

noticias

SINDICATO
MEDICO
DEL
URUGUAY

COLONIA 1838
Teléfono 40.11.89

Franqueo a Pagar — Cuenta N° 109
Decreto del P. E. de Enero 1951
Impresos de Interés General
Correos del Uruguay — Permiso N° 169

Filial de la Confederación Médica Panamericana y Miembro de la Asociación Médica Mundial. — REDACTOR RESPONSABLE: Dr. Luis A. Carrilquiry. CRONISTA CORRESPONSAL: Dr. Anselmo De Simone. TIRAJE: 7.000 Ejemplares. — COLABORAN: Dr. Efraim Margolis.

UN PROGRAMA DE ACCION

La crisis financiera actual del mutualismo —que a su vez, no manifiesta otra cosa que la crisis definitiva de su vigencia— ha venido a sumarse en las últimas semanas, a las reivindicaciones salariales y laborales del gremio médico para configurar una situación de emergencia en el campo de la salud.

Ya existe prácticamente una conciencia unánime —y las manifestaciones del nuevo Ministro de Salud Pública abonan en ese sentido— de que no caben más las "soluciones" provisionales, los "parches" que atenúan las aristas más filosas del sistema, distienden las tensiones, pero solamente postergan, por cada vez menores lapsos, el estallido de nuevas crisis y conflictos: la profundidad del deterioro ha puesto a la orden del día, en situación de imperiosa inmediatez, las soluciones de fondo que hasta ayer no más parecían constituir el horizonte lejano.

Resulta por ello fundamental que el Sindicato Médico sepa encuadrar en estos momentos su acción de una manera programada, planificada e integral, ubicando sus reivindicaciones específicas dentro del marco de su contribución a la solución global de los problemas de la salud, evitando a la vez los riesgos, siempre al acecho, de las generalidades inconducentes, que flotan por encima de las necesidades acuciantes de gran parte de la masa médica nacional y de los particularismos egoístas, que nos aíslan de los problemas reales de la población y nos esterilizan en un ámbito cerrado y sin salida.

Obvio es a esta altura la intrínseca ligazón entre salud y desarrollo económico, social y cultural, pero no parece gratuito en estos momentos reafirmar que no puede ni podrá haber salud para todos sin desarrollo integral para todos. El Sindicato Médico debe y deberá por lo tanto continuar reclamando de los poderes públicos una política auténtica de desarrollo en la justicia, sabiendo que esa exigencia, lejos de significar una intromisión indebida en un campo que le es ajeno, resulta de un imperativo dictado por la misma conciencia médica, como extensión de su obligación de luchar por la mejora incesante de la salud pública. Y sus miembros en particular, en cuanto ciudadanos, en los más diversos ámbitos, deberán empeñarse en esta lucha, que no admite descansos.

Pero también es claro que es fundamentalmente en un sector más restringido, donde se ejerce en forma preponderante la contribución específica del

gremio médico: la mejora de la atención médica de toda la población.

Ello supone, necesariamente, en primer lugar, la creación de una real estructura sanitaria nacional, capaz de ampliar la asistencia a toda la población y de mejorar el nivel de esa asistencia, dentro de un óptimo empleo de los recursos, frente a la actual yuxtaposición de organismos prestatarios de asistencia, que redundan muchas veces en el deterioro de la calidad y siempre en el despilfarro de recursos. En una primera etapa, por lo tanto, deberá coordinarse la acción de los servicios existentes en el sector público y privado, coordinación a llevar a cabo bajo la dirección de un organismo central de coordinación a crearse, lo que llevaría a la constitución de un Sistema Nacional de Salud, dentro del cual los diversos servicios armonizarían sus cometidos y concurrirían conjuntamente al objetivo común de ampliar en cantidad y calidad la asistencia. En una segunda etapa, se llegaría finalmente a la constitución de un organismo único de asistencia, el Servicio Nacional de Salud, capaz de brindar la asistencia integral con la máxima eficiencia posible, sin discriminaciones de ningún tipo y en un mismo nivel de calidad a toda la población.

Pero estas transformaciones estructurales, que distan de ser novedosas en el mundo, y que ya se han realizado en numerosos países, tanto socialistas como capitalistas, exigen como presupuesto inmediato la adecuación de los recursos humanos, materiales y financieros implicados en la atención médica. Evidentemente no se puede construir una prestación adecuada de servicios de salud sobre la explotación de los médicos, obligados a diluirse en múltiples formas de subempleo para alcanzar un nivel de vida suficiente, o sobre los hospitales museo o sobre el aumento incesante de las cuotas de los mutualistas.

Y aquí entramos en el campo de los objetivos inmediatos, pues son las condiciones de posibilidad de esa coordinación de los servicios de asistencia que mencionábamos arriba.

