Portugal, Francia y la mayor parte de los países europeos, no existe limitación del alumnado. Claro que la enseñanza no es gratuita, pero el que puede o el que hace un sacrificio para hacerlo, puede estudiar.

En España hay Seguro de Salud y abarca aproximadamente al 90% de la población. Las realizaciones hospitalarias son muy buenas. Yo visité un centro hospitalario que se llama Residencia La Paz. Es un centro para 1.500 camas y está dividido en cuatro pabellones. Hay todas las especialidades. Se trata de un edificio moderno, muy funcional. Presta asistencia externa, tiene ambulancias y, por supuesto, presta una asistencia interna completa. La población campesina fue incorporada al Seguro recientemente, incluyendo al trabajador a destajo. La asistencia no hospitalaria se presta mediante el sistema de registro, teniendo cada médico a su cargo unas 600 familias. El Seguro es obligatorio para la población, no así para los profesionales. Sin embargo, cada vez se registran más profesionales y, en ese sentido, el Director de Residencia La Paz que me dio estas informaciones, dijo sentir una gran satisfacción por este hecho. En cuanto a las remuneraciones médicas, no son, a mi entender, muy satisfactorias.



sindicato médico del uruguay  
montevideo - uruguay