

SINDICATO MEDICO DEL URUGUAY
COLONIA 1938 TELEFONO 401189

Filial de la Confederación Médica Panamericana
y Miembro de la Asociación Médica Mundial

REDACTOR RESPONSABLE: Dr. Edmundo Gómez Mango
CRONISTA CORRESPONSAL: Br. Anselmo De Simone

Colabora: Dr. Efraín Margolis, Dr. Dumas Ferreira Apolo
y Br. R. J. Escoseria.

Publicación de 5.000 ejemplares

MAYO — 1971 — AÑO 15 — NUMERO 88



noticias

"LA CUESTION ES SOLO ENTRE LA LIBERTAD
Y EL DESPOTISMO"
JOSE ARTIGAS

FONDO DE SOLIDARIDAD SOCIAL

PRESENTE Y FUTURO

Reportaje al Dr. Dumas Ferreira
Apolo, Presidente del F.S.S.

Un poco de historia

¿Cuál es el estado actual del Fondo de Solidaridad Social del SMU y qué política de previsión proyecta elaborar para el futuro?

—Creemos interesante y conveniente empezar por hacer un poco de historia del Fondo, de S.S. porque eso nos va a explicar algunos aspectos de su organización y de la repercusión que tiene sobre los beneficios que actualmente se conceden.

El Fondo de S.S. fue creado allá por el año 1947. Desde entonces a 1954 marcó su primera etapa, aunque su organización fue relativamente imperfecta. En ese año, una asamblea modificó sus estatutos y el Fondo tomó su estructura actual. Del año 1954 a 1958, se define otra época que fue marcada o regida por una modalidad, por un sistema de aportes; y, en el año 1958, en una asamblea muy importante de técnicos del CASMU, se modificó sustancialmente el sistema de aportes de dichos técnicos. Esta fecha es la que tenemos que recordar más, creo yo, porque es la que señala el mecanismo actual de aportes al Fondo, que responde a un principio de política gremial, que confiere al F.S.S. una característica muy particular, única dentro de los Servicios de Seguridad Social.

Actualmente, el F.S.S. ya tiene un gran desarrollo, cuenta con más de 2000 afiliados, de los cuales, unos 1600 son médicos y unos 600 estudiantes. De todos ellos más del 95% son técnicos del CASMU; apenas unos 100 afiliados son sólo socios del SMU y del F.S.S. sin ser técnicos del CASMU.

Actual política de protección al afiliado

¿Cómo cumple actualmente el Fondo con sus finalidades específicas de seguridad social?

En ese aspecto hay dos puntos fundamentales a señalar —continuó diciéndonos el Dr. Ferreira Apolo—. Primero, cuáles son los beneficios que actualmente se conceden. Los beneficios actuales del Fondo de Solidaridad Social se sirven en relación a cuatro causales: el fallecimiento, la incapacidad transitoria (enfermedad, maternidad, etc.), la incapacidad permanente, y el retiro.

Los subsidios que se otorgan son los siguientes: por fallecimiento, los causahabientes reciben \$ 250.000; más la colecta solidaria que se recauda en estos casos estimada en unos \$ 180.000, lo que eleva la cifra de este subsidio a la cifra de \$ 430.000; el subsidio por

enfermedad es de \$ 250 por día, siempre que la incapacidad dure más de diez días y se paga desde el primer día hasta 6 meses. Luego de los 6 meses, el subsidio es de \$ 400 por día, hasta los dos años, pudiendo llegar hasta tres años en algunos casos excepcionales. El subsidio por maternidad es también de \$ 250 por día, durante 2 meses; total \$ 15.000. Luego, tenemos el subsidio de incapacidad total permanente que es de \$ 250.000 con la consecuencia de que al beneficiario se le retira del Fondo desligándolo de obligaciones y eximiéndolo de la percepción de todo otro subsidio, como el de fallecimiento; pero persiste el derecho, en determinadas condiciones, a la colecta solidaria del art. 47.

En cuanto al subsidio de retiro está en la actualidad en una cifra que consideramos muy baja, está en los \$ 75.000, persistiendo también en este caso el derecho a la recaudación solidaria del Art. 47, cumpliendo determinadas condiciones.

Aquí, preguntamos a nuestro entrevistado qué elemento genera el retiro y nos responde que el afiliado es retirado al cumplir un año de edad, explicándonos que debido al aumento de la esperanza de vida, a partir de esa edad, el Fondo no puede seguir protegiendo, pues los cálculos actuales indican que los recursos serían insuficientes para atender las demandas. Al plantearle que son varios los médicos que a los 65 años aun se mantienen activos, el Dr. Ferreira Apolo nos responde: el técnico puede seguir trabajando en el CASMU y por una disposición especial puede hacerse acreedor a los beneficios otorgados por el Art. 47, es decir, el producido de la Colecta Solidaria en caso de fallecimiento, pero no recibe en ningún caso los beneficios por enfermedad e incapacidad.

Las autoridades del Fondo son conscientes de que los montos actuales de los subsidios, están lejos de representar —en cualquiera de los aspectos que se considere— una cifra que satisfaga medianamente las legítimas aspiraciones de los afiliados y por ello se encuentran actualmente abocados a al estudio de una solución para esta situación.

RECURSOS DEL F. de S.S.

¿Cuál es el Sistema de aportes para el F.S.S. y cuál es su monto?

Acá tenemos que remontarnos nuevamente a la asamblea de 1958 que cambió radicalmente el sistema de aportes al Fondo. Hasta aquel entonces, había una cuota fija, igual para todos los técnicos, que era determina-

da por el proceso del cálculo actuarial realizado por nuestro Asesor Técnico Financiero y, con esa cuota fija, se cubrían todos los beneficios a conceder. Luego de largos estudios, en el año 1958, asamblea mediante, se cambió la filosofía, se podría decir, del sistema de aportes. Se quiso, haciendo valer un principio que es muy caro al Sindicato Médico; introducir un sistema que representara un principio de justicia distributiva, en cuanto a la financiación de los beneficios de seguridad social del Fondo. Entonces se estableció un sistema de aportes que consta de dos factores: el factor edad que, luego de cálculo previo, resultó en una cifra de 0,90 por año de edad para todos los técnicos y con tipo fijado en los 50 años de edad, en que este aporte queda congelado para el caso de los practicantes se descuentan 10 años de su edad; el factor de aportes porcentual sobre la remuneración técnica: los cálculos realizados entonces, están con el descuento, en el 1% del sueldo. Los porcentajes de aporte actuales son los mismos y por distintas razones no han sido modificados.

¿Por qué no se hizo esa modificación; por imprevisión, por no querer gravar más los sueldos a los técnicos ya sometidos al proceso devorador de la acción inflacionaria? —preguntamos a nuestro entrevistado. No gravar más —fue su respuesta—; ahí está la causa fundamental. Todos conocemos la importancia, la cuantía, de los descuentos que se hacen —por distintos conceptos— en los sueldos de los técnicos del CASMU. Algunos de ellos inevitables, como el descuento jubilatorio. Pero hay una cantidad de descuentos complementarios que en parte están relacionados con cuotas de aporte al Sindicato Médico, beneficios sociales de distinta índole, la estadía en la Colonia de Vacaciones, etc. todo lo cual configura un monto de descuentos muy importante que al técnico le significa una disminución grande de su sueldo. Y nosotros no quisimos en este aspecto —y en ese sentido todos los directivos del Fondo estamos involucrados en esta decisión—, durante muchos años, afectar, con cifras que iban a significar un nuevo impacto en las remuneraciones, con mayores aportes al Fondo. Entonces nos esforzamos por aumentar en lo posible los beneficios aprovechando el hecho de que el 1% iba siendo incrementado por el mecanismo de los aumentos progresivos de sueldos por la vigencia de la ley de los consejos de salarios. De esa manera, en los años sucesivos, a partir del año 1958 en adelante, se fueron haciendo aumentos de los beneficios proporcionales a

ese incremento. Pero a partir de 1968, luego de dictado el decreto de congelación salarial, todo ese mecanismo se vino abajo, y es desde allí que se produce el desequilibrio entre los costos de vida progresivamente creciente, y los beneficios del F.S.S. que no han podido serlo en la misma proporción.