En cuanto a los recursos humanos, y limitándonos solo a los médicos que forman apenas el 13% de los trabajadores del sector salud, los objetivos inmediatos deben ser:

- el logro de adecuadas condiciones de trabajo y remuneración;
- el control del ejercicio profesional;
- el mejoramiento de los medios de formación, perfeccionamiento y especialización;

En lo referente al primer punto, el panorama actual muestra como características principales a corregir:

- creciente dificultad ocupacional, como consecuencia de las casi universalmente anómalas formas de ingreso, que dejan apenas muy escasos cargos a los que se accede por concurso abierto y generan, pese al déficit global en el número de médicos, una oferta de trabajo inferior a la demanda, que se amplía con cada nueva generación, generando una tendencia creciente al subempleo médico y a la emigración calificada;
- dispersión del trabajo médico, a partir de la acumulación de funciones en diversos organismos prestatarios de salud, tanto en el sector oficial como en el privado, con el fin, muchas veces, de redondear ingresos dignos;
- jornada laboral ampliamente superior a las 8 horas, con ausencia frecuente del descanso semanal;
- necesidad de contar con equipos e instrumental propio a su cargo, también en gran medida consecuencia del deambular institucional, cobrando aquí una importancia decisiva el automóvil, que el médico "presta" a sus empleadores, sin recibir compensación adecuada y muchas veces a déficit puro;
- marcado desnivel e irracionalidad de las remuneraciones que varían según los organismos sin ningún criterio racional, y no tienen en cuenta la calificación del médico, apenas valorando su antigüedad y llevando, en el conjunto, a
- baja compensación del trabajo médico de alta dedicación horaria.

Para solucionar este problema, se encuentra en elaboración en el Sindicato Médico el proyecto de un Estatuto del Trabajo Médico, en el cual el gremio médico busca plasmar las condiciones a que aspira en cuanto a trabajo y remuneración, para darles fuerza de ley. Como programa mínimo, éste deberá incluir:

- sistematización de los mecanismos de ingreso a los organismos de asistencia, en base al concurso;
- estructuración de una real carrera funcional médica;
- establecimiento de la calificación automática periódica;
- aplicación real del máximo de 8 horas de trabajo;
- búsqueda de la concentración institucional del trabajo médico;
- estabilización de la ocupación médica, buscando sustituir las relaciones

de tipo zafra y el nefasto sistema de las suplencias;

- promulgación de normas de retribución racionales, en base a una remuneración base calculada de acuerdo a las horas mensuales, que se multiplicará por un coeficiente correspondiente al grado en el escalafón y se incrementará por dos conceptos fundamentales: antigüedad y calificación, sin mengua de los incentivos que se establezcan para favorecer la instalación en áreas rurales o estimular el desarrollo de especialidades en falencia;
- creación de adecuado sistema de retiro médico, que permita continuar recibiendo un porcentaje importante de los ingresos al jubilarse y pueda ser actualizado;
- facilitación de medios para el instrumental de trabajo indispensable, con especial atención al automóvil.

En lo referente al segundo punto, se hace imperioso contar con una adecuada legislación médica, que permita el control del ejercicio profesional por los propios médicos, lo que supone la sanción de una Ley de Colegiación Obligatoria, que unificando a los médicos en un organismo, les permita entender en todo lo relativo al ejercicio profesional, auxiliados por un imprescindible Código de Ética Médica, dejando los aspectos laborales y económicos dentro de la esfera de acción de las organizaciones gremiales, y fundamentalmente del Sindicato Médico.

En lo referente al tercer punto, es un reclamo ineludible mejorar la formación y perfeccionamiento de los médicos, lo que supone una activa preocupación y participación del gremio y sus delegados en los organismos universitarios y sobre todo en la Facultad de Medicina, con objetivos indiscutibles:

- lucha por un presupuesto adecuado;
- contribución crítica a la gestación y aplicación del nuevo Plan de Estudios, aportando las necesidades originadas por la práctica;
- desarrollo de los cursos de post-grado y reconocimiento de los títulos de especialista a nivel nacional;
- establecimiento de una política seria de investigación, tendiente a formar auténticos investigadores en líneas de trabajo relacionadas con la realidad social del país;
- y como corolario
- defensa irrestricta de la autonomía

96 DEL AÑO XV
MARZO DE 1972

universitaria, que lejos de significar aislamiento, significa libertad para contribuir de la mejor manera al desarrollo nacional.

En cuanto a los recursos materiales, el primer paso deberá ser la realización de un inventario de la capacidad instalada, con el fin de disponer de un panorama aproximado de lo existente y poder planificar las inversiones futuras absolutamente necesarias, en remodelación y construcción de servicios de salud y en equipamientos instrumentales, así como en abastecimientos.

Pero todo lo anterior no pasaría de ser una expresión utópica de deseos, destinada a cultivar nuevas frustraciones y escepticismos, de no arbitrarse los recursos financieros para llevarlos a cabo. Y en este aspecto, se impone, como fórmula financiera del nuevo Sistema Na-

cional de Salud, la institución del Seguro Nacional de Salud, mediante al aporte tripartito de los trabajadores, patronos y del Estado, que permitirá costear no sólo la asistencia médica integral a la totalidad de la población (sin perjuicio de que en una primera etapa se extienda solo a los trabajadores en actividad y pasividad, para ir ampliándose luego) sino también otorgar subsidios a salarios incapacitados por enfermedad, accidente o maternidad. Mediante esa fórmula financiera, distinta a la "socialización de la medicina" de la que tanto se habla hoy, ya que ésta supone un régimen socialista, integrada en la Seguridad Social, se podrá hacer realidad esa asistencia unificada y coordinada de la que hablamos al principio, siempre que tanto los médicos como los trabajadores estén representados a nivel de los organismos de

dirección, para asegurar que se ajusten a sus cometidos fundamentales y no se transforme en instrumentos de manipulación política, como ha sucedido y sucede con tantos Entes estatales y paraestatales.

