

# Convocatoria a ELECCIONES

## en el SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY

jueves  
31 de mayo

El Sindicato Médico del Uruguay en cumplimiento de lo que establecen sus Estatutos Sociales, las Bases Fundamentales del Centro de Asistencia, el Estatuto de la Colonia de Vacaciones y el Estatuto del Fondo de Solidaridad Social, convoca a sus asociados médicos y estudiantes a Elecciones Generales para el jueves 31 de mayo de 2001.

En este acto eleccionario deberán elegirse, en renovación total, los siguientes órdenes:

**Comisión Fiscal (5 cargos médicos)**

**Consejo Arbitral (4 cargos médicos)**

**Comité Ejecutivo (10 cargos médicos y 3 estudiantiles)**

**Junta Directiva del Centro de Asistencia (9 cargos médicos)**

**Comisión Directiva de la Colonia de Vacaciones (5 cargos médicos y 1 estudiantil)**

**Comisión Directiva del Fondo de Solidaridad Social (3 cargos médicos y 1 estudiantil)**

Las listas de candidatos deben llevar únicamente Lema, no aceptándose Lemas idénticos en listas distintas. Los candidatos deben dar su aquiescencia escrita para las listas en que figuren. Las listas constarán de doble número de nombres de los puestos a llenar para los lemas médicos y del triple para los estudiantiles. En el caso de la Colonia de Vacaciones se necesitarán el triple

de nombres también en los lemas médicos (Artículo 4, Estatutos de la Colonia de Vacaciones).

La fecha de recepción de listas, cierre del período de inscripciones, será hasta el martes 15 de mayo de 2001 a la hora 18:00, en la Secretaría de la Comisión Electoral (Br. Artigas 1515).

La elección de los miembros de todos los organismos se hará mediante voto SECRETO.

Tendrán derecho a votar todos los afiliados que hayan ingresado al SMU por lo menos dos meses antes de la fecha de la elección (Artículo 30, inciso c de los Estatutos), excepto para la Junta Directiva del Centro de Asistencia que será electa por los socios médicos que cuenten con una antigüedad mayor a un año en el Registro Social. (Artículo 33 de las Bases Fundamentales del CASMU).

Los socios estudiantes pueden votar dentro de los Lemas Médicos a la Comisión Fiscal y Consejo Arbitral. A los demás organismos, excepto Junta Directiva del CASMU, votarán dentro de los Lemas Estudiantiles.

**Dr. Juan Carlos Macedo**  
*Presidente*

**Dr. Gerardo Bruno**  
*Secretario*

Montevideo, 16 de marzo de 2001

Boletín del SMU N°5

29 de marzo de 2001

Bulevar Artigas 1515

Tel. 401 47 01 Fax. 409 16 03

E-mail: [secretaria@smu.org.uy](mailto:secretaria@smu.org.uy)

Página Web: <http://www.smu.org.uy>

#### DIRECCIÓN RESPONSABLE:

Comité Ejecutivo del SMU

**Presidente:** Dr. Juan Carlos Macedo, **Vicepresidente:** Dr. Hugo Rodríguez, **Secretario médico:** Dr. Gerardo Bruno, **Tesorera:** Dra. Sara Méndez, **Delegado en la Junta Directiva del CASMU:** Dra. Alicia Ceres, **Secretario estudiantil:** Br. Ignacio Olivera, **Vocales:** Dres. Fernando Acle, Julio Correa, Barrett Díaz Pose, José Kierszenbaum, Eduardo Navarrete, Bres. Eduardo Ferreira Guido y Federica Badía.

**Administrador General:** Dr. Antonio L. Turnes - **Editores:** Dres. Juan Carlos Macedo y Antonio L. Turnes

**Diagramación y Armado:** BG Comunicación Visual - e-mail: [info@bg-comunicacion.com](mailto:info@bg-comunicacion.com)

**Fotomecánica:** Hi End Tel. 409 98 56

**Impresión:** Mosca Hnos. Tels. 408 30 49 y 400 04 49

# SITUACIÓN LÍMITE EN EL MUTUALISMO

## crónica de una crisis anunciada

Desde hace mucho tiempo el Sindicato Médico del Uruguay ha venido alertando, mediante diversos documentos y con distintos gestos a nivel de toda la sociedad, acerca de la grave situación creada en el sistema mutual. Tanto en el análisis de sus causas como en la denuncia de sus consecuencias últimas, hemos empeñado todo nuestro esfuerzo en una prédica cuyo objetivo final era y sigue siendo el de preservar un modelo de asistencia que es patrimonio de todos los uruguayos. Una de aquellas «alarmas» fue dada por nuestro SMU, cuando de forma extraordinaria se convocó a un paro médico nacional.

### Porque existen soluciones

El 11 de febrero los médicos paralizaremos nuestras actividades. En los 80 años de su intensa vida el Sindicato Médico del Uruguay (SMU) sólo recurrió al Paro Médico en situaciones extraordinarias en que se jugaban cosas demasiado grandes para la salud o para el país. Y la actual situación en el sector salud es una situación extraordinaria.

El nuevo siglo comenzó agudizando los problemas con que culminó 1999. La falta crónica de soluciones determinó un escenario diferente: la inocultable crisis del conjunto del sector salud.

De mantenerse el camino de la inercia y el quietismo nadie podrá declararse sorprendido. Ahora sabemos de sobra qué ocurre cuando los destinos de la salud quedan librados a las leyes y la lógica del mercado:

instituciones asistenciales que cierran sus puertas y otras varias condenadas a lo mismo;

patronales que encienden conflictos con medidas unilaterales que desconocen lo convenido con sus médicos ante el MTSS;

médicos a quienes se le adeudan meses o años de obligaciones salariales o beneficios sociales; precarización del trabajo médico;

derroche de los no escasos recursos que la sociedad uruguaya vuelca a la salud;

crisis global del sistema mutual y debilitamiento de su filosofía solidaria;

indiferencia y ausencia de soluciones para las condiciones de la asistencia y del trabajo médico en un sector público que sigue siendo coto de caza privilegiado para el peor clientelismo político.

El SMU no ha sido un actor prescindente o meramente contestatario en el proceso de la actual crisis.

Lejos de ello, los médicos promovimos el diálogo y la búsqueda sensata de soluciones. Prueba de ello es el *Documento de Solís* (13-15/8/99) entregado a todos los actores de la vida política, económica y sanitaria de la escena nacional.

El *Documento de Solís* refleja una concepción global y consensual a lo largo y ancho de nuestro muy diverso gremio médico.

Aspiramos a conocer las respuestas que el mismo genera, así como a conocer y

discutir documentos que otros actores puedan llegar a producir.

Por nuestra parte, insistimos en que las verdaderas soluciones para las instituciones y sus trabajadores no pasan sino por dar respuesta a los reales problemas de la asistencia.

En tal sentido, aspiramos a avanzar en el camino de la universalización y la equidad de la asistencia, con estándares mínimos de calidad para los subsectores público y privado y con la ampliación progresiva de la cobertura financiada por la seguridad social (ex-DISSE).

Aspiramos a un nuevo sistema que modifique el modelo asistencial, incorpore la normalización, supervisión y evaluación, excluya los propósitos comerciales y lucrativos y tienda a humanizar la jornada laboral médica y la relación médico-paciente-familia.

### Existen soluciones

El 11 de febrero pararemos como una señal de alerta. Para no ser cómplices de un deterioro sin retorno del sistema de salud.

El 11 de febrero invitamos al sector político, a los actores del sector salud y a la sociedad toda a reflexionar sobre el camino a seguir.

*Sindicato Médico del Uruguay*

## La Clausura de Cemeco

Poco hubo que esperar para que la realidad nos diera la razón. En mayo el Ministerio de Salud Pública resolvía la clausura de Cemeco. Una vez más el SMU se colocaba junto a los trabajadores golpeados en su fuente laboral -tanto médicos como no médicos- y señalaba que era necesario encontrar soluciones de fondo para una crisis que ya se vislumbraba en toda su gravedad. En aquella ocasión decíamos:

### A LA OPINION PUBLICA

Ante la clausura de CEMECO, por resolución del Ministerio de Salud Pública de fecha 19 de mayo de 2000, el SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY, manifiesta:

1. Su solidaridad con todos los trabajadores médicos y no médicos de dicha institución, que ven cerradas sus fuentes laborales.