Algunas cifras comparativas

¿Podría usted, Dr. Ferreira Apolo, dar algunas cifras comparativas al efecto de ilustrar el modo de incremento de los subsidios?

Partiendo de los años 1958-59, en aquel momento el beneficio de fallecimiento era \$ 14.000 y en el presente es de \$ 250.000; el beneficio de retiro era de \$ 5.000 y actualmente de \$ 75.000; la enfermedad o incapacidad general por enfermedad y maternidad, era de \$ 20 por día y ahora es de \$ 250 diarios; el beneficio de incapacidad total no existía en los años 1958-59, fue una creación que realizó la Comisión del Fondo a partir del año 1966. Un dato de importancia para poder apreciar estos cambios en los incrementos de los beneficios, es que la cuota de financiación de los años 1958-59 era de \$ 32 mensuales; actualmente, la cuota promedio, tomada del 1% de

EN ESTE
NUMERO

Además el propio mecanismo de los aportes hace que sea muy dificultosa la elevación del promedio. Porque tenemos que tener en cuenta que si bien es cierto que un porcentaje relativamente alto de técnicos tienen un trabajo constante y que ese trabajo se incrementa en el correr de los años, debe tenerse en cuenta que hay un Ingreso anual de nuevos técnicos que se incorporan al CASMU, Médicos que lógicamente tienen en los primeros años muy poco trabajo, y el crecido número de practicantes que en la mayor parte trabajan como practicantes de zona, a órdenes.

Pero al mismo tiempo, y como contrapartida obligatoria, ha originado una situación muy favorable para el FSS y es la de que la cuota promedial por técnico se ha mantenido siempre en cifras muy bajas, y en consecuencia también ha mantenido un nivel siempre bajo de beneficios.

mente citados, resolvieron encarar una modificación sustancial de la política económica general del Fondo, y en ese sentido se estableció en forma definitiva el sistema de reparto simple de beneficios, en lugar del tradicional sistema de capitalización que había regido al FSS hasta entonces.

Política de futuro

sidio de fallecimiento e invalidez total a \$ 500.000 y el de retiro a \$ 200.000, a lo que debería agregarse la colecta solidaria que podría resultar de unos \$ 350.000 a \$ 500.000. Para el subsidio por enfermedad, no se previó mayor incremento, debido a que tanto para los médicos como para los practicantes rige el convenio colectivo que los ampara, lo que les permite recibir durante cierto tiempo (en el CASMU 1 año y hasta 2), sus haberes, a los que se suman los subsidios del Fondo.

Todos estos aspectos, sometido ya a la consideración del Comité Ejecutivo, serán oportunamente planteados a una asamblea que se convocaría al efecto. La financiación de estos beneficios se obtendría por la modificación en las cifras de aporte al Fondo.

De acuerdo a estudios hechos por la Comisión del Fondo de SS. la cuota por afiliado (general para todos, médicos y practicantes) deberá ser del orden de \$ 600 mensuales; o bien \$ 700 para los médicos y \$ 350 para los estudiantes.

La Asamblea deberá decidir también si se mantiene el mismo criterio para el aporte de los técnicos; en ese caso se ha estimado en 5 el coeficiente a aplicar a la edad, es decir, \$ 5 por año de edad, manteniéndose el actual tope de 50 años. En cuanto al aporte del 1%, se tratará, en lo posible de no variarlo, aunque no se descarta la posibilidad de llevarlo a una cifra, con leves modificaciones, presumiblemente del 1,25%, a 1,50%.

Sobre el final de este reportaje, el Dr. Ferreira Apolo nos informa que desde largo tiempo atrás, las autoridades del FSS vienen estudiando la posibilidad de ofrecer a sus afiliados un SEGURO DE AGRUPAMIENTO,

En efecto, se tiene conocimiento de que muchos médicos, técnicos o no, del CASMU, desearían estar asegurados en lo que se refiere a Seguro de Vida (Subsidio de Fallecimiento del FSS), por una cantidad mayor de la que en la actualidad puede ofrecer el Fondo.

En estos casos, el Seguro de Agrupamiento presenta notorias ventajas, entre las que puede señalarse las siguientes: 1) Se trata de un seguro colectivo por lo que la prima es mucho más baja que la de un seguro individual; 2) No requiere examen médico; 3) No hay límite de edad; 4) Admite doble indemnización por muerte accidental, con un pequeñísimo recargo en la prima; etc.

la prima; etc.

„En breve se realizará una encuesta entre los técnicos del CASMU a los efectos de conocer cuantos serían los interesados en tomar este Seguro, y poder evaluar su posible costo. Es de la mayor importancia que exista un número relativamente grande de técnicos que quiera tomarlo, pues debe saberse que cuanto mayor es el porcentaje de participación dentro del grupo la prima general tiene una bonificación mayor y proporcional a ese porcentaje.

Si se demuestra verdadero interés entre los técnicos y luego se consigue llevarlo a la práctica, el FSS habrá concretado un nuevo beneficio, de gran valor, complementario de aquellos que constituyen su finalidad específica.

Estas fueron las informaciones que proporcionó para "Noticias" el Dr. Dumas Ferreira Apolo, Presidente de la Comisión Directiva del Fondo de Solidaridad Social del Sindicato Médico del Uruguay.

COMISION DE ACUMULACIONES

que sea ejemplo de eficacia y seguridad para el enfermo y garantía de la mejor calidad en prestación de servicios médicos.

NECESIDADES DE CAMAS.

Para paliar en algo la carencia de camas, sobre todo para las internaciones de urgencia y para la coordinación del Sanatorio 3 "Dr. Pablo Carlevaro" (que es el que tiene mayor déficit en relación a la demanda) se han iniciado tratativas para lograr un número fijo de camas en el Sanatorio de IMPASA. En el interín ya se está enviando al mismo algunas urgencias médicas, quirúrgicas y ginecologías.

SITUACION PRESUPUESTAL PARA 1971.

La estimación, aprobada por la Junta Directiva, establece:

19) Se estima que los recursos que dispondrá la Institución durante el año 71 teniendo en cuenta el crecimiento vegetativo, se elevará a la suma de \$ 3.438.606.400.00.

29) Los egresos para el mismo periodo se elevarían a la suma de \$ 3.478.147.761.

39) A primera vista, habría un déficit de alrededor de \$ 39,541,761. Si se considera que los funcionarios solicitan un aumento del préstamo reintegrable, y los posibles ajustes que pueda realizarse, tanto en remuneraciones técnicas como funcionariales, el déficit se elevaría mucho más.

Resulta por lo tanto como una de las obligaciones fundamentales de la Junta Directiva lograr el ajuste de las diversas rubros presupuestales de forma tal que pueda llegarse al equilibrio.

Se ha entendido que algunos rubros pueden ser abatidos, y fundamentalmente el de medicamentos, para el que se destinan 800 millones de pesos *en el ejercicio (23% del presupuesto). Para ello las autoridades han rei-

terado al cuerpo técnico la necesidad de ajustarse al Standard estrictamente, y evitar una polifarmacia que en algunos casos resulta inexplicable.

La Comisión de Contralor colaborará en forma estricta para la supervisión de estos aspectos, y ya hay Comisiones calificadas para estudiar la reducción del standard demasiado generoso para las necesidades de una correcta asistencia. Hay formulas de abaratamientos de los medicamentos que, de concretarse, se informarán al cuerpo técnico.