En suma, lo que hasta ayer podría parecer un deseo generoso pero irrealizable hoy viene impuesto prácticamente en aras de una crisis que marca a las claras la caducidad irremediable de un sistema de salud obsoleto y perimido. Las soluciones a largo plazo se han acercado a ritmo vertiginoso hasta situarse delante de nuestras narices. Y ciegos seríamos si, desaprovechando la oportunidad nos dedicáramos en estos momentos a reivindicaciones menudas, desechando lo que se encuentra al alcance de nuestra mano, de nuestra lucha. Porque la misma caducidad del sistema continuando su

marcha cuesta abajo barrería en pocos meses o semanas con los magros frutos de esas mismas reivindicaciones menudas y nos encontraríamos pronto en la misma situación desgraciada de ahora, agravada por el deterioro incesante que traen los meses.

Es el momento de golpear y de golpear con firmeza. Porque la lucha no se resume en otra palabra que **dignidad**: por la **dignidad del trabajo médico**, por la **dignidad de la asistencia médica**. No se piden limosnas ni prebendas ni favores: se exige un trabajo digno para brindar una asistencia digna.

A los poderes públicos, la palabra. Pero a los médicos, a los socios del Sindicato y a los que no lo son, la militancia, más allá de divergencias pasadas, de escepticismos fútiles, de pequeños intereses creados.

INFORMATIVO DEL CENTRO DE ASISTENCIA

DECLARACION DE ORDENES

Se ha reiterado a los técnicos que, para poder agilizar el trabajo de la Sección Liquidaciones, la declaración de órdenes deberá realizarse a más tardar el día 10 de cada mes.

A LOS ABONADOS HONORARIOS

Los que tengan esta condición, sean o no técnicos, no deberán pagar ningún tipo de tickets, sea por órdenes, medicamentos, análisis, radiologías, etc.

TOPES DE REMUNERACIONES TECNICAS

Las autoridades acordaron reajustar esos topes de acuerdo a criterios vigentes en la Institución, estableciendo que, siendo el tope máximo del médico exclusivo de 6 sueldos base, el tope máximo del médico no exclusivo será un 25 % inferior a esa suma.

MEJORAMIENTO DEL ARCHIVO CLINICO CENTRAL

Se aprobó el informe de una Comisión Especial para la reestructuración del Archivo, a cuyos efectos se hará un llamado para contratar por el término de un año a un Médico Archivista.

TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

Se resolvió, previo informe de un grupo de especialistas, estudiar la creación a breve plazo de un Centro de Diálisis para adultos y para niños, sea sólo para el CASMU o en coordinación con otras Instituciones de asistencia colectivizada.

Al mismo tiempo, se creó la especialidad de la Nefrología en la Institución, estando en proceso de elaboración las bases de ingreso a la misma.

SITUACION ECONOMICO-FINANCIERO

La resolución Nº 210 de COPREN ha creado un grave problema, no sólo al CASMU sino a la medicina colectivizada en su mayoría. El aumento de sueldos del 27,20 % a partir del 1º de octubre de 1971, junto al alud de aumentos que el mismo provocó y todos los que se han venido produciendo luego de las elecciones del 28 de noviembre, han creado situaciones de verdadera angustia para poder pagar salarios y remuneraciones técnicas, así como medicamentos y demás artículos de consumo asistencial y administrativo. Con ese motivo, el CASMU terminó el año al 31 de diciembre de 1971 con un déficit muy significativo. Para cubrir las necesidades del último trimestre del año, deudas anteriores y pago del aguinaldo, se prometieron préstamos a corto plazo, y en condiciones poco satisfactorias.

Para equilibrar el presupuesto, solventar el déficit y reiniciar un programa mínimo de construcciones, se ha solicitado a COPREN un aumento de la cuota de alrededor de \$ 600 mensuales sin gravar más los tickets que vienen incidiendo desfavorablemente sobre los sectores menos pudientes. Se han abierto frentes de lucha también ante la Oficina de Planeamiento y Presupuesto y su "Comisión Sectorial de la Salud", ministerios, etc. Como subproducto de la situación, se ha creado un estado conflictual con los Laboratorios, que vienen exigiendo la compra al contado y el incremento de precios. Si el problema no se resuelve a muy corto plazo, es posible que la mayoría de la Medicina colectivizada entre en dificultades de pagos, lo que tendría un significado social tremendo y afectaría el trabajo de los profesionales de la salud.

Ya se han iniciado la difusión pública de la gravedad de la situación.