2. Su preocupación por encontrar fórmulas que solucionen el problema asistencial generado a los afiliados de CEMECO, a la vez que contemplan -en la medida de lo posible- la necesaria cobertura asistencial de los abonados de dicha institución y la conservación de la fuente laboral de los trabajadores.

3. Desde el inicio de esta crisis, en CEMECO, el SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY ha estado junto a los médicos cooperativistas y contratados, explorando fórmulas viables para superar la situación.

4. Su reafirmación de que, tal como ha expresado reiteradamente por todos los medios, es necesaria la adopción de una política nacional de salud que brinde pilares sólidos en los que basar la construcción de un sistema sanitario fuerte, seguro, universal y solidario

*Sindicato Médico del Uruguay  
Montevideo, 22 de mayo de 2000*

## La comisión intersectorial

Finalmente, tras muchos análisis y consultas, en enero de este año se integró la llamada «Comisión para el fortalecimiento del mutualismo». Su propia acta de constitución, que reproducimos íntegra y textualmente, explica por qué el SMU decidió integrar dicha comisión.

Acta de creación de una Comisión para Elaborar un Acuerdo Intersectorial de Fortalecimiento del Mutualismo y Mantenimiento del Empleo.

En la ciudad de Montevideo, el día 31 de enero de 2001, ante la presencia del Ministro y del SubSecretario del Ministerio de Salud Pública, Cr. HORACIO FERNANDEZ AMEGLIO y Dr. LUIS FRASCHINI, y de los representantes de los Ministerios de Trabajo y Seguridad Social Lic. FAUSTO LANCELOTTI y Dra. ALICIA QUEIRO; del Ministerio de Economía y Finanzas, Cr. PEDRO SPIELMANN, y del Ministerio de Salud Pública, Soc. JOAQUIN SERRA, SE REUNEN los representantes del Sindicato Médico del Uruguay, Dres. HUGO RODRIGUEZ Y SARA MENDEZ; de la Federación Uruguaya de la Salud Sr. JORGE BERMUDEZ y Sra. MARIA ISABEL VARELA; del Plenario de IAMC Dres. NATALIO BLANKLEIDER; SANDRA CHELE y ANTONIO DURAN; de la Unión de la Mutualidad, Sr. DANIEL LOPEZ VILLALBA y Cr. JULIO PILON, QUIENES ACUERDAN Y SUSCRIBEN el texto que a continuación se detalla:

Las auditorías realizadas por el Ministerio de Salud Pública a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva de Montevideo, ratificaron la grave situación que atraviesan todas las Instituciones. Ante esta situación, las partes acuerdan que es necesario adoptar un conjunto de medidas de emergencia que garanticen la



continuidad del sistema mutual y el mantenimiento de la totalidad de las fuentes laborales.

A tales efectos se conviene la creación de un grupo de trabajo que funcionará en el ámbito del Ministerio de Salud Pública, el cual será presidido por el Delegado de dicho Ministerio, con participación de representantes del Plenario de IAMC, UMU, FUS, SMU y delegados de los Ministerios de Trabajo y Seguridad Social y de Economía y Finanzas.

Este grupo tendrá por cometido acordar, antes del 15 de febrero, las medidas de emergencia tendientes a lograr los siguientes objetivos prioritarios:

1. Alcanzar la estabilidad y continuidad del sistema mutual.

2. Asegurar la estabilidad laboral para todos los médicos, cirujanos y trabajadores no médicos que hoy trabajan en el mutualismo de Montevideo.

Para cumplir con estos objetivos prioritarios será necesario:

- Generar cambios en el modelo asistencial que tiendan a asegurar una atención continua, oportuna, accesible, eficaz y de calidad.

- Introducir cambios estructurales, así como promover herramientas que garanticen el fortalecimiento en la gestión de las Instituciones, en especial en el área de los medicamentos y de la

tecnología médica.

- Alcanzar condiciones económicas superavitarias que permitan la renegociación de las deudas.
- Acordar una reestructura de la masa salarial de los distintos sectores, gerentes, médicos, cirujanos y trabajadores no médicos, sobre bases justas y equitativas.

Los acuerdos se deberán basar en la transparencia de la información acerca de la situación de las Instituciones y del sector. Un acuerdo de esta naturaleza contribuirá a generar las condiciones apropiadas para la elaboración de los Proyectos de Fortalecimiento Institucional.

Si todas las partes lo consideran conveniente podrán acordarse prórrogas a los plazos establecidos.

A pedido expreso de la FUS, una vez instalada la Comisión, se convocará a la FEMI a efectos de evaluar la conveniencia de incluirla o no en la búsqueda de acuerdos tendientes a fortalecer el mutualismo y asegurar la estabilidad laboral.

Presente en este acto el representante de las Sociedades Anestésico-Quirúrgicas (SAQ), Dr. JORGE ROSENBAUM, compartiendo el espíritu de lo acordado, manifiesta que hasta el 9 de febrero del presente año, asistirán sus asesores al Grupo de Trabajo en carácter de oyentes, confirmando formalmente su adhesión al presente Acuerdo, una vez sometido el mismo al órgano resolutorio de las SAQ.» Siguen firmas.



## Los resultados de la comisión

Casi un mes de trabajo en esa comisión, múltiples elementos recogidos por nuestros delegados y asesores y, en especial, los resultados que comenzaban a vislumbrarse, llevaron al Comité Ejecutivo del SMU a efectuar una muy ponderada evaluación, como resultado de la cual decidimos mantener sólo a nuestros asesores en dicha comisión, con una serie de exigencias las que le fueron planteadas al sr. ministro de Salud Pública, Cr. Horacio Fernández Ameglio.

### ***Nota al Sr. Ministro de Salud Pública sobre la Comisión de Fortalecimiento del Mutualismo en el MSP***

Montevideo, 23 de febrero de 2001

Sr. Ministro de Salud Pública  
Cr. HORACIO FERNÁNDEZ AMEGLIO  
Su Despacho

Ref.: COMISIÓN INTERSECTORIAL PARA  
EL FORTALECIMIENTO DEL MUTUALISMO

Estimado señor Ministro:

En respuesta a la entrevista mantenida con Ud. el lunes pasado, el Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay, reunido en su sesión de la víspera ha tomado la siguiente resolución:

#### **Sobre la Comisión de Fortalecimiento del Mutualismo en el M.S.P.**

1. Encomendar a los Asesores del SMU a concurrir a la Comisión de Fortalecimiento del Mutualismo, que funciona en el MSP.

2. Exigir la implementación de los aspectos de impacto inmediato y sustancial contenidos en el documento del MSP del 14 de julio de 2000:

- inspecciones que garanticen el cese de la intermediación lucrativa;
- coordinación y complementación de servicios;
- adecuación del precio de los medicamentos;
- eliminación de gravámenes a la venta de servicios entre efectores (IVA del 14% a la salud);
- presentación en un plazo de dos meses, de reestructuras del mutualismo, tendientes a solucionar los problemas administrativos y de gestión identificados por las Auditorías.

3. Dicha delegación funcionará respaldada por una Comisión de Apoyo que se constituirá en sesión permanente, para analizar y elaborar sobre los temas prioritarios en discusión.

continúa

**4. Es opinión del SMU, que las IAMC deben ser reformuladas para que sobrevivan, y sin involucrar en el futuro los defectos estructurales y de gestión que se han puesto de manifiesto reiteradamente.**

**5. Se defenderá -en todos los terrenos- el ingreso remunerativo de los médicos, centrado en la defensa de los Convenios Colectivos acordados y vigentes, de acuerdo a la realidad laboral.**

Reciba nuestros más cordiales saludos,

Dr. GERARDO BRUNO  
Secretario

Dr. JUAN CARLOS MACEDO  
Presidente

## La retirada del SMU de la Comisión

Finalmente, el pasado 22 de marzo, el Comité Ejecutivo del SMU, tras evaluar la situación generada en la Comisión para el Fortalecimiento del Mutualismo, y muy especialmente el grave momento por el que atraviesan varias IAMC, y luego de evaluar todos los elementos en una reunión consultiva con los núcleos de base de esas instituciones, resolvió abandonar la comisión y llamar a todos los actores para «un diálogo genuinamente dirigido al fortalecimiento del mutualismo». El texto de la resolución adoptada en esa ocasión es el siguiente:

El SMU ha participado hasta ahora en las diversas instancias de esta convocatoria, denominada para el «Fortalecimiento del Mutualismo».