Otro aspecto en que se debe insistir es en evitar una dispendiosa indicación de estudios complementarios (radiología, laboratorios, E.C.G. etc.) manteniendo el criterio del CASMU de hacer todos los exámenes que el enfermo necesita para su correcta atención. Por último, se ha insistido en la necesidad de ahorrar días de internación para abatir el rubro de contrataciones en Sanatorios Privados. lo cual implica brindar al paciente los cuidados médicos y de enfermería que requiera en su domicilio, incluyendo oxígeno, transfusiones, sueros, curaciones, etc.

ESTERILIDAD MATRIMONIAL

LA JUNTA DIRECTIVA ha resuelto hacer un llamado a los **GINECOLOGOS** de la Institución que deseen atender abonados portadores de una esterilidad a los efectos de confeccionar un cuadro de técnicos que se responsabilicen de dichos tratamientos. Igualmente llama a los **ENDOCRINOLOGOS** que deseen integrar un cuadro para la asistencia de la esterilidad masculina, a inscribirse.

El objeto de estos llamados es evitar el via crucis de la pareja estéril con la consiguiente multiplicación de exámenes y tratamientos.

De esta manera el cuerpo técnico podrá orientar sus esfuerzos hacia aquellos técnicos que figuren en los cuadros respectivos.

**ACTIVIDAD DEL DPTO. DE
MEDICINA PREVENTIVA**

El Prof. F. Salveraglio ha informado:
En el pasado mes de marzo, se iniciaron en este Departamento 14.051 vacunaciones. Entre ellas:

Antivariólica	2.186
Triple (D.P.T.)	2.021
Antitetánica	2.695
Polio Oral	4.547
Antisarampión	157

Hasta la fecha, a pesar de que se han producido casos de poliomielitis en los Países vecinos, no se ha producido ningún caso en nuestro País (bien confirmado), lo que significa que nuestra población, en general está bien vacunada.

Entre los afiliados al C.A.S.M.U., aumenta el interés por las vacunas, hay conciencia de su eficacia, su necesidad y de que no producen molestias ni accidentes importantes.

Es interesante que en general todos los médicos del CASMU comparten las técnicas y calendario de vacunaciones, que preconiza este Departamento.

**ANESTESISTAS REANIMADORES
INTERNOS..**

A partir del 12 de abril, la institución cuenta ya con un anestesista de guardia interno, en cada uno de los Sanatorios, para realizar la anestesiología de urgencia y la reanimación. De esa manera concluye un proceso que llevó mas de un año para la incorporación de este importante progreso en la constitución de los equipos de guardia de los servicios de internación del C.A.S.M.U.

OBRAS SANATORIALES

Está a discusión de la Junta Directiva un plan de obras por un año, elaborado por la Comisión Administradora de Bienes Muebles e Inmuebles, que incluye como elementos importantes la ampliación en 48 camas del Sanatorio N° 2 y la remodelación de sus políclínicas, la adquisición de grupos electrógenos para los 3 Sanatorios. etc. La resolución final está en buena parte sujeta a las disponibilidades económicas y a que se arbitren recursos por vía de la COPRIN u otros medios.

El constante crecimiento del CASMU que en el curso de 1970 se incrementó en la cifra de 20.000 nuevos abonados, implica la necesidad imperiosa de crear las herramientas asistenciales imprescindibles para mantener la calidad técnica que caracteriza a al institución.

B. PROBLEMAS GENERALES QUE AFECTAN A NUESTRA SOCIEDAD.

Una caracterización primaria de la situación en que vivimos, podría hacerse en estos términos. En este país y en todos sus habitantes ha habido siempre una búsqueda de la verdad para un mejor conocimiento de la realidad. Siempre nos hemos sentido orgullosos de expresar nuestras ideas y como concebimos la realidad. Pero en este momento decir públicamente la verdad es un riesgo muy grande desde todo punto de vista. Esta es sustituida por la mentira canallasca y por una propaganda muchas veces corrompida y corruptora.

Se ha dado vacaciones a la democracia subrogada por una dictadura. Otro grado mayor de la hipocresía del momento. Sabemos la injusticia social y económica que existe. De alguna manera todos hemos padecido la pérdida de libertad individual y de prensa.

La pérdida de libertad individual inclusive nos ha llevado a movilizarnos en muchos casos en razón de la privación de libertad de colegas médicos y de estudiantes de medicina.

A todos nos consta que el desorden establecido, que la represión y la agresión son el pan de todos los días. Inclusive los atropellos que se cometen a diario en todos los organismos cuentan con la bendición de cierta prensa.

Hay pues un marco de violencia oficial en lo físico, en lo moral, en lo económico, en lo social y en lo cultural, y un ataque sistemático y cotidiano a la dignidad de todo ser humano y a la nación como un todo.

¿Quiénes son los responsables? Son los enemigos interiores y exteriores que tienen que ver con esta situación, son la oligarquía y el imperialismo, respectivamente.

Definida la política a seguir, jerarquizando prioridades se orientó al activo sindical en tres grandes líneas de trabajo:

1º) Trabajo médico. Hemos sentado las bases de un código de trabajo, abriendo el camino de discutir soluciones reales y justas para el gremio en su conjunto.

Hemos encarado el problema de la seguridad social del médico.

Nos urge dar solución al problema de la locomoción y al ajuste en los viáticos para su uso.

2º) Educación Médica que trata de contribuir a una Facultad más dinámica, con más perspectiva, y a su defensa permanente frente a la agresión.

Integra la intergremial de Facultad junto a Docentes, Estudiantes, Médicos del Interior y funcionarios en la lucha por liberar a la Facultad del cerco económico.

Participamos del Claustro de la Facultad y en el Congreso de la Educación y la Cultura.

Hemos realizado trabajos científicos para eventos nacionales e internacionales.

LISTAS DEL LEMA FOSALBA

CONSEJO ARBITRAL

Dr. Luis A. Castillo	" Martín Wolf
Carlos A. Gómez Haedo	" Humberto Correa
Dra. Obdulia Ebole	" Orlando Pereira
Dr. José P. Saralegui Buela	" Ariel Rodríguez Quereilhac
Muriel S. Marella	" Edmundo Gómez Mango
Héctor Deffémis	" Alvaro Osorio
Alilio Trenchi	" Gustavo Gluria
	" Dra. Odette Lageard

COMITE EJECUTIVO

Dr. Omar Barreneche	" Dr. Roberto Masliah
Aguilón Delfino	" Dra. María Julia Salsamendi
	" Dr. Eduardo Curuchet

JUNTA DIRECTIVA C.A.S.M.U.

3º) Estructura Sanitaria.

Comenzamos por hacer un Análisis crítico de la situación; hemos impulsado la 2da. Asamblea Nacional Sindical de la Salud que ha desencadenado el "Movimiento Nacional de la Salud".

Luchamos por una modificación del mecanismo financiero.

—Seguro Nacional de Salud.

Por cambios en la estructura sanitaria que comenzando por la coordinación e integración de los servicios actuales nos lleven a un Servicio Nacional de Salud.

Por un Estatuto del Trabajador de la Salud que permita obtener justas condiciones de trabajo y de vida para él y su familia.

Profundizar el trabajo en estas líneas y desencadenar la lucha unidos es la base de los triunfos a lograr.

Paralelamente el gremio ha avanzado en su estructura administrativa y en las interrelaciones con los Organismos Adscriptos, lo que posibilitará desarrollar con más coherencia sus actividades.