MUDARON SUS OFICINAS LLAMADO A CONCURSO

Señor Socio:

La Administración General del Sindicato Médico del Uruguay se complace en informarle que:

COLONIA DE VACACIONES
COMISION ADMINISTRADORA DE BIENES MUEBLES E INMUEBLES
FONDO DE SOLIDARIDAD SOCIAL

mudaron sus oficinas a:

ARENAL GRANDE 1676 (entre Paysandú y Uruguay) — Teléfono: 4.25.96
Donde tendrán sumo agrado en atenderle, en sus horarios habituales.

ASAMBLEA DE TECNICOS

Se discutió ampliamente la crisis económica de la institución, en el marco general de la medicina colectivizada, y la grave situación laboral y remunerativa de los médicos, resolviéndose:

La Asamblea General de Técnicos, convocada el día 3 de febrero de 1972, para tratar la situación económica de la Institución, ante la inoperancia de los órganos de gobierno en tomar decisiones que permitan el normal funcionamiento de los organismos de Asistencia Colectivizada, resuelve:

1) Propiciar que los aumentos de cuota, necesarios para financiar las Instituciones de asistencia colectivizadas, sean dispuestos en forma diferenciada, de manera que aquellas personas de mayores recursos ó ingresos efectúen una aportación mayor.

2) Trasladar ante la Comisión Sectorial de la Salud, designada por la Dirección de Planeamiento y Presupuesto, las resoluciones de las Últimas Asambleas del S.M.U. referentes a las condiciones laborales y remunerativas del médico.

3) Exigir del Gobierno Nacional medidas que permitan el refinanciamiento de la situación deficitaria de las instituciones, su desarrollo en plantas físicas y equipamiento de acuerdo al progreso técnico, así como la contemplación de condiciones de trabajo del profesional médico acorde con su condición. Se reclama una asistencia económica similar a la efectuada con la Industria Frigorífica y la Banca Privada en relación a la importancia vital que tiene el cuidado de la salud del pueblo, como medida transitoria hasta tanto la implantación de un Seguro Nacional de la Salud, otorgue las soluciones definitivas a las que toda la comunidad aspira.

4) De no obtenerse una inmediata respuesta de los Poderes Públicos, sobre el planteamiento efectuado por todas las instituciones colectivizadas y de los postulados arriba enunciados, la Asamblea de Técnicos del C.A.S.M.U. solicita al Comité Ejecutivo del S.M.U. la convocatoria de una Asamblea General de médicos con la finalidad de aprobar medidas de lucha.

Esa Asamblea ha resuelto fijarla el Comité Ejecutivo para el 17 de marzo.

GESTIONES POSTERIORES

El C.A.S.M.U. se viene movilizandando intensamente ante la opinión pública, sus abonados, afiliaciones colectivas, e informando a sus técnicos y funcionarios, sobre la necesidad que COPREN autorice el aumento de \$ 600 en la cuota mensual. Por su parte, las instituciones mutuales junto con el C.A.S.M.U. no concurren a la Comisión Sectorial de la Salud, hasta tanto la COPREN autorice los aumentos, pues es difícil discutir teóricamente alrededor de una mesa sobre planes futuros, mientras las instituciones vienen entrando en cesación de pagos y con dificultades cada vez mayores para pagar los sueldos de técnicos y funcionarios.

El petitorio de aumento contemplaba su inicio el 1º de enero de 1972. Ya el importante déficit se incrementó con los meses de enero y febrero, y el monto va siendo insuficiente. La gravedad crece día a día. El 1º de octubre de 1971, COPREN autorizó aumento de tickets que sólo contempló la cuarta parte de los aumentos votados (27,20 % sobre sueldos y un incremento de los gastos generales), después de las elecciones se han producido un alud de aumentos, y a ello se agrega la necesidad de comprar los medicamentos al contado.

El Estado cambió su primera oferta de subvención por un préstamo el que sólo se ha concretado en una pequeña parte, y además es a breve plazo e intereses normales, lo que significa, si se obtiene el resto, diferir por unos meses el déficit de Caja.

Es de señalar que esta crisis es de origen estrictamente gubernamental, pues la institución equilibró su presupuesto operacional durante agosto y setiembre ppdo., y sólo a partir del 1º de octubre, con la resolución Nº 210 de COPREN y aumentos posteriores, se produce la desfinanciación aguda.

El C.A.S.M.U. ha señalado la nefasta política de aumentos iguales para todas las instituciones, cuando las necesidades dependen de la calidad de atención médica que cada una brinda, y en ese sentido, los 230.000 abonados del C.A.S.M.U. son testimonio elocuente del respaldo público a su política asistencial.

Informativo del Comité Ejecutivo

COLABORACION DEL S.M.U. EN LA CREACION DE UNA GREMIAL

En conceptuosa nota remitida por la "Asociación de Técnicos no patronales de la Sociedad Universal", de reciente creación, se destaca así la colaboración del Sindicato Médico del Uruguay: "Luego de constituida nuestra Asociación, creada con la muy valiosa colaboración del Sindicato Médico del Uruguay, concretada en la solidaridad, el local y el asesoramiento brindado por el Br. Raúl J. Scoseria, así como también las funciones administrativas a cargo de la Oficina Gremial del S.M.U., nos vimos gratamente sorprendidos por el importante número de colegas que asistieron a las Asambleas Generales iniciales y las iniciativas e inquietudes que planteaban". Es de destacar que la creación de esta gremial de técnicos permitió lograr que se cumplieran algunas disposiciones del laudo que no eran respetadas.