Reiteradamente ha planteado que las medidas de salvataje que se adoptaran estuvieran inspiradas en un intento genuino de fortalecer al sistema de instituciones mutuales, depurándolas de una serie de vicios de funcionamiento y de ineficiencias, y potenciando todas sus virtudes de sistema solidario.

No puede obviarse señalar la grave responsabilidad de los diversos Gobiernos, que han permitido el desequilibrio financiero de estas instituciones originado en la hiper-regulación de sus ingresos, en contraste con la extrema liberalización de sus egresos, sometidos al juego de un mercado voraz. Asimismo, debe señalarse la exclusiva responsabilidad del Poder Ejecutivo, en su momento, en la

transformación de los tickets moderadores en recaudadores, que ha desvirtuado uno de los fundamentos solidarios del sistema.

Llegados a este punto del proceso no advertimos medidas que se correspondan a una intención de fortalecimiento del mutualismo, sino que todas las propuestas giran en torno a las reducciones salariales y a la rebaja de la calidad asistencial, lo que expulsaría tanto a profesionales como a usuarios del sistema, abriendo las puertas a otras modalidades de financiación y gerenciamiento de la salud.

Ante este grave riesgo para el futuro del sistema mutual, el Sindicato Médico del Uruguay considera inconducente su participación en la Comisión convocada por el MSP, y consustanciado con su responsabilidad relativa a la salud de la población, dará los pasos para convocar a todos los actores del proceso, a un diálogo genuinamente dirigido al fortalecimiento del mutualismo, advirtiendo que en la Comisión de la cual nos retiramos, se están creando las condiciones que propician el gradual desmantelamiento del mutualismo en el Uruguay.

Entretanto -y fiel a sus tradiciones- el Sindicato Médico del Uruguay se declara celoso custodio del mantenimiento de los puestos de trabajo de sus asociados, exigiendo desde ya participación determinante en los eventuales procesos de reubicación de colegas provenientes de instituciones que resultaren liquidadas.

EL COMITÉ EJECUTIVO  
Montevideo, 22 de marzo de 2001

Que el mundo fue y será  
una porquería, ya lo sé.  
En el quinientos seis  
y en el dos mil, también.  
Que siempre ha habido chorros,  
maquiavelos y estafaos,  
contentos y amargaos,  
varones y *dublés*.  
Pero que el siglo veinte  
es un despliegue  
de maldá insolente,  
ya no hay quien lo niegue.  
Vivimos revolcaos en un merengue  
y en el mismo lodo  
todos manoseaos.

Hoy resulta que es lo mismo  
ser derecho que traidor,  
ignorante, sabio, chorro,  
generoso o estafador...

¡Todo es igual!

¡Nada es mejor!

Lo mismo un burro

que un gran profesor.

No hay aplazaos ni escalafón,  
los ignorantes nos han igualao.

Si uno vive en la impostura  
y otro roba en su ambición,  
da lo mismo que sea cura,  
colchonero, Rey de Bastos,  
caradura o polizón.

¡Qué falta de respeto,  
qué atropello a la razón!

Cualquiera es un señor,  
cualquiera es un ladrón...

Mezclao con Stavisky  
va Don Bosco y La Mignon,  
Don Chicho y Napoleón,  
Carnera y San Martín...

Igual que en la vidriera  
irrespetuosa

de los cambalaches  
se ha mezclao la vida,  
y herida por un sable sin remache  
ves llorar La Biblia  
junto a un calefón.

Siglo veinte, cambalache  
problemático y febril...

El que no llora no mama  
y el que no afana es un gil.

¡Dale, nomás...!

¡Dale, que va...!

¡Que allá en el Horno  
nos vamo' a encontrar...!

No pienses más; sentate a un lao,  
que a nadie importa si naciste honrao...

Es lo mismo el que labura  
noche y día como un buey,  
que el que vive de los otros,  
que el que mata, que el que cura,  
o está fuera de la ley...

\* Homenaje a Enrique Santos Discépolo,  
en el centenario de su nacimiento.  
(Buenos Aires 27 de marzo de 1901)

## Cronología de los principales acontecimientos

# en la UNIDAD CORONARIA MÓVIL

El conflicto de los médicos de la Asociación de Médicos de Perses (AMP) y la empresa Perses SA fue largo y complejo. Durante más de un mes el SMU, a través de su Comité Ejecutivo, participó en numerosas reuniones, buscó soluciones al diferendo, dialogó con las autoridades públicas, fijó posición sobre las principales cuestiones en juego y apoyó de forma decidida la lucha emprendida por los médicos de la Unidad Coronaria Móvil. Es importante pues, una vez resuelta esta grave situación, conocer paso a paso cada una de las posturas del SMU durante los 43 días que duró el conflicto.

### 8 de febrero: el incumplimiento jurídico de Perses SA

En el número anterior de nuestro **BOLETÍN**, el N° 4 editado el pasado 15 de febrero, informamos acerca del agravamiento de la situación de conflicto entre la Asociación de Médicos de Perses (AMP) y dicha empresa. En la nota, titulada «Antecedentes de un conflicto provocado», dábamos cuenta de la grave situación generada entre los trabajadores médicos del núcleo de base del SMU en la Unidad Coronaria Móvil con los directivos empresariales de Perses S.A. También se publicó en aquel número del **BOLETÍN** la postura oficial del SMU, fijada a través de un comunicado hecho público tras la sesión del Comité Ejecutivo del jueves 8 de febrero. Ese comunicado señalaba textualmente lo siguiente:

El Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay, ante el conflicto que mantienen los médicos de la Asociación de Médicos de Perses S.A. con la Unidad Coronaria Móvil, **DECLARA:**

Se ha puesto en evidencia que la empresa UCM (Perses S.A.) ha incumplido reiteradamente, en los últimos años, los



convenios laborales suscritos ante el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social con sus médicos dependientes.

La violación de dichos convenios perjudica gravemente a los médicos, con restricción de sus fuentes laborales, sus funciones y la forma de organización de su trabajo.

Junto a este incumplimiento jurídico, se da un hecho de violencia contra la libertad sindical, particularmente preocupante. Se atenta contra la difusión del conflicto realizada por los médicos de UCM, mediante carteleras que son

sistemáticamente retiradas por agentes claramente identificados. Se producen amenazas sobre la no adjudicación de guardias. Se realizan sustituciones de funciones que están documentadas ante Escribano Público.

En consecuencia, el Sindicato Médico del Uruguay **MANIFIESTA:**

Su más absoluto rechazo a la actitud de la empresa UCM, que discrimina a sus trabajadores médicos, adopta actitudes represivas reñidas con las prácticas habituales en una democracia.

Su preocupación por la atención de los usuarios de esta importante empresa de salud que, a través de este conflicto promovido por la empresa, puede verse comprometida.

Su exigencia de que los Poderes Públicos asuman plenamente sus competencias y reconduzcan el desarrollo de este conflicto dentro de los parámetros que la cultura uruguaya, de respeto a las libertades sindicales, que los Convenios Internacionales, la Constitución, y el Derecho Laboral marcan claramente.

A su vez el S.M.U. advierte públicamente a los médicos de Perses S.A. que solamente respaldará las guardias que hayan sido elegidas a través de A.M.P., como hasta ahora, y que una inconsecuencia en ese sentido llevará a adoptar las medidas gremiales correspondientes.

*El Comité Ejecutivo,  
8 de febrero de 2001*

## 21 de febrero: los deberes sindicales

Dos semanas después de aquel comunicado, cuando ya habían sido declarados en conflicto los cargos y funciones médicos en UCM, el Comité Ejecutivo del SMU envió una comunicación con fecha 21 de febrero a los médicos trabajadores de la UCM. En dicha carta se explicaba de forma detallada la conducta gremial a seguir, de acuerdo a los Estatutos del Sindicato Médico del Uruguay, y las consecuencias derivadas del apartamiento de las mismas. La comunicación señalaba lo siguiente:

El Sindicato Médico del Uruguay, preocupado por la grave situación que atraviesan los médicos de U.C.M. a partir de incumplimientos reiterados de Perses



S.A. de los Convenios Laborales suscritos ante el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, viene exigiendo a los poderes públicos asuman sus competencias, dentro de lo que marca la Constitución y la Ley.

Hemos comprobado, a su vez, al haber participado en las diferentes instancias convocadas por el M.T.S.S., que ha sido Perses S.A., hasta la fecha, único responsable de una actitud de intransigencia que ha impedido cualquier negociación.