La Presencia militante del S.M.U. frente a los problemas que afectan a nuestra sociedad nos llevó a hacer un estudio que ha sido motivo de consulta no sólo a nivel nacional sino también internacional. A un grupo de distinguidos afiliados al Sindicato Médico del Uruguay se le encomendó el estudio del empleo del narcoanálisis con fines policiales. Y el resultado de ese trabajo —uno de los más complejos que se ha hecho en la materia— es consultado por juristas y médicos legistas de distintos países del mundo. Hemos tenido, pues, el triste orgullo de habernos visto enfrentados a la necesidad de elaborar una tarea de este tipo.

También participamos en actos de desagravio a instituciones de enseñanza y de asistencia, así como a médicos y estudiantes que recibieron directamente en su persona el atropello de organismos de gobierno. Nos referimos, entre otros, a los casos de los doctores Arén, Castillo y Villar.

Se ha prestado asistencia médica en todas las huelgas de hambre desencadenadas por distintos gremios en justas reivindicaciones laborales.

Hemos reseñado lo que hemos hecho y debemos continuar haciendo para cumplir con nuestro objetivo de contribuir a crear:

—un nuevo médico

—un nuevo gremio

—una nueva estructura sanitaria

—una nueva escuela médica; y en definitivo

—un nuevo Uruguay, libre de explotadores y explotado a dimensión de dignidad humana, en su triple exigencia de verdad, justicia y libertad.

Nuestro compromiso es de trabajo permanente para que el Sindicato Médico y todos sus organismos, CASMU, CEMELA, COLONIA DE VACACIONES, CABMI y FONDO DE SOLIDARIDAD SOCIAL, estén al servicio de estos objetivos en el área específica para el que fueron creados.

Llamamos a todos a dar respuesta a esta necesidad en un momento histórico de nuestra sociedad.

" Oscar Balboa	" Walter Rodríguez Estévez
" José P. Mata	Dra. Mercedes Lassus
" Gunther Drexler	
" José Luis Filgueira	
" Virgilio Gutiérrez	

COM. DVA. COLONIA DE VACACIONES

Dra. Angela Tigero	
Dr. Gerardo Schreiber	
Dr. Rodolfo Panizza	

JUNTA DIRECTIVA CE. ME. LA.

Dr. Juan Carlos Berio	
-----------------------	--

" Walter Rodríguez Estévez
Dra. Mercedes Lassus

COMISION ADMINISTRADORA DE BIENES MUEBLES E INMUEBLES

Dr. Anuar Fadöl
Dra. Elisa Firpo
Dra. Maria Chiossoni

FONDO DE SOLIDARIDAD SOCIAL

Dr. Jorge García Novas
" Mario Aljas
Dra. Ana María Ferrari

LEMA "SINDICALISMO AUTENTICO"

EL LEMA SINDICALISMO AUTENTICO

DECLARA: su indeclinable convicción democrática pluralista y su repudio a toda forma de totalitarismo.

AFIRMA: El fracaso de la conducción del gremio a exclusiva responsabilidad de la actual mayoría, en aspectos fundamentales como el de las remuneraciones técnicas (léase creación de gremiales paralelas y movimientos reivindicativos de la Sociedad de Cirugía).

El afán obsesivo por hacer política de repercusión nacional en el Comité Ejecutivo, que lo ha transformado en un estéril parlamento.

ASPIRA: A una democratización de procedimientos electorales y consulta al Gremio Médico: VOTO SECRETO Y PLEBISCITO.

A una concordia médica sobre la base del esfuerzo en la solución de los grandes problemas gremiales: trabajo médico y remuneraciones técnicas.

FACULTAD DE MEDICINA

EL LEMA SINDICALISMO AUTENTICO

EXIGE: Una revisión crítica del nuevo plan de estudios.

C.A.S.M.U.

EL LEMA SINDICALISMO AUTENTICO

DENUNCIA: El deterioro de la calidad de la asistencia, especialmente en el déficit de camas, equipamiento, instrumental y departamentos especializados.

La falta de planes de futuro, estudiados en profundidad, como corresponde a toda gran institución en crecimiento.

LISTAS DEL LEMA SINDICALISMO AUTENTICO

CONSEJO ARBITRAL

Dr. Lorenzo Mérola	" Héctor Puppo Touriz
" Antonio Cafiellas	" Miguel Mate
" Raúl González Puig	" Alberto Aguilar
" Rómulo A. Peyrallo	" Raúl Praderi
" Carlos Díaz Romero	" Mario Gentí
" Felipe Gaione	" Juan C. Prevettioni
	" Luis M. Piñeyro

COMITE EJECUTIVO

Dr. Luis F. Algorta	" Dr. Arturo Sánchez Palacios
" Elbio Helguera	" Jorge Nin Vivó
	" Nelson B. Varela

JUNTA DIRECTIVA C.A.S.M.U.

" Uruguay Larre Borges
" Héctor Fazzio
" Alberto Yamuy
" Eugenio Bonavita Páez
" Milton Rizzi Castro

COM. DVA. COLONIA DE VACACIONES

Dr. Agustín E. D'Auria
" Francisco Cuoco
" Luis E. Bianco

JUNTA DIRECTIVA CE. ME. LA.

Dr. Alejandro Bozzolo
" Juan Miguel Cat
" Juan C. Canessa
" Ariel Montenegro
" Gonzalo Maquieira

FONDO DE SOLIDARIDAD SOCIAL

Dr. Luis Eduardo Cerruti
Dra. Elida Murguía de Rosso
Dr. Antonio Farall Mader

Plataforma de LEMA "SINDICALISMO AUTENTICO"

ASPIRA: A una reivindicación nacional del trabajo médico, que incluyendo al CASMU asegure jornadas higiénicas y remuneraciones decorosas.

EL LEMA SINDICALISMO AUTENTICO

DENUNCIA: Que estamos casi igual que hace 10 años, sin saber que queremos, esperando cuándo y cómo nos impondrán un sistema que seguramente no deseamos.

AFIRMA: Lo imprescindible de establecer las bases de un plan y posteriormente, las consultas adecuadas al gremio, lo que permita contar con un frente médico unido y concientizado.

COMISION ADMINISTRADORA DE BIENES MUEBLES E INMUEBLES (CABMI)

EL LEMA SINDICALISMO AUTENTICO

DENUNCIA: Que no debe existir en el Sindicato Médico, un organismo que asesore y ejecute a la vez, derivando de tal función importantes aranceles a técnicos que integran dicho organismo. Es la situación de la C.A.B.M.I.

AFIRMA: Que Sindicalismo Auténtico nunca participó de este Organismo. Que dicha Comisión debe ser o un cuerpo de asesoramiento técnico de la Institución o el realizador de las obras aconsejadas por técnicos independientes. Hasta tanto la situación actual no se modifique, Sindicalismo Auténtico no presentará candidatos a integrar la C.A.B.M.I.

Elecciones en el Sindicato Médico

RENOVACION DE DIRIGENTES

ejercicio 1971 - 1972

mayo 7 hora 10 - 22

local del Sindicato Médico - Colonia 1938 P. 2

LEMA "Dr. CARLOS Ma. FOSALBA"

Para las elecciones en el Sindicato Médico del Uruguay, mayo de 1971.
El Sindicato Médico del Uruguay es un lugar de: Trabajo — Estudio — Lucha.

¿Para qué? Para resolver la múltiple y compleja problemática que tiene el Gremio entre sus manos. Los 50 años de vida de nuestro Sindicato le han dado madurez y perspectiva.

Este año encuentra al gremio médico pujante, dinámico, con un activo sindical ascendente y una organización en desarrollo creciente, asumiendo cada vez más un papel protagónico.

Somos 3.900 miembros de esta organización que enfrentamos y debemos resolver problemas específicos y generales que se condicionan mutuamente.

Su enumeración, sistematización, jerarquización, instrumentación, son el fruto de un esfuerzo militante, el mejor homenaje al Cincuentenario.