COMISION DE CULTURA DEL S.M.U.

Por resolución de fecha 30 de diciembre de 1971, el Comité Ejecutivo creó la Comisión de Cultura que funcionará como organismo permanente del C.E. Sus objetivos serán: planear, organizar, ejecutar y evaluar exposiciones, conferencias o actividades que a través de las distintas manifestaciones culturales sirvan para facilitar

el acercamiento entre los asociados y el público. Se designó al Dr. Ruben Gary, promotor de la iniciativa, como miembro responsable de dicha Comisión y con la facultad de elegir sus colaboradores previa comunicación al C. Ejecutivo.

REIVINDICACIONES MEDICAS

En el ámbito de los grupos de trabajo relacionados con la lucha por las reivindicaciones laborales y sociales del médico, se ha creado una Comisión de Movilización que, integrada y coordinada con aquellos grupos, tendrá a su cargo delinear la estrategia a seguir por el gremio ante las reclamaciones que éste postula frente a diversos organismos estatales y cuya dilatoria en el pronunciamiento, por parte de esos organismos, a los problemas planteados, vienen creando en el cuerpo médico nacional serias inquietudes. Dicha Comisión, que ya ha realizado algunas reuniones, quedó integrada por los Dres. Larre Borges, Touyá, Wolf, Gary y el Br. Washington Bermúdez.

FUNDAMENTAL GESTION DEL S.M.U. EN CONFLICTO LABORAL

En conflicto planteado entre los técnicos asalariados de "IDHEMCO" con esa institución, le cupo al Sindicato Médico una destacada función en la solución del problema. Luego de la solidaridad brindada por el Comité Ejecutivo y el asesoramiento recibido de parte del Br. Raúl Scoseria sus planteos fueron resueltos favorablemente tanto en las condiciones asistenciales como en las laborales. Agradecen el apoyo recibido y solicitan asesoramiento permanente, así como la posibilidad de utilizar nuestro local sindical para mediante asamblea constituir la Asociación de Técnicos Asalariados de IDHEMCO, en forma similar a como lo han hecho colegas de otras instituciones médicas.

CONFLICTO MEDICO EN COSTA RICA

Con fecha 7 de febrero de 1972 se dio entrada a una nota del Secretario General de la Asociación Médica Mundial, informando del conflicto que la Unión Médica Nacional de Costa Rica mantiene con el gobierno de ese país. Por dicha nota se solicita se exhorte a los médicos latinoamericanos a no suscribir contratos de trabajo con el gobierno costarricense.

VIATICO POR LOCOMOCION: PEQUEÑO PROBLEMA Y GRAN DRAMA

Decimos un pequeño problema pues el viático es sólo una pequeña parte del problema mayor que es el de la locomoción del médico dentro de este sistema, que obliga a disponer previamente de esa herramienta para poder desempeñarse como funcionario de una institución. Y también este problema como derivado de otro aún mayor, como lo es, sin duda, la irracional estructura sanitaria que padecemos.

En efecto, el gran problema creado por la multiplicidad de instituciones, cargos médicos de pequeño volumen de trabajo, distintas zonas, radios o servicios de urgencia a cubrir, han creado la figura de ese esforzado trabajador a domicilio que se ha dado en llamar el "médico taximetrista". Con un radio de acción que en los hechos está determinado por los límites del departamento y sin posibilidad de trabajo asalariado de no poder disponer, para cumplirlo, de un medio de transporte propio.

El sistema no proporciona ni el medio, ni la financiación de su compra, ni su reposición. Solamente hasta Enero de 1968 financiaba en parte los gastos de mantenimiento con la por entonces ya exigua "compensación por locomoción".

Por esa época, Congelación Salarial y COPRIN mediante, el Gobierno determinó una drástica reducción de los salarios en general. Pero lo más grave fue que junto a ella determinó la congelación definitiva y no actualizable de los viáticos en general. Y esto terminó por distorsionar totalmente el sistema, al punto de que en la

actualidad \$ 7 por día de viático para una orden domiciliaria de 15 días de duración, no cubren siquiera un tercio de un solo pasaje en ómnibus.

Y esta distorsión, pequeño problema dentro del contexto general de deterioro socio-económico, ha significado para el médico un gran drama: el envejecimiento general de la flota locomotiva a los niveles de obsolescencia actuales; el financiamiento —de su propio salario congelado— del gasto por locomoción que demanda la asistencia, la pérdida de su medio de locomoción (sin que el sistema, aún corrigiendo el viático, se le permita reponer) y, en muchos casos la pérdida del trabajo por ser médico suplente y no poder cumplir con el servicio domiciliar.