Por ello y atendiendo fundamentalmente a la justicia de los reclamos sostenidos por la Asociación de Médicos de Perses, el 15 de febrero ppdo., el Comité Ejecutivo del S.M.U. declaró los cargos y funciones médicos en conflicto en U.C.M.

Nos permitimos recordar que el Estatuto del S.M.U. establece entre las obligaciones de sus afiliados (Art. 12):

«d) Prestar el más absoluto acatamiento a los preceptos de la moral profesional.  
«g) No aceptar ningún puesto que hubiera quedado vacante por razones de ética profesional».

El Art. 14 del mismo texto establece que la calidad de afiliado al Sindicato se perderá:

«d) Por acto de desobediencia a los Estatutos y resoluciones legalmente tomadas por las autoridades del Sindicato, especialmente relativas a los incisos d) y g) del artículo 12.»

Y finalmente, el Art. 11, que estipula:

«Todo afiliado que pierda un cargo por razones de ética profesional o en defensa de principios sindicalistas (a juicio del Comité Ejecutivo) recibirá una recompensa equivalente al sueldo perdido, salvo que nuevas circunstancias modifiquen las dificultades económicas creadas por esa pérdida.»

Exhortamos a los colegas a acompañar en todos sus términos las decisiones gremiales, democráticamente instrumentadas.

Estando en juego aspectos sustanciales del trabajo y la ética profesional, les recordamos a ustedes que cualquier inconsecuencia en tal sentido llevará a la adopción de las medidas gremiales correspondientes.

Asimismo, el SMU respaldará con toda la fuerza gremial y legal de que dispone, a todos los médicos que defiendan con firmeza los principios y derechos laborales.



Junto a nuestra solidaridad, reciban nuestro afectuoso saludo,

Dr. Gerardo Bruno      Dr. Juan Carlos Macedo  
Secretario                      Presidente

## 2 de marzo: el paro médico

La situación en la UCM era compleja y difícil para los trabajadores médicos de AMP. El 2 de marzo, el Comité Ejecutivo del SMU resolvió disponer el paro médico en los sectores de radio y policlínica de la Unidad Coronaria Móvil. La resolución señalaba:

Ante la grave situación de conflicto en la Unidad Coronaria Móvil, provocada por la violación del convenio laboral vigente por parte de la empresa Perses S.A., el Sindicato Médico del Uruguay resuelve:

1. Disponer un paro médico por tiempo indeterminado en la U.C.M. (sectores de Radio y Policlínica), a partir de la hora cero del sábado 3 de marzo de 2001.
2. Mantener el Servicio de Emergencia en los horarios elegidos en la Asociación de Médicos de Perses, de acuerdo al Convenio vigente.
3. Reiterar su convicción de que el diálogo

y la negociación entre las partes son las únicas vías de solución de este gravísimo diferendo.

El Comité Ejecutivo, 2 de marzo de 2001

## 4 de marzo: los servicios esenciales

A las pocas horas de la declaración del paro médico por parte del Sindicato Médico del Uruguay, el ministro de Trabajo y Seguridad Social, Esc. Álvaro Alonso, emitió una resolución en la que disponía la esencialidad de los servicios médicos en la UCM. Ante la nueva situación generada, el Comité Ejecutivo del SMU emitía la siguiente declaración:

Ante la declaración de servicios esenciales en la Unidad Coronaria Móvil por parte del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, el Sindicato Médico del Uruguay manifiesta:

Que el conflicto entre los médicos y la Unidad Coronaria Móvil, generado en la violación del Convenio colectivo vigente por parte de la empresa, se mantiene en todos sus términos.

Que el Comité Ejecutivo se mantendrá en sesión permanente para valorar los

alcances, las consecuencias y juridicidad de la referida declaración de servicios esenciales.

Los afiliados al SMU que sean convocados por la empresa para cumplir los servicios declarados esenciales (exclusivamente Policlínica de Urgencia y Emergencia y Ambulancia de Emergencia) deberán concurrir a presentarse en sus lugares de trabajo.

El Comité Ejecutivo, Montevideo, 4 de marzo de 2001

## 21 de marzo: la solución del conflicto

Tras intensas negociaciones, finalmente el 21 de marzo una asamblea de la Asociación de Médicos de Perses resolvió acordar una fórmula negociada con la empresa, dando por finalizadas las medidas de lucha en la Unidad Coronaria Móvil. Ese mismo día, el Comité Ejecutivo del SMU daba a conocer la finalización del paro médico decretado el 2 de marzo. La resolución expresaba:

VISTA la resolución de la Asamblea de AMP de la madrugada del día de la fecha.

La posición de los médicos tercerizados de la U.C.M., expresada al SMU por nota de fecha 8 de marzo pasado.

**EL SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY RESUELVE:**

Dar por finalizado el conflicto con la UCM y el paro médico en dicha empresa.

Felicitar a los colegas de la UCM por la firmeza demostrada durante el conflicto.

Declarar su satisfacción por que los usuarios de esta importante empresa vuelvan a recibir el servicio en condiciones normales.

El Comité Ejecutivo, 21 de marzo de 2001. ■



# RÉGIMEN DE REFINANCIACIÓN PARA PROFESIONALES UNIVERSITARIOS MOROSOS

El proyecto de Ley de Presupuesto 2001-2005 prevé por única vez, un régimen de refinanciación de obligaciones de carácter legal de los afiliados a la Caja, que recoge los aspectos fundamentales que el Instituto hiciera llegar en su propuesta al Poder Ejecutivo. La publicación, fecha a partir de la cual dispondrán de plazo para ampararse (90 días), determinará que al concretarlo en muchos casos ya existan obligaciones vencidas posteriores a las admitidas en la aludida refinanciación, y por lo tanto incrementadas por la mora (art. 94 del Código Tributario); que requerirán su cancelación al contado previo a la firma del convenio.

Existen profesionales universitarios interesados en acogerse a la regularización de sus adeudos en base al criterio previsto

en la norma legal, así como en evitar que sus obligaciones se sigan incrementando. En tal sentido, el Directorio de la Caja resolvió que los afiliados que adeuden obligaciones correspondientes al mes de diciembre/2000 o anteriores podrán realizar los pagos de la Cuota Unificada de los meses de enero/2001 y siguientes, dentro de los plazos previstos, previa adhesión expresa a la resolución aludida.

Quienes adhieran oportunamente serán citados para dar cumplimiento, en las condiciones que establezca la ley, al pago o firma de convenio por los adeudos anteriores.

Durante la vigencia del régimen y mediando el cumplimiento de los pagos previstos por parte del profesional, la Caja no lo intimará por sus adeudos anteriores ni seguirá adelante con los juicios ejecutivos de aquellas ya intimadas. ■

## Asociación Gremial de Médicos y Practicantes de "Casa de Galicia"



### Resoluciones de la Asamblea realizada el 21 de marzo de 2001

La Asamblea de la Asociación Gremial de Médicos y Practicantes de "Casa de Galicia", reunida en la fecha, resolvió:

1. Apoyar lo actuado hasta el momento por la Mesa Representativa.
2. Ante los incumplimientos salariales de Casa de Galicia con los trabajadores médicos y practicantes, manifestado por el no pago del salario vacacional generados en los años 1999 y 2000, y el paulatino retraso en el pago de sueldos, de más de tres meses en dos años:
  - a) Intimar a la Junta Directiva de Casa de Galicia al cumplimiento de sus obligaciones salariales en tiempo y forma, no aceptando más atrasos en los pagos de haberes generados.
  - b) Para el incumplimiento de lo anterior, se autoriza efectuar medidas de movilización (propagandísticas y gremiales) hasta lograr dicho objetivo.
  - c) Comunicar al Ministerio de Salud Pública y al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social estos atrasos salariales incurridos, a la vez que manifestar la preocupación de la Asamblea por la actual crisis política de la Institución.
  - d) Solicitar a la Junta Directiva de Casa de Galicia el reconocimiento de la deuda del salario vacacional mencionado, y el plan de pagos respectivo, y realizar las

diligencias correspondientes ante los Organismos pertinentes.

3. Rechazar cualquier propuesta de rebaja salarial que provoque un deterioro aún mayor en la calidad de vida de los trabajadores.
4. Considerando que la actual Delegación Técnica ante la Junta Directiva de Casa de Galicia, no representa cabalmente el sentir de los trabajadores médicos y practicantes, solicitar su inmediata renuncia, para ser sustituida por nuevos integrantes electos democráticamente por el Cuerpo Médico.
5. Declararse en sesión permanente, facultando a la Mesa Representativa para evaluar la situación y ejecutar las medidas progresivas para conseguir estos objetivos.

