

100 años
1920 — 2020



SMU

SINDICATO MÉDICO
DEL URUGUAY



SMU

SINDICATO MÉDICO
DEL URUGUAY

100 años
1920 — 2020

Prólogo

La historia del Sindicato Médico del Uruguay es un enorme tesoro para el colectivo médico.

Este libro invita a la reflexión sobre la misma, convoca al compromiso y su lectura genera placer intelectual al encontrar en sus páginas mucha evidencia que nos confirma la pertenencia a un colectivo.

No actuamos en soledad, ni en el pasado ni en el presente, nuestro pensamiento y nuestro trabajo es en plural y cruza generaciones.

Leyendo los objetivos plasmados en los primeros estatutos, que aun hoy están literalmente vigentes, puede verse la esencia del SMU, el espíritu de unidad y de lucha por las mejores condiciones de salud de la población y por las condiciones de trabajo de médicos y médicas.

El rescate de los valores gremiales originales y el accionar ante la defensa de los derechos humanos, la salud y la vida de las personas, sin discriminación, es lo que se desprende inequívocamente de los principios fundacionales.

Esto es sin duda motivo de orgullo para todos quienes formamos parte de esta trayectoria, cada uno de nosotros es un pedacito de esa historia, más allá de los avatares del diario convivir sindical y político.

La publicación de esta obra se produce en una coyuntura compleja. Las circunstancias de la pandemia de la COVID-19 nos llevaron a tener un rol protagónico como Sindicato, siempre cerca de la población, en lo que fue

uno de los peores momentos sanitarios y sociales del país y en donde los equipos de salud lo dimos todo.

También se produce en momentos donde las demandas por la equidad de género y la lucha contra la violencia de género pasan a formar parte de nuestra agenda, acompañando al movimiento feminista, no solo por la justeza de esta causa, sino también por las implicancias éticas del ejercicio profesional.

Un libro entonces que desde nuestra historia y en el marco de esta coyuntura, nos convoca al compromiso colectivo con la salud de nuestro pueblo, con los derechos de las personas y con las condiciones de dignidad en el ejercicio de nuestra profesión.

Dra. Zaida Arteta. Presidenta del SMU.

Diciembre 2022

| CAPÍTULO 1 |

El Sindicato Médico del Uruguay



Antecedentes y motivaciones

Era el miércoles 11 de agosto de 1920. Sobre las 21:00, 49 profesionales se dieron cita en la sede del Club Médico, en 18 de Julio 973, para tratar el Reglamento del Sindicato Médico Nacional. Antes, más de 250 médicos habían dado su beneplácito para la creación de este nuevo organismo. Esa noche, los 57 artículos del estatuto, divididos en once capítulos, fueron aprobados por unanimidad. Había nacido el Sindicato Médico, cuya génesis databa de tiempo atrás.

El 4 de julio de 1870 había nacido en Montevideo, en el seno de una familia de origen francés, Augusto Turenne. Su infancia y primera juventud transcurrió en un hogar culto, donde vivió en contacto con las artes y los libros, y donde se convirtió en un «ratón de biblioteca».¹ Pese a la voluntad de su padre, que deseaba que se dedicara al derecho, en 1888 ingresó a la Facultad de Medicina, fundada 13 años antes, y en junio de 1894 obtuvo el título de Médico Cirujano Partero.²

Una vez egresado, partió a estudiar a París, destino inevitable para muchos médicos de entonces, formados en una facultad casi nueva, en un país donde los pequeños y grandes descubrimientos y avances demoraban mucho en llegar, y en el que la formación, por mayor empeño que pusieran estudiantes y docentes, algunos de ellos de enorme estatura didáctica, todavía era deficiente.