Hace exactamente dos años que el S.M.U. emprendió su lucha por la reivindicación parcial del reajuste del viático; durante su transcurso se plegaron a ellas otras agrupaciones médicas amigas. Pocos días antes de las Elecciones Nacionales COPRIN se veía obligada a aprobar un proyecto paliativo que remitió para la promulgación del Presidente Pacheco. Hoy a casi tres meses y medio seguimos sin novedades —a pesar de nuestras gestiones— y con el aumento del 100 % de la nafta, no podíamos menos que responder con un paro preventivo y limitado del auto del médico.

Y esperamos que esta nueva administración se aboque a resolver definitivamente, no ya el ajuste del viático sino también el problema integral de la locomoción del médico.

CONFLICTO EN EL LABORATORIO DE INMUNOLOGIA PARASITARIA

El Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay, en sesión del 17 de febrero, en relación a la Resolución del Poder Ejecutivo por la cual el Laboratorio de Inmunología Parasitaria fue puesto dentro de la órbita de la Comisión Honoraria de Lucha contra la Hidatidosis, y bajo su dependencia, adoptó la siguiente resolución:

1) "Declarar en conflicto los cargos en el Laboratorio de Inmunología Parasitaria (LIP)".

2) "Cursar nota al Ministerio de Salud Pública, comunicando la resolución, y pidiendo la derogación del Decreto que pasó al LIP, a la órbita de la C. H. L. H."

Esta decisión fue adoptada en base a los siguientes fundamentos:

1º) El Laboratorio de Inmunología Parasitaria es, históricamente, producto del desarrollo del Laboratorio de Micología de la Colonia Sanatorial "Gustavo Saint Bois", cuyo funcionamiento comenzó en Febrero de 1964.

Creador e impulsor de dicho Laboratorio fue el Dr. Luis A. Yarzabal; los investigadores del Servicio de Parasitología de la Facultad de Medicina y Farmacia de Lille (Francia) se interesaron por los trabajos realizados. El Profesor André Capron visita el Uruguay en 1967 con motivo del Congreso Nacional de Medicina Interna realizado en el Hospital de Clínicas, tomando contacto con la grave realidad que para el Uruguay significaba la Hidatidosis, e informando sobre los excelentes resultados obtenidos por su equipo en el diagnóstico inmunológico de la enfermedad.

De todo ello resultó la donación francesa al Uruguay del instrumental básico para instalar una Unidad de Inmunología Parasitaria; contribución anual para gastos de mantenimiento y ampliación e intercambio de técnicos entre la Facultad de Lille y la Unidad proyectada en Montevideo.

Las gestiones fueron realizadas en París por el Prof. Capron y el Dr. Yarzabal, que se encontraba en uso de una beca.

Por iniciativa del Prof. Purriel, la Unidad fue destinada a funcionar en el Ministerio de Salud Pública (Colonia Saint Bois), donde se encontraba como ya se ha dicho, el Laboratorio de Micología.

Así nació el Laboratorio de Inmunología Parasitaria, por incorporación de la Unidad, al L. M. El Dr. Yarzabal fue designado Jefe de dicho Laboratorio; luego obtuvo por concurso un cargo de Médico Adjunto de Asistencia Externa del M.S.P. y se le encargaron funciones de Jefe de Laboratorio en julio de 1970. Los demás cargos fueron cubiertos mediante contrataciones efectuadas por el Ministro de Salud Pública o por la

Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa, uno de cuyos integrantes es el Prof. Purriel.

2º) El LIP, tal como estaba recomendado por los donantes, y como estuvo siempre en el espíritu de su Jefe y Personal, trabajó intensamente en el campo de la Hidatidosis, sin perjuicio de que destinase un 25 %, aproximadamente de su actividad a la investigación de las micosis profundas, conforme a lo que resultaba de su origen histórico, y de las necesidades de la salud pública nacional.

El LIP no retacó en lo más mínimo la colaboración a la Comisión Honoraria para la Lucha contra la Hidatidosis, sino que dedicó a ese trabajo el 75 % de su actividad. La CHLH no se ha quejado nunca de la colaboración recibida.

3º) Lo que antecede resulta de las informaciones proporcionadas a la Mesa de este Comité Ejecutivo por los Dres. Yarzabal y Purriel, en todo aquello en que son esencialmente coincidentes.

4º) Así las cosas, el Poder Ejecutivo resuelve el 23 de noviembre de 1971, que el LIP pasará a funcionar en la órbita de la CHLH, quedando sometido a su jerarquía.

5º) La CHLH se dispone suprimir el sistema de exclusividad a la lucha contra la Hidatidosis, dedicando a otros aspectos de la inmunología parasitaria sólo el "tiempo sobrante", y siempre que contara con la anuencia de la Comisión Honoraria. Tal lo que nos ha informado el Dr. Yarzabal.

El Prof. Purriel explicó a la Mesa de este Comité Ejecutivo que la expresión "tiempo sobrante" debía entenderse en el sentido de dedicación subsidiaria, y que sería posible llegar a entendimientos en cuanto a la "anuencia" de la CHLH. No negó que en la entrevista sostenida por la Subcomisión Científica con el Dr. Yarzabal se habían utilizado dichas palabras.

6º) La CHLH se dispone suprimir el sistema de "contratación" del personal del LIP, y llenar los cargos por concurso, en carácter de titulares y permanentes.