No hay progreso sin acción y esa es nuestra conducta.

¿Cuáles son los problemas que enfrentamos?

A. ESPECIFICOS

1. TRABAJO MEDICO.

1.1 Situación de empleo, fuentes de trabajo.

—Subempleo o desempleo sobre todo de las últimas generaciones (1.000 médicos en los últimos 5 años).

—Distribución irracional del trabajo médico por el tipo: Asistencial, la mayoría; Docente, una parte; Administrativa, la minoría; Investigación, la minoría.

Por el sector:

- Público: Pésimas condiciones remunerativas.
- Privado: Colectivizado, mal pago, sin carrera funcional.
- Individual.

Por la geografía:

- Montevideo: 1 médico cada 430 habitantes.
- Interior: 1 médico cada 1937 habitantes.
- Métodos de ingreso no regulares ni visibles.

En suma: Médicos sin pacientes y pacientes sin médicos.

1.2 Condiciones de Trabajo

El médico es un trabajador de la salud que vive de su profesión manual e intelectual.

Horario: por encima de 60 horas semanales, en la mayoría.

Descanso anual y semanal: inexistente en la práctica.

Recursos técnicos: atrasados y retaceados.

Automóvil personal: como instrumento indispensable para el actual ejercicio profesional que no tiene facilidades para su adquisición ni se compensa adecuadamente su uso.

En suma: Insatisfacción científica, profesional, social, personal.

1.3 Condiciones remunerativas.

—Escala de sueldos inadecuados e injustamente diferentes para iguales funciones.

—No incidencia de las calificaciones y especialización en la retribución.

—Antigüedad mal paga y prácticamente sin trascendencia.

—No adecuada compensación del trabajo nocturno ni en feriados.

—Disposiciones vigentes que se trapean.

—No pago de sueldos base, médicos de urgencia, mutualistas chicas con menos de 9.000 socios.

—Y sumado a todos estos factores del sistema, el deterioro en los ingresos de todos los que trabajan para vivir.

En suma: Mal sistema retributivo y grave descenso de la capacidad adquisitiva de los médicos.

1.4 Condiciones de vida del médico y su familia.

—Desarraigo del medio familiar y social.

—Inseguridad en lo personal y familiar ante la enfermedad, la maternidad, el retiro o la muerte.

—Imposibilidad práctica de retirarse por lo magro de la jubilación.

En suma: Distorsión de las reales aspiraciones del médico en su vida familiar y social.

1.5 Control del ejercicio profesional.

—Carencia de mecanismos propios.

—Falta de Colegiación Médica Obligatoria.

2. FORMACION PROFESIONAL.

Una pregunta que nos debemos hacer siempre, más en estas circunstancias y condiciones del ejercicio profesional, es la de qué tipo de médicos hay que formar, qué tipo de médico general, qué tipo de especialista y cuántos médicos debe tener el país. Por supuesto que las respuestas a cualquiera de estas interrogantes no pueden ser definitivas; ni siquiera aquella que establezca qué número de médicos debe tener el país.

En cuanto a la enseñanza de pregrado debe realizarse una evaluación del nuevo plan de estudios de nuestra Facultad, tanto en sus aspectos administrativos como docentes. La enseñanza de postgrado con sus dos componentes: perfeccionamiento del médico en ejercicio a través de cursos de actualización de conocimientos periódicos, y a través de los cursos de especialización, ambas actividades correspondientes a la Escuela de Grados de la Facultad de Medicina. Es necesario aquí también realizar una evaluación de los aspectos administrativos y docentes que viene cumpliendo ese instituto. En este orden debe bregarse por la implantación de mé-

dos de educación médica tales como la Residencia y los servicios de educación médica disponibles pero no siempre utilizados: Hospital de Clínicas, los servicios docentes que funcionan en Hospitales del Ministerio de Salud Pública, y otros servicios de salud, todos públicos (estatales y paraestatales) como privados (asistencia colectivizada).

Otro aspecto que integra este grupo de problemas comunes a la formación profesional, que lesiona por igual a los organismos encargados de formar médicos y demás profesionales de la salud, es la crisis educacional que se está viviendo en nuestro país, a todos los niveles, desde Primaria a enseñanza media —tanto de Secundaria como de la Universidad del Trabajo—, así como en la Universidad de la República.

La lesión en lo económico, en lo físico, y en lo moral, ha sido progresivamente creciente, más acentuada en el caso de la Universidad. Se ha vulnerado incluso el Instituto de formación de docentes del magisterio, y el Instituto de Profesores Artigas. Ningún sector quedó libre de este ataque.

La consecuencia es un atentado a las posibilidades científicas y técnicas, en cuanto a su desarrollo en el ámbito universitario, puesto que es el único lugar donde la investigación, aún realizada en grado mínimo, permitiría un avance científico y técnico encarado en vista a los problemas nacionales, dejando de lado una investigación que obedezca a normas y a políticas foráneas que vengan para ser llevadas a cabo en nuestro país, porque esos no son nuestros problemas.

Por lo tanto, el subdesarrollo en lo científico y en lo tecnológico también es una consecuencia lógica del subdesarrollo en lo económico y en lo social, y cada vez lo padecemos más crudamente.

3. ESTRUCTURA SANITARIA.

Al SMU le compete el estudio de los problemas de salud y de las soluciones para esos problemas, así como contribuir a que esas soluciones propuestas se transformen en realizaciones al más corto plazo.

En lo relativo al estudio de los problemas de salud el SMU debe formar parte, no como organismo único, pero sí como organización responsable —con responsabilidad compartida— de todo el movimiento sanitario y universitario del país.

La coordinación del esfuerzo entre organismos gubernamentales y gremiales es la única que posibilitará un estudio científico de los problemas de la salud. Esto nos llevará a conocer mejor el nivel de salud de nuestra población, así como el medio en que esta población vive y trabaja.

En las dos últimas décadas se viene observando una reflexión en la curva del nivel de la salud en el país. A partir de 1960 comienza un deterioro progresivo, susceptible de analizarse en cualquiera de los índices de salud. Si tomamos uno de ellos, de los más ilustrativos de la situación, como la mortalidad infantil, al comienzo de la última década tenemos una tasa del 41 por mil, terminamos la década con una mortalidad superior al 55 por mil. Al analizar el determinismo de estas muertes —evitables en su mayoría— aparecen los factores económico-sociales en primer lugar. El deterioro de la salud no es producto, solamente, de las acciones específicas que realizamos los médicos y demás trabajadores de la salud, sino que también es la resultante obligada de la situación económico-social del país. Este es un hecho ilustrativo para señalar la tendencia al deterioro de la salud que se observa en los distintos sectores sociales de nuestro país. Frente a ese actual nivel de salud de nuestra población el medio en que vive, tanto en materia de vivienda —a que tiene derecho todo habitante del país, así como su saneamiento básico—, como aquél en que desarrolla su actividad, está muy lejos de ser satisfactorio.

Si nuestro país se dio el lujo hasta hace poco tiempo de ser el más protejido del mundo y con una disponibilidad alimentaria calórica diaria de 3.300 calorías "per cápita" existen en este momento vastos sectores, los más necesitados de la población, que viven en un nivel de infraconsumo alimentario. Han aparecido enfermedades como el síndrome pluricarenal (kwashiorkor) jamás conocida en nuestro país. Esto es particularmente evidente en algunas zonas rurales del norte del país.