Turenne llegó a Francia, comisionado por el Gobierno de la época, encabezado por Juan Idiarte Borda, para interesarse por la preparación y aplicación del suero antidiftérico Roux, en el Instituto Pasteur y el Hospital

des Enfants Malades. En París, trabajó como ayudante honorario en el Sanatorio Ginecológico de los Dres. Petit y Bonnet.³

A su regreso a Uruguay, Turenne tuvo una destacada e incansable labor como médico y docente, llegando a ser decano de la Facultad de Medicina en 1907 y, además, hizo propio el interés por los aspectos gremiales de la profesión, siendo uno de los primeros integrantes del Club Médico, fundado en 1912. Esta institución tenía como fin ser un centro de estricto carácter social, cuyo cometido era el de «fomentar todas las iniciativas que interesaran a la clase médica».⁴ El Club Médico tenía expresamente prohibido, en sus estatutos, «realizar reuniones sobre temas de tipo gremial»⁵ y estaba enfocado en la confraternización y esparcimiento de los profesionales, al punto que, en su sede de 18 de Julio y Julio Herrera y Obes, «había una pianola y un billar».⁶

Sin embargo, el Uruguay y el mundo de la época se veían sacudidos por distintos acontecimientos que traerían cambios significativos. El país atravesaba el periodo de «innovaciones en la estructura jurídica de la Nación» promovidas por el batllismo, tendientes a la intervención del Estado en los medios de producción. En ese periodo se nacionalizaron el Banco de la República y el Banco Hipotecario, se creó el Banco de Seguros y la Administración Nacional de Tranvías y Ferrocarriles del Estado y se consagró el monopolio de la energía.

Con esas medidas, se buscaba desarrollar la industria nacional y transformar y consolidar a las clases medias, además de abatir la desocupación, una problemática presente en la agenda política del país desde principios de siglo.⁷

El mundo entero sufría las consecuencias de la Gran Guerra, y la Revolución rusa era tema de conversación, preocupación e inspiración para grandes sectores de la sociedad. El movimiento obrero no era ajeno:

mientras los socialistas, en Uruguay, abogaban por la creación de la Unión General de los Trabajadores y los católicos se inclinaban por una Confederación de Uniones Gremiales de Obreros, que no tuvieron el desarrollo esperado, los anarquistas ponían en marcha, en 1905, la primera central sindical, la Federación Obrera Regional Uruguaya (FORU).

Hacia 1916, Uruguay contaba con 1.375.000 habitantes, la mitad de ellos analfabetos, 400.000 residían en Montevideo. Para esa época, el país tenía 484 médicos, concentrados en su mayoría en la capital (apenas 154 estaban afincados fuera de Montevideo).

La realidad del grueso del cuerpo médico no era por demás halagüeña. La mayoría de ellos vivía del ejercicio liberal de la profesión, aunque había una forma de medicina estatal, prestada en los hospitales, y ya existía la medicina colectivizada, impulsada por los mutualistas. La pionera fue la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, fundada en 1853 y, con el tiempo, fueron surgiendo otras, inspiradas en los modelos europeos de protección o apoyo mutuo a los problemas de salud. Los primeros médicos y profesores de la Facultad de Medicina, fundada en 1875, tenían compromisos éticos o familiares con estas mutualistas, dadas las obvias relaciones de parentesco con las colectividades europeas, y trabajaban de forma casi honoraria, como «benefactores» de estos centros asistenciales.

Sin embargo, con el paso del tiempo, los mutualistas crecieron en número de afiliados, por lo que requirieron de la contratación de nuevos médicos para hacer frente a sus necesidades. Así, los primeros médicos llegaron a las mutualistas por recomendación de «filántropos»: los noveles profesionales, por lo general, eran alumnos de los antiguos médicos o sus ayudantes, tanto en la Facultad como el viejo Hospital de Caridad, y sus salarios eran bajos.