*(Aprobado por unanimidad).*

**Los médicos de Casa de Galicia nos reunimos TODOS LOS LUNES, en el SMU, a las 19.30 horas. Esperamos el aporte, las inquietudes y el trabajo de todos.**

# CÓMO FUERON LAS NEGOCIACIONES

Por el Esc. Julio C. Lorente  
Asesor del SMU

A continuación - y sin perjuicio de su transcripción textual en este mismo Boletín -, presentamos un breve resumen del documento distribuido por el Ministerio de Salud Pública el día 20 de marzo de 2001, último conocido por el S.M.U. al momento del cierre de esta publicación. Sólo pretendemos transmitir en forma abreviada los aspectos más salientes del documento, de manera que pueda ser útil para realizar su análisis. Dejamos expresa constancia que con posterioridad a la fecha mencionada existen reuniones acordadas en las que pueden realizarse modificaciones al texto que aquí presentamos.

## Capítulo I.- Introducción

### 1. Situación del Sector IAMC

\* El documento comienza aportando una serie de datos, tomados de las auditorías realizadas por el MSP en el año 2000, que reflejan la actual situación en que se encuentra el sector en el departamento de Montevideo. A continuación mencionamos algunos de los más significativos:

\* Número de IAMC y población comprendida: 18 IAMC atienden 967.000 personas, habiendo descendido en el último año un 2%.

\* Empleo: Existen 27.657 cargos que en grandes números se discriminan así:

- 10.100 cargos médicos
- 6.200 de enfermería
- 3.000 de técnicos no médicos
- 3.500 de administrativos
- 4.000 de servicios generales.

\* Deuda de las IAMC de Montevideo:  
- A junio del 2000 ascendía a U\$S 329:000.000

- Corresponde a seis meses de recaudación de todas las IAMC.

- El déficit operativo sobre ingresos promedio es de 7% (alguna llega al 14%)

- El pasivo se incrementa mensualmente en U\$S 3:000.000

\* Ingresos:

- Las cuotas pasaron de U\$S 27 en 1986 a U\$S 42 a partir de 1996.

- El valor de las órdenes y tiques impiden el acceso de la población afiliada.

\* Punto de equilibrio:

- La masa de afiliados debería incrementarse en un 10.89% para alcanzarlo.

\* Situaciones críticas:

- Hay seis instituciones en riesgo de cierre inmediato.

- Al 30 de junio de 2000 su pasivo oscilaba entre U\$S 443 y U\$S 756 por afiliado.

- Suponen 120.000 afiliados y emplean a 3.200 personas, poseen 308 camas de internación común y 43 camas de CTI.

\* Opciones:

\* Clausura de las IAMC en situación crítica, garantizando la redistribución de afiliados.

\* Acuerdo entre todos los actores con el objetivo de preservar el sistema y evitar importantes pérdidas de puestos de trabajo. Esta última es la opción realizada por el MSP con la creación de la Comisión Multisectorial.

\* Plazos para la instrumentación de medidas del documento:

\* 15 días para las medidas con iniciativa del Poder Ejecutivo.

\* 30 de abril de 2001 las medidas a implementar por las IAMC.

\* 90 días para las restantes medidas.

\* Creación de una Comisión de Seguimiento para la vigilancia de lo acordado en el documento.

## Capítulo II. Modelo asistencial

### 1. Modelo de atención centrado en la persona humana

\* **Objetivos:** mayor humanización y protección de los usuarios y sus familias, atacando las principales fallas burocráticas que atentan contra una atención eficaz, oportuna y humana.

\* **Instrumentos:** Se evaluarán las medidas previstas al momento de aprobar los proyectos de reconversión.

\* **Medidas:** rediseño de procedimientos administrativos y estructuras funcionales de modo tal de asegurar:

- Mejor acceso del usuario a las horas adjudicadas de policlínica

- Cumplimiento de horarios de consulta por los profesionales, previendo sanciones en caso de incumplimiento

- Regularidad en los informes sobre el estado de salud de los pacientes internados a brindar al paciente y su familia.

- Disposición de salas de espera adecuadas para familiares de pacientes internados en CTI

- Mejor y más rápida resolución de los pacientes a partir de la optimización de procedimientos de coordinación de servicios diagnósticos y terapéuticos y pase a especialistas.

### 2. Definición de las prestaciones obligatorias de las mutualistas

\* **Objetivos:** definir la canasta de prestaciones incluidas en la cobertura de asistencia médica básica, completa e igualitaria que deben brindar las IAMC.

\* **Instrumentos:** se acuerda la necesidad de impulsar la integración de un grupo técnico que deberá expedirse en 90 días.

\* **Criterios:**

- Adecuar las prestaciones a la situación demo-epidemiológica de la población usuaria



- Evaluar la factibilidad económica y funcional de brindar las prestaciones incluidas

- Priorizar las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación además de lo curativo (enfoque integral), y las actividades tendientes a fortalecer el primer nivel de atención

- Definir criterios para la actualización de prestaciones (incluyendo altas y bajas)

- Realizar controles efectivos del cumplimiento de lo estipulado por el MSP a las IAMC

### 3. Programas de educación, promoción y prevención

\* La Dirección General de la Salud definirá:

a. Programas de acción preventiva a aplicar por parte de las IAMC

b. La obligación de realizar carné de salud para los afiliados a las IAMC.

### 4. Fortalecimiento del primer nivel de atención

b. **Objetivos:** superar el actual modelo, tanto en el perjuicio que ocasiona en la calidad de atención al paciente al no considerarlo integralmente en

circunstancias únicas e intransferibles, como en los mayores costos en que incurre.

c. **Instrumentos:** a través del proyecto de reconversión deberá dotarse a la IAMC de suficiente capacidad resolutoria en el primer nivel de atención.

d. **Medidas:**

- Fijar el valor de las órdenes de Ginecología y Cirugía General en niveles equivalentes a los de Medicina General y Pediatría

- Incrementar el tiempo de consulta por paciente (primer consulta)

- Definir un sistema laboral y formas de remuneración para Médicos Generales y Pediatras tendiente a constituirlos en médicos de cabecera.

- Estructurar programas de capacitación en actividades preventivas para el equipo de salud en el primer nivel de atención (Dirección General de la Salud, Facultad de Medicina).

- Definir como puerta de entrada al sistema de atención al médico general, pediatra y médico de familia.

- Implementar planes de comunicación social para informar a los usuarios de los cambios

- Protocolizar las enfermedades más frecuentes en el primer nivel de atención
5. Nuevas modalidades asistenciales
- a. Objetivos: estimular programas a través de los cuales se implementen nuevas formas de organización de la prestación de servicios (ejemplo: atención domiciliaria, cirugía ambulatoria, hospital de día, etc.) que den respuesta a las necesidades asistenciales, resulten más eficientes y otorguen satisfacción al usuario
  - b. Instrumentos: a través del proyecto de reconversión se deberá evaluar la factibilidad de implementar estas modalidades en forma individual o coordinada con otras IAMC
  - c. Medidas:
    - Fijar estándares y elaborar guías de tratamiento, definiendo el tipo de paciente a incorporar en los programas
    - Monitorear desde el MSP la calidad de las nuevas modalidades de atención
6. Uso racional del medicamento en las mutualistas
- a. Objetivos: asegurar el uso racional del medicamento, dada la incidencia que tiene en el proceso de atención médica y en los costos institucionales.
  - b. Instrumentos: a través del proyecto de reconversión se evaluará la inclusión de medidas a ser implementadas por las IAMC, previstas en el documento general.
  - c. Medidas:
    - Elaborar un vademecum en la IAMC que sirva para mejorar el proceso de compra y prescripción.
    - Promover la creación de una central de compras para drogas de alto costo y baja frecuencia de utilización
    - Evaluar la posibilidad de autorizar la importación directa de fármacos por las IAMC
    - Implementar acciones que promuevan el uso racional del medicamento en las IAMC (prescripción, disponibilidad, dosis y duración del tratamiento;