Cabría preguntarse además si el Uruguay no dispone de recursos como para lograr, en cantidad y calidad, por lo menos una atención adecuada. En capacidad instalada y en materia de recursos, tanto humanos, como materiales y financieros puede considerarse relativamente aceptable en algunos rubros, en términos absolutos. Es decir: cabe afirmar que el número de médicos existente en el país es relativamente suficiente, aunque ya decimos que hay una crisis de empleo, porque la estructura no es capaz de absorber, a pesar de que las necesidades son crecientes, a las generaciones jóvenes. A pesar de ello se sigue destinando a salud un porcentaje importante del producto bruto interno: el 5.3%.

Si nuestra estructura sanitaria estuviera adecuada a las necesidades del país, podríamos afirmar que esa es una cifra con la que podría brindarse más cantidad y más calidad de servicio. Pero dada la atomización de servicios y la incoordinación total entre los sectores estatal, paraestatal y privado, sin ningún tipo de integración, ello no puede ocurrir así. Para tomar un ejemplo, tenemos lo que ocurre en la asistencia colectivizada de Montevideo: hay más de sesenta servicios de urgencia funcionando en este momento. Y si agregamos los médicos del servicio de asistencia externa de Salud Pública y de otros organismos públicos llegamos a la conclusión de que en el área metropolitana hay una cantidad superior a los 700 médicos trabajando en urgencia. Y a pesar de eso sabemos cuál es la calidad de la atención que se está prestando. Esto significa que aunque los recursos puedan considerarse medianamente aceptables, el rendimiento, en cuanto a beneficio social y cobertura de población, nivel de atención, dista mucho de ser satisfactorio.

COLONIA DE VACACIONES

Dr. MARIO SIMETO



EL DR.
CONRADO
PELFORT

Palabras pronunciadas en representación del Sindicato Médico del Uruguay, por el Dr. CONRADO PELFORT, con motivo de la designación con el nombre del Dr. Mario Simeto, de la Colonia de Vacaciones de aquella institución, el día 10 de abril de 1971.

Señoras,
Señores:

Sean mis primeras palabras, de agradecimiento al Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay, por la honrosa distinción que me ha conferido para hacer uso de la palabra en este acto de homenaje a la memoria del que en vida se llamara Mario C. Simeto, uno de los fundadores más preclaros y más firmes propulsores de la Institución, al designar con su nombre a la Colonia de Vacaciones de la misma.

No podrían haber imaginado ni remotamente, quienes sintieron la idea de la creación de aquel Sindicato, —hace poco más de medio siglo—, que el débil organismo que entonces surgiera a la vida iba a convertirse, más tarde, en la poderosa organización actual, una sección de la cual iba a ser esta Colonia de Vacaciones designada ahora con el nombre del Dr. Mario C. Simeto y que cumple una de las finalidades más importantes de la misma.

La marcha inexorable del tiempo ha ido raleando las filas de sus fundadores y de los dirigentes de las primeras épocas de su vida, de manera que, en la actualidad, solamente sobreviven, de ellos, los doctores Alberto Vázquez Barriére, Domingo Prat, Carlos Stajano, Héctor H. Muñíos y el que habla.

Es por esta circunstancia, que me hallo hoy aquí entre vosotros, en virtud de la inmerecida distinción que, como dije antes, me ha conferido el Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay, de recordar la memoria de la ilustre personalidad que hoy se homenajea.

Su alta jerarquía hubiera merecido, sin duda, un calificado orador, lo que estoy muy lejos de serlo. Cualquiera de los colegas antes designados hubiera podido hacerlo con ventaja, reclamando para el que habla, únicamente la circunstancia de haber acompañado a Simeto, con sinceridad y decisión en las tareas que desarrolló. Muchas veces, un sincero y humilde pensamiento sobrepasa en valor a la más sonora y galana de las frases.

Comenzaré por recordar algunos aspectos de aquella excepcional personalidad.

Corría el mes de marzo del año 1908. Al ingresar como alumno, a la Clínica de Semiología de nuestra Facultad de Medicina, establecíamos nuestro primer contacto con el enfermo hospitalario.

El profesor, lo era el Dr. Antonio Serratosa, español de

nacionalidad y de formación médica. Integraba un grupo de médicos llegados al país a fines del siglo XIX, por diversas circunstancias y que se incorporaron a nuestra sociedad, alcanzando algunos de ellos alto rango. Mencionaremos entre otros, al Dr. Francisco Suñer y Capdevila, que había sido Diputado a Cortes en la Primera República Española, —la de Figueras, Pi y Margall, Salmorón, Castelar, entre otros—, obligado a expatriarse a la caída de aquélla, y que fuera el primer Decano de nuestra Facultad de Medicina. El Dr. Serratosa estaba ya al final de su carrera profesional y profesoral e intervenía escasamente en la enseñanza. Simeto, médico recientemente graduado, era el Jefe de Clínica, y lo era todo o casi todo en ella. Alegre, jovial, bien preparado, de modales suaves con enfermos y alumnos, conquistaba pronto la confianza de ambos. El alumnado era, por otra parte, escaso: apenas una treintena.

Con Simeto aprendimos la semiología de la época, a base de interrogatorio, inspección, palpación, percusión y de pocos papeles, vulgo análisis. El familiar del enfermo era casi totalmente desconocido o ignorado. Había, sí, mucha bondad y responsabilidad frente al enfermo. La terapéutica era escasa, aunque a veces agresiva: pociones, ungüentos, ventosas, sangrías, inyecciones subcutáneas e intramusculares. Aprendimos, con Simeto, a delimitar con el lápiz dermatográfico, los órganos abdominales y torácicos; a auscultar directamente o con el viejo estetoscopio rígido. El controlaba todo, corrigiéndonos, enseñándonos siempre con espíritu sereno y palabra a veces que nos parecía seráfica, como la de un santo.

Así pasamos junto a él, nuestro curso de Semiología. Lo absurdo era que debíamos asistir, simultáneamente, a la Clínica Médica, regentada entonces con figuras de la talla de Visca, Soca y Ricaldoni, en la que pasábamos poco menos que desconocidos.

Luego, nos apartamos de Simeto por varios años, hasta que lo volvimos a encontrar en momentos en que se dedicaba a hacer conocer, en nuestro medio, la droga maravillosa que acaba de descubrir Ehrlich: el "Salvarsan" (606), seguida poco después por el "Neo-salvarsán" (914), que tan eficaces iban a ser en el tratamiento de varias enfermedades, especialmente de la sífilis. Simeto se dedicaba a realizar meticulosamente todas las fases de su aplicación al enfermo, que resultaba, sí, bastante engorrosa, hasta que posteriormente, nuevos preparados facilitaron extraordinariamente su divulgación. Este hecho traduce en forma evidente, las inquietudes científicas de Simeto, que pocos recuerdan y que merece ser divulgado.

Las circunstancias de la vida volvieron a separarnos de él, hasta que lo encontramos nuevamente, al iniciarse las luchas del gremialismo médico, allá por 1920; histórico momento para nuestra clase médica, en que se gestó la creación de nuestro Sindicato Médico, cuya designación causaba inquietud hasta en los mismos médicos. Finalmente, la idea se impuso y aquél surgió en el ambiente, integrado por prestigiosas figuras del cuerpo médico uruguayo, aunque faltaron muchas otras, indiferentes, a quienes la denominación de Sindicato espantaba.

Entre las primeras y como elemento aglutinador figuraba Simeto y si bien a veces no aparecía en primera fila, en realidad lo estaba siempre o se le presentía. Con suavidad de maneras, siempre sereno y culto, inalterable, exponía sus ideas, desarrollaba sus argumentos, proponía soluciones que, en general eran aceptadas. Pero, tenía una condición superior: la tenacidad en la acción. Convencido de la bondad de una idea, la sostenía de todas maneras, dentro de la más absoluta corrección de expresiones y procedimientos.

Nos tocó integrar en esa oportunidad, el Comité Ejecutivo del Sindicato Médico, bajo la presidencia del Dr. Roberto Berro, en el desempeño de la Secretaría General.