7º) El equipo que trabajaba en el LIP no se presentó a dicho concurso. Trabaja actualmente en el Hospital de Clínicas en diagnóstico de hidatidosis y micosis, si bien no han recibido encargos de diagnóstico por parte de la CHLH, mientras que sí se les ha encomendado por otras Instituciones.

8º) Ante tales hechos, este Comité Ejecutivo llega a las siguientes conclusiones:

a) La provisión en carácter definitivo de cargos en la CHLH, sería violatoria del Inc. d) del Art. 5º de la Ley Nº 13.459 que creó la Comisión Honoraria.

Esta sólo puede contratar por un máximo de un año al personal, y deberá preferir al personal presupuestado del MSP.

b) Tratándose de dos dependencias del MSP, y no habiendo prohibición expresa en las normas constitucionales o legales, el Poder Ejecutivo no está impedido de reumir en un solo Instituto la CHLH y el LIP, en las condiciones que lo hizo.

c) No está, sin embargo obligado a hacerlo, pues no hay disposiciones constitucionales o legales que se lo impongan. Tampoco es necesario que en una campaña de lucha contra la Hidatidosis la actividad científica dependa del órgano encargado de ejecutarla. En Nueva Zelandia, donde el programa se desarrolla con pleno éxito, así se han mantenido separadas.

d) La Resolución de 23 de noviembre de 1971, sin embargo, debe ser analizada desde el punto de vista de la oportunidad y de la conveniencia. Y en este aspecto, cabe citar: no había necesidad impuesta por la realidad del trabajo científico del LIP, ni del trabajo de Policía Sanitaria de la CHLH, que obligara a incluir el LIP en la CHLH. Su funcionamiento durante 4 y medio años había sido ampliamente satisfactorio posibilitando la campaña antihidatídica de la CHLH en San José y Flores. No es oportuno someter al LIP, dirigido hasta ahora por un científico realmente dedicado al mismo, y que contaba con un equipo de trabajo científico profundamente identificado con aquél, a la jerarquía de la CHLH, cuando ya se ha visto que no había necesidad de hacerlo.

e) Los hechos han demostrado que la Resolución del Poder Ejecutivo no era oportuna, ya que como consecuencia de ella el LIP ha dejado de funcionar; no se hacen diagnósticos de Hidatidosis en el país para la CHLH; no será fácil crear un nuevo equipo que sustituya al primero si se logra será con grave pérdida de tiempo, o con grandes gastos por contrataciones muy onerosas en el extranjero.

8º) En tales condiciones, este Sindicato Médico del Uruguay, se ve precisado a hacer lo que está dentro de sus posibilidades para que las cosas se repongan al estado inicial, derogándose una Resolución a todas luces inconveniente para los mejores intereses del país.

Por estas razones ha pedido al Sr. Ministro de Salud Pública se derogue la Resolución Nº 6879 de fecha 23.11.71, reponiéndose toda la situación al estado en que se encontraba antes de que se dictara.

El Comité Ejecutivo

SINDICATO MEDICO DEL URUGUAY

GESTIONES REALIZADAS

Desde comienzos del año 1970 el Sindicato Médico venía realizando gestiones ante COPRIN, referentes al aumento del viático para locomoción, congelado desde junio de 1968, pese a haberse registrado desde entonces aumentos de los combustibles.

Pero fue principalmente a comienzos del año pasado, que los actuales planteos reivindicativos comienzan a tomar forma y empuje. Por un lado, las nuevas autoridades del Sindicato Médico deciden emprender un examen global de la situación de los médicos con el fin de levantar una plataforma reivindicativa en busca de soluciones globales en el sector salud. Por el otro lado, varios grupos de médicos plantean en el seno de sus respectivas sociedades científicas su preocupación ante el deterioro de sus salarios e ingresos como consecuencia de la congelación. Ambas inquietudes convergen hacia la formación en el seno del Sindicato de una amplia Comisión, integrada por delegados del Comité Ejecutivo y por representantes de diversas especialidades médicas designados por las sociedades científicas respectivas. La labor de esta Comisión culmina en la Asamblea del 10 de agosto de 1971 con la aprobación de una plataforma mínima de reivindicaciones salariales y laborales, elevada a COPRIN 10 días después. Esta plataforma mínima, que aún se mantiene vigente, se completaría posteriormente con un proyecto de Estatuto del Trabajo Médico y otro de Colegiación Médica Obligatoria, que siguieron siendo elaborados por sendas Comisiones. La plataforma mínima incluye los siguientes reclamos:

1) que la compensación por locomoción por el uso del automóvil propio del médico, sea aumentada en un 400 %

2) que las órdenes a consultorio tengan solamente validez durante 15 días y las órdenes a domicilio y a sanatorio durante 7 días

3) que la cirugía en frío aumenten en porcentajes variables según el tipo de operación

4) que en la cirugía de urgencia los valores sean aumentados en 20 % sobre los solicitados en el numeral anterior

5) que se aumenten en porcentajes variables los actos médicos de los Anátomo-Patólogos y Endoscopistas.

6) que se ajuste la remuneración del acto médico de los Psiquiatras.