- interacción de drogas)
- Negociar las IAMC con la industria farmacéutica los pasivos existentes y el precio del medicamento en el marco de la Comisión, y rebajar los tiquets de medicamentos en función de los ahorros alcanzados con la negociación.
7. Uso racional de la tecnología apropiada
- \* Medidas:
- Elaborar guías de práctica clínica pautando el uso de la tecnología en situaciones de eficacia demostrada
  - Implementar acciones de educación continua y capacitación de profesionales en cuanto a la utilización racional de la oferta tecnológica
8. Calidad de los servicios
- a. Objetivos: promover programas integrales de garantía de calidad de los servicios que abarquen actividades desarrolladas en forma continua y sistemática por los diferentes actores del sistema.
  - b. Instrumentos: incluir en los proyectos de reconversión las medidas a adoptar por las IAMC, compatibles con lo especificado en el documento general.
  - c. Medidas:
    - Revisar y readecuar los sistemas de información vigentes para controlar y gestionar la calidad asistencial.
    - Diseñar e implementar un sistema de

- acreditación de servicios de salud
- Difundir el uso de protocolos y guías de práctica clínica por parte de los profesionales, actualizados en forma periódica.
9. Derechos de los usuarios
- \* Medidas:
- Elaborar una cartilla de derechos de los usuarios, en consulta con las organizaciones de usuarios, estableciendo la duración del contrato de afiliación, los derechos del usuario, el consentimiento informado, el tipo de información sobre las instituciones que deberá estar públicamente disponible, y el mecanismo de presentación de los reclamos ante la IAMC y el MSP.

### Capítulo III. Modelo de gestión

1. Objetivos: Mejorar la eficiencia en la gestión de las IAMC.
2. Instrumentos: Las medidas planteadas deberán incorporarse en los proyectos de reconversión que realicen las IAMC que aspiren a recibir fondos provenientes del préstamo del BID para fortalecimiento del sistema IAMC.
3. Medidas:
  - \* Separar responsabilidades entre la dirección política y la ejecutiva.



\* Determinar la incompatibilidad entre cargos de dirección y contratos de prestación de servicios.

\* Desarrollar la planificación estratégica.

\* Elaborar procedimientos para los procesos de adquisición de bienes y servicios.

\* Controlar la actividad a través de auditorías externas e internas.

\* Adecuar los sistemas de información.

## Capítulo IV. Variables de contexto

1. Objetivos: Poner énfasis en las orientaciones a seguir por el MSP en lo que refiere a su función reguladora y aspectos vinculados al financiamiento del sector.

2. Instrumentos: Fortalecimiento operativo de la estructura ministerial junto a una serie de medidas vinculadas a los aspectos de regulación y financiamiento sectorial.

3. Medidas:

A. Regulación.

a. Marco normativo

\* Establecer reglas comunes para IAMC y demás seguros privados, previendo garantías para usuarios,

trabajadores y acreedores.

b. Política nacional de medicamentos  
\* Implementar una política nacional de medicamentos, con el objetivo de garantizar la calidad, seguridad, eficacia, costo y accesibilidad de los productos, abarcando todas las etapas (desde su fabricación hasta el consumo) y teniendo en cuenta la producción de genéricos, los efectos de la Ley de Patentes y los precios de los medicamentos. Se hace especial mención en la definición del MSP de:

- los mecanismos de evaluación para la inclusión en la canasta de prestaciones obligatorias de medicamentos de alto costo y su compensación económica.

- las normas de relación de los profesionales con la industria farmacéutica

- una base de datos con precios nacionales e internacionales de los productos

c. Política nacional de tecnología médica  
\* Implementar una política nacional de tecnología médica con el objetivo de racionalizar la incorporación de la nueva tecnología y promover un uso más adecuado de la oferta disponible, en el sentido de:

- capacitar a los profesionales en la utilización racional de la oferta existente,

con el apoyo de guías de uso de la tecnología y un mapeo de servicios y recursos disponibles en el país de modo tal de hacer posible una regionalización que tienda a la mejora en el acceso y una mayor eficiencia en la utilización.

- regular la introducción según las necesidades asistenciales y una evaluación económica, previendo el reembolso correspondiente y fomentando la complementación de servicios

d. Garantía de calidad de los servicios de salud

\* Implementar un programa de garantía de calidad de los servicios de salud estableciendo normas para la adecuación de los sistemas de información y las condiciones para la habilitación de los servicios.

B. Financiamiento

a. Revisión de la paramétrica de ajuste de la cuota

\* Se plantea la necesidad de conocer antes del 31 de mayo de 2001 el estudio que en tal sentido viene desarrollando el Comité Ejecutivo Para la Reforma del Estado (CEPRE).

b. Régimen de precios de cuotas

\* Se plantea la necesidad de la realización de estudios técnicos que permitan medir el impacto que tendrían las diferentes políticas de fijación de precios en el sector.

c. Adecuación del valor de las tasas moderadoras y racionalización de su aplicación

\* Se plantea que los proyectos de reconversión prevean que desde agosto de 2001 el valor de las órdenes para consulta de cirugía y ginecología resulten equivalentes a las de medicina general (redefinidas a partir de febrero de 2001 a valores del año 1992 con relación a la cuota).

\* Antes de finalizar el mes de abril, el MSP reglamentará la facultad de cobro



y el monto máximo correspondiente para un conjunto de estudios.

d. Análisis de la factibilidad de extender la cobertura de la seguridad social a familiares de trabajadores privados y funcionarios públicos.

\* Se plantea la necesidad de estudiar el impacto de:

- extender la cobertura de la Ex - DISSE a familiares de trabajadores privados y funcionarios públicos

- cambiar el sistema de calificación de los pasivos para adquirir el derecho a la cobertura por la Ex - DISSE.

## Capítulo V. Medidas inmediatas

\* Programa de Fortalecimiento del Mutualismo

\* El MSP realiza gestiones ante el BID para obtener un préstamo para el sector que financie la reconversión.

\* Las IAMC deberán presentar al MSP propuestas para superar los problemas identificados por las auditorías.

\* El MSP evaluará estas propuestas y las que resulten aprobadas podrán obtener el préstamo referido.

\* Los Proyectos deben contener las pautas del documento que se comenta.

\* Medidas de apoyo a las IAMC que hayan adoptado medidas de viabilización

\* Compensación de deudas con organismos del Estado.

\* Extensión de la sobrecuota de \$ 8 más allá del 31 de marzo de 2001.

\* Condiciones de trabajo Se implementarán Grupos de trabajo para su análisis.

\* IAMC críticamente desfinanciadas

\* Absorción de Instituciones

- Las IAMC en esta situación serán convocadas por el MSP conjuntamente con el SMU, SAQ y FUS para que en un plazo de 15 días fije un cronograma

de absorción por otra IAMC que deberá ser aprobado por el MSP y MEF.

- Condiciones:

- Estímulo del retiro a los que tienen causal jubilatoria.

- Documentación de la deuda salarial.

- Mantenimiento del vínculo laboral de los trabajadores médicos y no médicos.

- Negociación de racionalización de servicios, redistribución del personal y nuevas condiciones retributivas.

- Se podrán superar los límites máximos horarios de las categorías médicas para aquellos que tengan cargos en las dos instituciones.

- Posibilidad de seguro de paro rotativo.

- Negociación de los pasivos con los Laboratorios, BPS y FNR.

- Permanencia de Afiliados a la Institución:

- Socios comunes: 12 meses con mantenimiento de las condiciones económicas más beneficiosas.

- Socios DISSE: 24 meses

- Creación de una Comisión que estudie las solicitudes de cambio de IAMC antes de los plazos mencionados.

\* Cierre de Instituciones

- Condiciones para el cierre:

- Resolución de la Asamblea de socios o cooperativistas en su caso.

- Resolución del Poder Ejecutivo o Poder Judicial.

- Imposibilidad de concretar una absorción.

- Intervención de la IAMC:

- Designación de una Comisión Interventora para su liquidación.

- Mantenimiento de los servicios asistenciales en régimen de feriados y



domingos por 10 días hábiles.

- Redistribución de afiliados:

- Convocatoria por el MSP a los afiliados para que en un plazo de 10 días hábiles, expresen la elección de la IAMC a la que desean incorporarse con todos los derechos asistenciales. Se brindará información sobre las IAMC por las que pueden optar.

- Quienes no expresen su voluntad serán distribuidos en forma administrativa entre las IAMC en las mismas proporciones del grupo anterior. En este caso dispondrán de 20 días para expresar su disconformidad.

- Prohibición de las IAMC de realizar publicidad durante este lapso.