No había, entonces, funcionarios rentados que tomaran a su cargo las engorrosas funciones oficinescas. Todo tenía que hacerlo uno mismo.

Pronto surgieron conflictos con diversas entidades mutualistas y el Sindicato Médico debió afrontar la lucha con los precarios medios de que disponía.

En esta tarea, Simeto fue admirable, porque se entregó a ella enteramente, noblemente. Estaba en todo. Escribía y entrevistaba a colegas y dirigentes, estudiaba y proponía soluciones. Con tal motivo, nos velamos varias veces al día para concertar la lucha. Hacía numerosas salidas al interior del País, en algunas de las cuales lo acompañamos. Analizaba serenamente los acontecimientos, sugiriendo las soluciones más convenientes, con una fuerza de persuasión admirable, y llegando casi siempre al más feliz de los éxitos.

El Boletín del Sindicato Médico del Uruguay, al que diera vida y prestigio en su primera época, fue otra de sus obras admirables. Editoriales, gacetillas, informaciones generales y especiales traducían la intensidad de la lucha emprendida por aquél, que Simeto asumió y dirigió con dignidad y altura envidiables.

Largo sería describir su labor periodística, que mucho sirvió para divulgar la acción realizada, llevada a efecto con serenidad y altura dignas de encomio. Ello daría motivo para investigaciones más profundas, que exigirían mucho más tiempo que el que puede dedicarse en esta ceremonia de recordación de su memoria.

Señoras y señores:

Debo poner límite a mi disertación, so pena de fatigar por demás a mi auditorio, que me escucha con harta paciencia.

Diremos, como conclusión final, que Simeto vivió dándose siempre íntegra y noblemente a todas las causas que sirvió, por lo que su recuerdo ha pasado a la historia; por lo mismo, él perdura y perdurará.



LOCOMOCION 325 o/o DE AUMENTO

Texto de la solicitud que, con texto similar, fuera remitida por las Autoridades del S.M.U. al Ministro de Trabajo y al Presidente de COPRIN:

"Montevideo, 13 de abril de 1971.

"Señor Ministro de Trabajo y Seguridad Social
Dn. JORGE SAPELLI
Presente.

Estimado señor Ministro:

Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. para manifestarle lo que sigue:

1. Desde el 20/FEB./1970 venimos gestionando infructuosamente ante la Comisión de Productividad, Precios e Ingresos, la obtención de un ajuste de la "COMPENSACION POR LOCOMOCION" que el médico percibe como reintegro de sus gastos en la asistencia domiciliaria de los pacientes afiliados a las Instituciones de Asistencia Colectivizada, de acuerdo al incremento operado en el costo de la nafta y demás elementos vinculados al mantenimiento del automóvil desde junio/68 a la fecha.

2. La mencionada remuneración fue establecida por el Laudo para el Grupo 50 y actualizada por Convenio Colectivo hasta el ya citado mes de junio de 1968.

A partir de esa fecha la "Compensación por Locomoción" no ha sido actualizada, excepción hecha del Decreto 343/969 que la elevó en un 10%.

3. A todas nuestras notas y gestiones no hemos recibido hasta ahora la más mínima respuesta.

4. La insostenible situación que se plantea en la asistencia domiciliaria surge de que: para quince (15) días de asistencia de un paciente en su domicilio, el médico percibe una remuneración de \$ 124.34 ó \$ 186.51 según sea el llamado en radio urbano o sub-urbano.

Esa razón y la perspectiva de nuevos e incesantes incrementos en los costos de mantenimiento de la locomoción del médico hacen que el Sindicato Médico del Uruguay, en representación de la Profesión Médica organizada del país, entienda impostergable el ajuste de la Compensación por Locomoción mediante un aumento del 325% sobre los valores actuales vigentes.

5. Se entiende que la solución a este problema no podrá dilatarse, dada su claridad, más allá del término de diez días a contar de la fecha. De no obtenerse respuesta afirmativa a este petitorio, el Sindicato Médico del Uruguay declina toda responsabilidad en las consecuencias que la no solución de este problema pueda ocasionar.

Sin otro particular, aprovechamos para saludar al Sr. Ministro con nuestra consideración más distinguida,

Dr. TABARE GONZALEZ VAZQUEZ
Secretario

Dr. JULIO C. RIPA"
Presidente

PROBLEMAS ACTUALES

Sabíamos de la inminente concreción del pago del Salario Familiar a través de las Cajas de Asignaciones y decidimos concurrir, para recabar información para los técnicos que trabajan en la Asistencia Colectivizada, a la Caja Nº 23.

Encontramos allí, en su puesto de trabajo, al Delegado Obrero y Secretario del Consejo Honorario de la Caja Nº 23, a la vez que Presidente de la Comisión Asesora del Consejo Central en el Sector Salud de Asignaciones Familiares, compañero EDMUNDO PORCIRE, quien gentilmente se prestó a satisfacer nuestras preguntas, proporcionándonos su autorizada opinión en cuanto a los problemas generales del Instituto, así como valiosa información sobre las prestaciones a los beneficiarios.

Preguntamos: ¿Qué significación tiene el régimen de AAF para los beneficiarios?

R.: Dentro de los marcos legales y facultativos de la estructura social en que vivimos, prestar beneficios que posean el valor de tales. El absurdo de 16 prestaciones insuficientes, como por ejemplo: un hogar constituido de pesos 1.000.00; asignaciones familiares de \$ 500.00, \$ 750.00 o \$ 1.000 por hijo en el orden legal y en el orden facultativo un subsidio por fallecimiento de \$ 3.500.00 o una ayuda extraordinaria que nunca podrá ser suficiente, muestra la razón de nuestra afirmación.

P.: ¿Cuáles son las formas de ejercer dentro del régimen de AAF una política que sea coherente con los intereses de la clase obrera?

R.: Lo primero es evitar la transformación del régimen en un cómplice de los mecanismos de dominación capitalista. En ese sentido es fundamental

impulsar decididamente una política recaudatoria, que apunte hacia las grandes empresas que suman millonadas con retenciones indebidas de los salarios de los trabajadores. Un núcleo pequeño de grandes empresas y complejos económicos vinculados a la "rosca" oligárquica que gobierna al País, le deben más al régimen que todas las pequeñas empresas reunidas (complejo Berembaum, EFCSA, etc.). En segundo término, es necesario impulsar las reformas legales que obliguen a los grandes núcleos financieros que manejan la economía del país, a realizar aportes no en relación al número de trabajadores que ocupan (actual sistema de aporte) sino de acuerdo a los montos de giros y de ganancias. Por ejemplo: las financieras que suman cuantiosos superávits en negocios de todo tipo, operan con pequeña cantidad de funcionarios, de lo cual se deduce que su aporte es irrisorio.

En conclusión, el régimen de AAF tiene que vigilar sus actuales fuentes de recursos y encontrar otras para modificar los beneficios prestados, llevándolos a cifras con valor adquisitivo acorde con la realidad salarial del trabajador uruguayo.

P.: ¿Qué significación tienen las prestaciones asistenciales del régimen para la familia del trabajador?

R.: A esta pregunta dos respuestas nítidamente diferenciadas: la una para Montevideo, la otra para el Interior. En Montevideo, el alto índice de partos y asistencia que se efectúa, debe considerarse en relación a los 1.030 millones de pesos que el régimen adjudica a estas prestaciones anualmente. La reflexión que cabe hacerse es si esa suma gastada para la capital está de acuerdo a la política que en materia de salud ha establecido la clase

PAGO DEL SALARIO FAMILIAR

trabajadora. Podemos afirmar que tiene un valor relativo esta prestación, es la que más urgentemente necesita una racionalización y planificación en todos los órdenes.