Veinte días después, el 14 de setiembre, el Sindicato Médico envía un telegrama al Presidente de COPRIN, Tte. Coronel Servetti, solicitándole pronunciamiento sobre las exigencias presentadas, que no obtiene otro resultado que una entrevista con el Dr. Bugalla, miembro de la Comisión, que promete una respuesta a corto plazo.

A mediados de diciembre, habiendo pasado las elecciones, y no existiendo aún pronunciamiento de la COPRIN se eleva al Tte. Coronel Servetti un nuevo telegrama:

SOLICITAMOSLE RESPUESTA COPRIN NUESTROS PETITORIOS REGISTRADOS CUATRO EXPEDIENTES ANTE ESE ORGANISMO REIVINDICACIONES LABORALES SALARIALES MEDICAS.

Unos días después, el Poder Ejecutivo decide la formación de una Comisión Sectorial de la Salud, en la órbita de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, pa-

ra estudiar las soluciones al problema de la salud, ante la existencia conjunta de las reivindicaciones médicas y de la crisis financiera de las mutualistas.

En el curso de los meses de enero y febrero comienza a funcionar dicha comisión y el Sindicato Médico se integra a su trabajo, planteando como primer punto la satisfacción de sus reivindicaciones laborales y salariales. A mediados de febrero, no sin discusiones previas, la Comisión aprueba por mayoría, recomendar al Poder Ejecutivo la satisfacción de la plataforma del Sindicato Médico.

El 2 de marzo pasado, ante la inminencia de aumento de cuota de las mutualistas, divulgada por la prensa, se envía un nuevo telegrama al recién designado nuevo presidente de la COPRIN, Cont. Nilo Marquez:

SINDICATO MEDICO DEL URUGUAY ADVIERTE QUE NO SE RESUELVE LA SITUACION DE EMERGENCIA DEL MUTUALISMO SI NO SE CONTEMPLAN LAS ASPIRACIONES MINIMAS PLANTEADAS POR EL GREMIO MEDICO A COPRIN EN 10/AGO/71 Y REITERADAS CON EL AVAL DE LA COMISION SECTORIAL DE LA SALUD.

El mismo día, el nuevo ministro de Salud Pública, Prof. Pablo Purriel, expresa que su misión en el Ministerio es la "socialización de la medicina", entendiendo que ya no caben más soluciones parciales.*

Finalmente, el 6 de marzo pasado, la Mesa del Comité Ejecutivo, se entrevistó con el Ministro Purriel y dos días después le elevó un extenso memorandum sobre su parecer con respecto a los pasos a dar en el sector salud.

LA ENTREVISTA CON EL MINISTRO DE SALUD PUBLICA

Entrevistamos brevemente al Dr. Barreneche, Presidente del Comité Ejecutivo, sobre la entrevista con el Prof. Purriel.

—Dr. Barreneche ¿cómo se gestó la entrevista?

—En realidad obedeció a una verdadera convergencia de intereses. Ante las manifestaciones del nuevo Ministro, que afirmó la necesidad de buscar soluciones de fondo en el sector salud y la gravedad de la coyuntura, con los reclamos de los médicos sin respuesta desde hace meses y la crisis financiera de las mutualistas estancada en la COPRIN, creimos conveniente y más aún necesario hacerle conocer al Dr. Purriel nuestra posición como gremio médico. Simultáneamente él a su vez tenía interés en contar con nuestro aporte para iniciar su trabajo de búsqueda de soluciones.

—¿Qué temas se trataron en la entrevista?

—Bueno en realidad, dos temas fundamentales: el de la coyuntura actual, sobre

la que existió unanimidad de buscarle remedio a corto plazo y el de las soluciones de fondo. Sobre este punto, planteamos al Ministro que nuestro gremio ha elaborado una posición de fondo y que estamos dispuestos a colaborar en todo lo que sea la concreción de esa plataforma de soluciones, que le hicimos conocer por escrito.

—¿Cuál fue la respuesta del Dr. Purriel frente al planteo?

—El Dr. Purriel ratificó inicialmente lo declarado a la prensa de que su presencia en el Ministerio no tiene otro fin que buscar soluciones de fondo para "socializar la medicina" y que se ha dado a sí mismo un plazo de un año para ponerlas en práctica. Nos expresó además su coincidencia casi total con el contenido de nuestra plataforma y coincidió en la necesidad de solucionar la crisis actual aún con medidas a sabiendas parciales, para obtener tiempo para realizar en los próximos meses el estudio de soluciones globales orientadas al Seguro de Salud.

ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA

El Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay convoca a sus asociados para la Asamblea General Extraordinaria que tratará el siguiente Orden del Día:

CONDUCTA DEL GREMIO FRENTE A SU GRAVE SITUACION LABORAL Y A LA PROFUNDA CRISIS SANITARIA QUE VIVE EL PAIS.

**PALACIO SINDICAL
"Dr. CARLOS MARIA FOSALBA"**

VIERNES 17 DE MARZO DE 1972

1.ª citación: 21.00 horas.

2.ª citación: 21.30 horas.

El Comité Ejecutivo.

COLONIA 1938

PISO 2do.