- Redistribución del personal entre las IAMC:

- Se crearán dos Bases de Datos con los trabajadores médicos y no médicos de las que serán excluidos: quienes tengan causal jubilatoria, los cargos gerenciales y de asesoría y quienes



tengan ingresos superiores a \$ 36.000 nominales como ingresos en el sector.

- Condiciones para ingresar a la Base de Datos 1:

\* Antigüedad mínima de 1 año.

\* Trabajo mínimo de 80% de las horas contratadas en el último año, situación que comprende a los suplentes.

\* Ingresos inferiores en el sector salud a los \$ 6.000 nominales para los no médicos y \$ 10.000 nominales para los médicos excluidos los cargos docentes y de Residentes.

- Condiciones para ingresar a la Base de Datos 2:

\* Antigüedad y trabajo mínimo igual a la Base de Datos 1.

\* Ingresos en el sector, superiores a los topes mencionados anteriormente y hasta alcanzar los \$ 36.000

- Incorporación del personal:

\* Se dividen las categorías laborales en cinco grupo: enfermeros, administrativos, paratécnicos, médicos y otros.

\* La incorporación se realizará por las IAMC que tomaron afiliados de la IAMC que cerró, en la misma proporción de las categorías mencionadas, según la estructura de la empresa que incorpora personal.

\* Si finalizada la operación mencionada, quedaran trabajadores en la Base de Datos 1, las IAMC deberán incorporar personal hasta alcanzar el promedio del sector para cada categoría.

\* No se podrá recurrir a la Base de Datos 2 hasta agotar la Base de Datos 1, las que permanecerán por un plazo de 24 meses, durante el cual las IAMC deberán recurrir necesariamente a ellas para tomar personal.

\* Los trabajadores incorporados permanecerán en sus cargos excepto por razones disciplinarias.

\* La incorporación de personal se hará de acuerdo al crecimiento de afiliados a las demás instituciones en un plazo de 30 días.

\* Se crea una Comisión Tripartita para administrar este procedimiento.

\* Medidas para las mutualistas desfinanciadas

Mecanismo de adecuación de la masa salarial y mantenimiento del empleo

a. Objetivos del mecanismo:

\* Permitir que la IAMC califique para acceder al apoyo financiero del Programa de Fortalecimiento del Mutualismo, mediante procesos que habiliten resultados económicos positivos con reperfilamiento de sus pasivos, sin afectar el nivel de empleo.

\* Viabilizar la incorporación de trabajadores provenientes de una IAMC cerrada.

b. Condiciones a cumplir por la IAMC para poder aplicar el mecanismo

\* Suscribir el acuerdo de redistribución de afiliados y personal en caso de cierre de una institución.

\* Elaborar un proyecto de reconversión para superar sus problemas estructurales, recogiendo las pautas del documento general.

\* Demostrar que las medidas a tomar sin alterar la masa salarial resultan insuficientes para lograr el equilibrio económico y alcanzar capacidad de repago de sus pasivos.

\* Compromiso de estabilidad laboral por el período de vigencia del acuerdo.

\* Disposición a negociar las escalas de descuento a aplicar de acuerdo a los

criterios generales establecidos en el documento general.

c. Características generales

\* Transitoriedad. El mecanismo es de carácter transitorio, aplicándose hasta lograr dos metas:

i. Endeudamiento menor a 2 meses de ingreso total (pasivo total < 2 meses de ingreso total)

ii. Resultados económicos positivos, definiendo los niveles de superávit en función del pasivo total y los ingresos totales que presenta la institución (variando entre 3,3% y 8,33% de superávit promedio mensual según los índices que presente cada IAMC, para un período de 5 años).

\* Desacuerdos de aplicación. En caso de existir desacuerdos en la aplicación del mecanismo (por ejemplo, en las escalas de descuento), se habilita la posibilidad de solicitar al MSP la integración de un comité de arbitraje para definir los valores específicos.

\* Mecanismo de adecuación de la masa salarial. Es común para todas las categorías laborales -médica y no médica- y todas las personas que se incluyan en una misma categoría laboral. El criterio consiste en clasificar la estructura salarial de cada institución por quintiles, clasificando el personal de la IAMC en cada quintil definido en función de su remuneración. Quienes queden incluidos en el primer quintil (remuneraciones inferiores de la escala) no verán reducidos sus salarios. Los descuentos se aplicarán al personal incluido en los restantes cuatro quintiles, con dos restricciones generales:

i. El descuento máximo para quienes integren el quinto quintil (remuneraciones máximas de la institución) no puede superar el 25%.

ii. El descuento máximo para quienes integren el segundo quintil no puede superar el 25% del porcentaje definido para el quinto quintil. ■

# Vacunación contra la Hepatitis B para personal de la salud

El Ministerio de Salud Pública, la Comisión Honoraria de la Lucha Antituberculosa (CHLA) y el Comité de Infecciones del Colegio de Enfermeras del Uruguay (CEDU) informan que se realizará una campaña de vacunación Anti hepatitis B al personal y estudiantes del equipo de salud, de instituciones de internación públicas y privadas de Montevideo (durante la semana del 2 al 6 de abril de 2001).

La campaña está destinada a realizarse exclusivamente en el lugar y turno en que se encuentren los funcionarios y estudiantes.

## Características de la campaña:

1. Tipo de vacuna: recombinante, producida por ingeniería genética.

2. Plan de dosificación: 0, 1 y 6 meses.

3. La vacunación será gratuita y recomendada.

4. Población objetivo:

\* Todo el personal de los servicios asistenciales, que nunca recibieron vacunación completa y que estén en contacto directo con pacientes, con sangre u otros fluidos corporales.

\* Estudiantes de todas las disciplinas del área de la salud, cuya actividad incluya riesgo de tener contacto directo con pacientes, con sangre u otros fluidos corporales, y se encuentren en actividad en la Institución en la semana de la campaña.

5. Se considerará vacunación incompleta y debe revacunarse (3 dosis): toda persona que recibió una o dos dosis de la vacuna y desconoce el nivel de anticuerpos adquirido.

Es imprescindible contar con el apoyo de todas las Instituciones involucradas, en la promoción e instrumentación de esta campaña. Se solicita que la Dirección Técnica y el Departamento de Enfermería designen por lo menos una persona que oficiará como contacto responsable con el grupo organizador (Comité de Infecciones del Colegio de Enfermeras del Uruguay).

En la semana del 19 al 23 de marzo, se solicitará telefónicamente esta designación y se citará a la persona indicada por la Institución a una reunión el día 28 de marzo. ■

## Por consultas sobre la organización:

\* **Colegio de Enfermeras del Uruguay:** Telefax (02) 409.09.00, Cel.: 099.106.999 - 099.192.811

\* **MSP. Dirección Gral. de la Salud:** Tel. (02) 400.10.02 - Fax. (02) 401.38.70.





# Sobre la evolución del número de médicos en el Uruguay en los últimos 25 años

Mucho se ha dicho y escrito sobre el número de médicos y su distribución en el país. Esto ha sido particularmente evidente en los últimos 25 años, donde, como se aprecia en los cuadros que se adjuntan, se ha triplicado el número de médicos, cuando la población varió sólo en un 30% y no se ha modificado para nada el sistema de atención de salud. Esta es una de las materias pendientes que tiene la sociedad uruguaya, y que el gremio médico ya laudó, tanto a nivel del SMU, como de la FEMI, a través de sendos plebiscitos realizados en 1995, donde aprobaron por amplia mayoría, apoyar medidas que regularan el ingreso. Se trata ahora de profundizar el esfuerzo en esa dirección, con decisión y creatividad.