Relativo al Interior basta valorar cifras comparativas: En Montevideo 1.030 millones, en el Interior 150 millones... En conclusión, urgentemente se requiere una revisión total, teniendo presente el Seguro de Salud Nacional.

SALARIO FAMILIAR:

Independientemente de que se cobre o no Hogar Constituido y/o Asignaciones Familiares, por parte del técnico o su cónyuge, en la actividad estatal o para-estatal, se tiene derecho a percibir el Salario Familiar que administra la Caja 23 —con retroactividad al 1/1/71— en las siguientes condiciones:

—Hogar Constituido (sin tope de sueldos), \$ 1.000.00 mensuales.

—Por cada hijo en edad liceal pesos \$ 500.00 mensuales.

—Por cada hijo en edad escolar, pesos 750.00 mensuales.

—Por cada hijo en edad licear pesos 1.000.00 mensuales.

El beneficio por hijo lo perciben quienes ganen hasta \$ 60.000.00 mensuales (núcleo familiar), más \$ 6.000.00 por hijo; por ejemplo: un matrimonio con tres hijos tiene un tope de hasta \$ 78.000.00.

Para acogerse a estos servicios la Caja Nº 23 procederá a FICHAR a los interesados entre el 4 y el 7 de mayo de 1971 de 14 a 18 horas, en el local del S.M.U. Colonia 1938, Piso 2º.

Habrà que concurrir munidos de: documento de identidad, libreta de matrimonio y documento o fecha exacta de nacimiento del cónyuge.

AGENDA DE PAGOS:

Dando muestra de un adecuado planeamiento administrativo, ya se han establecido los días de pago de beneficios para el acto en curso:

—Marzo y abril de 1971 se pagarán a partir del 26 de mayo.

—Mayo y junio de 1971 se pagarán a partir del 28 de julio.

—Julio y agosto de 1971 se pagarán a partir del 29 de setiembre.

—Setiembre y octubre de 1971 se pagarán a partir del 30 de noviembre.

—Noviembre y diciembre de 1971 se pagarán a partir del 26 de enero de 1972.

BENEFICIARIOS CON RETARDO MENTAL:

De acuerdo con la Ley Nº 13.711 del 30.11.68 y en las condiciones establecidas en el Decreto Reglamentario Nº 487 del 7.10.69, los niños con retardo mental o que padezcan de otras formas de invalidez del aparato locomotor y huesos, viscerales, sensoriales o mentales que impidan su incorporación a todo tipo de tarea remunerada, tienen derecho a una cuota duplicada (sin tope de sueldos ni de edad del beneficiario).

Para proceder al reconocimiento de la incapacidad por parte de la Caja se deberá concurrir, munidos de certificado del médico tratante, al Patronato de Sicópatas: calle Cubo del Norte 3717 de 9 a 12 horas (tel. 3.68.46). Luego, con el certificado oficial que haga constar la incapacidad, se deberá concurrir a realizar la inscripción en las Oficinas de la Caja Nº 23 (Br. España 2183) entre las 7.30 y 12 horas.

¿¿ QUE ES ESTO ?!

"Igual remuneración, a igual función en igual tiempo".

Bajo este principio básico, planteado por la Delegación del Sindicato Médico del Uruguay ante el Consejo de Salarios del Grupo 50, se concretó en el Laudo del 27/DIC/65 la supresión total de las injustificadas diferencias salariales existentes hasta ese momento para la remuneración del trabajo médico según el volumen de afiliados de la mutual para la cual el técnico trabajase.

La aplicación de este principio puso fin a la época de las "categorías" y sus negativas consecuencias económicas y, por qué nó, asistenciales.

El Gremio Médico, sin embargo, aceptó contemplar la situación crítica que podía crearse a aquellas instituciones que por su reducido caudal de afiliados no pudieran contratar técnicos para una función completa (por carecer de un volumen de trabajo para asignarle al cargo) y si necesitar el concurso de un médico para la asistencia de un número menor de pacientes.

Se establecieron entonces tres excepciones para las instituciones de menor caudal social: 1) la posibilidad de pagar medio sueldo base por la mitad de horario en consultorio (13 horas), más el tiempo suplementario que la asistencia del número de pacientes requiriese, pagando en forma proporcional ese tiempo excedente trabajado; 2) la posibilidad de contratar médicos en "medio función", es decir, con la mitad de horario y asistiendo a la mitad de los pacientes establecidos para un cargo común; y 3) la posibilidad de contratar médicos a "destajo" pagando un 50% más los valores de órdenes para cada tipo de prestación asistencial, en com-

pensación del sueldo base que se dejaba de percibir.

Es decir: nunca pagar menos un mismo trabajo técnico correctamente realizado, sino adecuar a las posibilidades de las instituciones pequeñas el contratar "menos trabajo médico" de acuerdo a sus necesidades.

El S.M.U. participó en el establecimiento de estas normas excepcionales con un noble objetivo: el primero era asegurar la correcta asistencia a quienes lo necesitaban. El segundo, hacer factible la apertura de nuevas fuentes de trabajo, ya que las instituciones pequeñas no tendrían que esperar a reunir un núcleo considerable de pacientes para crear un cargo.

Esta actitud leal de un gremio consciente de sus responsabilidades sociales para con la población a quien sirve, lamentablemente no se ha visto correspondida por algunas patronales inescrupulosas.

En efecto, abusando del desconocimiento de muchos de estos aspectos por parte de los colegas, se sustituyó el "poder contratar menos trabajo médico" por el "contratar trabajo médico a la mitad o menos de los valores establecidos".

En un número anterior debimos denunciar, sin dar nombres, la situación de una Institución que, exigiendo el cumplimiento total de los cargos de policlínica (26 horas mensuales, atendiendo hasta 182 consultas), pagaba la mitad del sueldo base! Afortunadamente estas situaciones fueron corregidas sin que el S.M.U. tuviera que realizar otra gestión que su denuncia.

Pero hoy nos llega a nuestra redacción otra noticia, que, de confirmarse, por lo grotesca e impropcedente hará que el gremio haga caer todo su peso sobre los desleales infractores: **SE TRATARIA DE LA CONTRATACION DE**

MEDICOS DE SERVICIO DE URGENCIA A LOS QUE SE LES PAGARIA SOLAMENTE UN CUARTO DEL VALOR DE SU TRABAJO ! ! ! !

En efecto, la maniobra se estaría cometiendo contra colegas a los que supuestamente se les contrataría para realizar "Guardias de Medicina General a la Orden" (régimen que rara vez sea ha aplicado en el mutualismo pues siempre se ha recurrido, ante los imprevisibles desbordes de trabajo, a los médicos suplentes) encubriendo la vinculación real de trabajo: Médico de Urgencia Descentralizado.

La maniobra es tan torpe como increíble y preñada de mala fe.

Sin lugar a dudas, el factor de concurrencia laboral con 0,30 de sueldo base para 175 horas de "guardia a la orden" habla a las claras de una vinculación laboral cuya finalidad es la cobertura del riesgo de una situación excepcional, que se produce esporádicamente. El trabajo en el Servicio de Urgencia Descentralizado, por el contrario, implica un volumen de trabajo continuado, con horario mucho más reducido de acuerdo al esfuerzo asistencial que demanda y con salario completo.

Por eso es que consideramos inadmisibles que haya quienes pretendan sobrellevar las dificultades propias que la situación que vive el país plantea a cada individuo o institución, mediante el escamoteo mañoso del salario de los trabajadores médicos.

La Comisión de Trabajo Médico del Sindicato Médico del Uruguay está ya en antecedentes de esta información, que procurará confirmar.

De resultar cierta reiteramos, nuestro Gremio no vacilará en descargar todo su peso sobre quienes tanto se apartan de los correctos procedimientos.