**Cuadro comparativo de los médicos en los años 1974 al 2000**

*cierres al 30 de junio de cada año*

Médicos	1974	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1996	1997	1998	1999	2000
<b>En actividad</b>	4.115	8.199	8.440	8.873	9.093	9.500	9.789	11.050	11.209	11.353	11.540	11878
En el Interior	810	1.556	1.597	1.683	1.764	1.827	1.895	2.197	2.274	2.373	2.490	2611
En Montevideo	3.305	6.643	6.843	7.190	7.329	7.673	7.894	8.853	8.935	8.980	9.050	9267
<b>Jubilados</b>	276	381	488	550	595	586	568	758	828	935	911	918
En el Interior		49	63	74	80	81	78	127	127	134	134	126
En Montevideo		332	425	476	515	505	490	631	701	801	777	792
<b>En el exterior</b>	151	893	885	903	979	1.024	1.030	1.032	1.029	1.048	1.093	1093
En el Interior		28	27	27	26	29	30	33	33	34	34	37
En Montevideo		865	858	876	953	995	1.000	999	996	1.014	1.059	1056
<b>No ejercen</b>	29	16	16	16	27	28	29	32	32	32	32	32
En el Interior		2	2	3	5	6	6	6	6	6	6	6
En Montevideo		14	14	13	22	22	23	26	26	26	26	26
<b>No se ubican</b>		133	133	119	114	115	114	114	258	268	273	284
En el Interior		4	4	3	3	1	1	1	22	21	21	25
En Montevideo		129	129	116	111	114	113	113	236	247	252	259
<b>TOTALES</b>	<b>4.571</b>	<b>9.622</b>	<b>9.962</b>	<b>10.461</b>	<b>10.808</b>	<b>11.253</b>	<b>11.530</b>	<b>12.986</b>	<b>13.356</b>	<b>13.636</b>	<b>13.849</b>	<b>14205</b>

Fuente: SMU, Padrón Médico Nacional.

Más información en: [www.smu.org.uy/demograf/demograf.htm](http://www.smu.org.uy/demograf/demograf.htm)

RESOLUCIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO  
DEL S.M.U.

## SOBRE RESIDENCIAS MÉDICAS EN EL C.A.S.M.U.

Las Residencias Médicas son en todo el mundo, y desde hace algunos años en Uruguay, uno de los medios más valiosos para la formación de recursos humanos médicos de calidad, en las distintas disciplinas médicas. Gracias a la última modificación de la ley que regula la materia, esta actividad, que estuvo por años restringida al ámbito de los Hospitales públicos, se ha extendido también al de las instituciones de atención de salud privadas. Esta circunstancia permite utilizar un mecanismo de reclutamiento de calidad probada, a través de un exigente concurso de oposición, para el acceso a los puestos de trabajo, a la vez que incorpora al lugar que los emplee, la docencia como forma de mejorar la calidad de la asistencia. El CASMU viene utilizando este régimen desde la vigencia de la nueva ley, hace más de 7 años, siendo la única IAMC del país que lo hace.

En estos días, el Comité Ejecutivo del SMU ha reafirmado su compromiso con esta forma de encarar la formación de los médicos jóvenes, lo que a la vez de impulsar una mejora sustancial en la calidad asistencial, abre importantes perspectivas de trabajo a las nuevas generaciones de médicos.

Una de las claves de la reforma del modelo de gestión, radica, sin duda, en la adopción de nuevos métodos de selección del recurso humano, fundado en su competencia y capacitación.

Transcribimos la resolución que el 29.03.01 el CE del SMU adoptó respecto de las

Residencias Médicas en el CASMU.

Esperamos que esta actividad se extienda rápidamente a otras instituciones, y a todo el país.

- 1. El Comité Ejecutivo considera indispensable mantener en el CASMU las Residencias del Programa Nacional de Residencias Médicas, a través del mecanismo tradicional de provisión mediante llamados a concurso anuales del Circuito Nacional de Residencias Médicas.**
- 2. Dichas Residencias deberán ser tuteladas por Técnicos del CASMU.**

(Aprobado por Unanimidad)

## Importante logro del SMU en las negociaciones

El pasado 29 de marzo, el Comité Ejecutivo del SMU recibió al Soc. Joaquín Serra, Director de Control de Calidad del MSP, quien presentó a nombre del ministro de Salud Pública una propuesta de modificación del documento que está siendo elaborado por los participantes de la Comisión para el Fortalecimiento del Mutualismo.

La nueva propuesta del MSP incluye la eliminación del capítulo referido a descuentos salariales y la supresión del tope de quienes tienen salarios superiores a \$ 36 mil en todo el sector. De acuerdo a la nueva propuesta se crea una 3ª. base de datos para los que tienen ingresos superiores a los \$ 36 mil. También se propone crear un mecanismo de evaluación de los funcionarios que cada institución incorpore, mediante el cual éstas tendrán un período de 3 meses para evaluar a los funcionarios tomados de la base de datos y, si esas evaluaciones no reúnen los estándares, devolver esos funcionarios a la base de datos y tomar otros de esa misma base en su lugar.

El Comité Ejecutivo del SMU propuso en su sesión del 29 de marzo aceptar dichas modificaciones en sentido general e incluir dos nuevas propuestas: la primera es la modificación del tope de la 1ª. base de datos, pasando de \$ 10 mil a \$ 17 mil, que es el valor estimado de la canasta básica. La segunda está referida a los salarios y consiste en resaltar el valor de los laudos, decretos y convenios con respecto a las remuneraciones médicas.

Asimismo, el Comité Ejecutivo valoró como muy importante los logros obtenidos por el SMU en las negociaciones realizadas hasta el momento en el seno de la Comisión para el Fortalecimiento del Mutualismo.

**AVISO:** Fecha de Cierre de NOTICIAS N° 110  
-Número Electoral - 02/05/01, 20:00 hs.

## Reunión con la Mesa de Sociedades Anestésico Quirúrgicas

# Un encuentro positivo

Una reunión de gran trascendencia se llevó a cabo en la sesión del Comité Ejecutivo del SMU del pasado 22 de febrero. En esa fecha fueron recibidas las autoridades y varios integrantes de la Mesa de Sociedades Anestésico Quirúrgicas (SAQ), con quienes se analizaron diversos aspectos de la actual coyuntura del gremio médico. La visita de la SAQ fue precedida por una carta de invitación del SMU en la que se proponía a los colegas «iniciar una consideración conjunta de la crítica situación que vive nuestra profesión, consecuencia de la situación de progresivo agravamiento de las finanzas de las I.A.M.C.»

También se señalaba en esa carta que «en el pasado, durante un largo período que lleva años, han existido enfoques diferentes, que nos han conducido por caminos paralelos, aunque no opuestos. Esa circunstancia nos ha quitado, a nuestro entender, la fuerza necesaria para corregir situaciones indeseables y progresivamente más graves, que ponen en riesgo la conservación de los puestos de trabajo de los profesionales, el cobro de sus haberes, o las garantías que un clima de armonía da como entorno para realizar en mejores condiciones nuestra tarea específica. Tenemos el firme propósito de superar esas antinomias, falsas o verdaderas, para situar por encima los intereses permanentes de nuestra comunidad médica. No se trata de analizar dónde ha radicado la causa de tal o cual suceso, sino de mirar adelante y procurar salidas para todos nuestros representados.»

Los integrantes de la Mesa de SAQ fueron recibidos por el Dr. Juan Carlos Macedo, presidente del SMU y el Comité Ejecutivo en pleno, produciéndose en esa ocasión un diálogo positivo, en el que ambas partes señalaron la

grave situación que se vive en el ámbito de la salud en el país. Al respecto, el Dr. José L. Rodríguez explicó la decisión tomada por las Sociedades Anestésico-Quirúrgicas con respecto a la llamada Comisión para el Fortalecimiento del Mutualismo, que consistió básicamente «en ir como oyentes sin comprometer para nada su actuación ni avalar ningún tipo de proyectos, sino para recibir las propuestas que esa Comisión pudiera hacer» y después «del modo más democrático posible, consultar a las bases sobre cualquier propuesta que pudiera salir de esa Comisión».

También hizo uso de la palabra el Dr. Gustavo Bogliacini, quien subrayó la idea de la Mesa de SAQ «en cuanto a que los médicos no tienen ninguna capacidad de decisión sobre la gestión de las empresas; no son empresarios, no son dueños del mutualismo, sino que son empleados en una relación de dependencia laboral, por lo que no pueden intervenir ni dar soluciones en la parte de la gestión de salud en el momento actual». Bogliacini agregó que «lo que se está defendiendo es que la forma de remunerar el salario médico no está relacionada con el futuro de las empresas, porque la masa salarial del sector no puede influir en la magnitud de los déficit que las empresas llevan acumulados y los que generan mensualmente, según palabras del propio ministro de Salud Pública».

Tras varias exposiciones de miembros del Comité Ejecutivo y de distinguidos miembros de la Mesa de SAQ, el Dr. Juan Carlos Macedo expresó el agradecimiento de todos los integrantes del Ejecutivo por la visita y señaló que «no va a ser la última reunión, sino seguramente la primera de varias, en las que tal vez ya se puedan manejar algunas propuestas concretas para la discusión conjunta». ■