Ante esta perspectiva, el estudiantado también estaba movilizado, y su participación en la cuestión social:

se había desarrollado con fuerza como un importante factor que indudablemente tuvo su repercusión en la fundación del Sindicato Médico. En el año 1918 el movimiento estudiantil latinoamericano, reunido en Córdoba, decide impulsar un movimiento renovador en las universidades de la región, de tal forma que, en vez de ser solo un formador de personal de élite para las clases dirigentes, logre vincularlos con los problemas políticos y sociales que se crean en su entorno. Es una concepción latinoamericana de universidad que surge a principios del siglo, en el Primer Congreso Latinoamericano de Estudiantes, que se celebró en Montevideo en 1908. Los estudiantes de nuestra facultad estaban organizados desde que se fundó la Asociación de Estudiantes de Medicina, el 29 de diciembre de 1915.⁸

En ese sentido:

la recepción del movimiento de la Reforma Universitaria, a través de los Centros estudiantiles –en especial, la «Asociación de los Estudiantes de Medicina»– o por el grupo de estudiantes que empieza a actuar hacia 1917 y que milita en el centro «Ariel», compuesto por Carlos Quijano, Héctor Fernández Areosa y Hugo Fernández Artucio [...] es la expresión de las expectativas de los nuevos sectores y la proyección intelectual de la nueva sociedad uruguaya gestada en el proceso de modernización.⁹

Inmerso en esa realidad, Turenne, que entonces era presidente de la Comisión Directiva del Club Médico, propuso, en 1920, la convocatoria a una Asamblea General de Médicos, «a fin de estudiar diversos aspectos de orden profesional».

Fundación del Sindicato Médico

Esa reunión tuvo lugar el 8 de mayo, y asistieron 26 personas. Esa noche, iniciada la asamblea:

el Dr. Turenne se retira y preside el Dr. Albérico Isola con el Dr. Mario A. Simeto como secretario [...] Es Simeto quien expone que la situación obedece al «deseo de cambiar ideas con todos los colegas sobre la necesidad que existe de mejorar las condiciones de la clase médica». En la discusión que sigue se plantea que «es un hecho sabido que los honorarios médicos han permanecido estacionarios desde hace 30 años, en tanto que las necesidades de la vida han ido en aumento progresivo».¹⁰

Se forma entonces una Comisión Informante, integrada por los doctores Carlos Butler, Roberto Berro, Antonio Viana y Ricardo Bastos Peltzer, para estudiar las inquietudes recabadas en la reunión e informar en la siguiente Asamblea. Una semana después, la comisión se entrevista con los doctores Turenne, Álvarez Cortés y Simeto, en su calidad de delegados de la Comisión Directiva del Club Médico, y se toma la decisión de realizar un cuestionario para ser respondido por la opinión médica nacional.



AUGUSTO TURENNE

En el cuestionario, en sí la Primera Encuesta Médica Nacional, se preguntaba a los médicos de todo el país

si los honorarios médicos están en relación con las condiciones de vida, y si los médicos consideran deben aumentar el monto por consulta en la clientela privada y en las mutuales; además si solicitar aumento de sueldo para el personal médico de los servicios públicos. A solicitud del Dr. Turenne se agrega una [...] pregunta que decía: ¿Cree oportuno o necesario la fundación de un Sindicato profesional como medio eficaz de realizar las reivindicaciones del cuerpo médico nacional?¹¹

La elección de la palabra «sindicato» por parte de Turenne no era accidental. Inspirado por sus viajes a Francia, tomó conocimiento allí de las primeras asociaciones gremiales. En 1879 había surgido el primer sindicato médico en El Havre, y en 1892 era realidad el Sindicato Médico del Sena. Asimismo, el Congreso Médico de 1845 en Francia acordó la creación de los colegios médicos, que tenían como misión «sostener los derechos del cuerpo médico y de sus miembros y mantener la dignidad de la profesión estableciendo normas de correcta conducta».¹²

La organización gremial de los profesionales comenzaba a ser un hecho en buena parte de Occidente (ya en Italia existían las órdenes de médicos, en los países anglosajones las asociaciones, había sociedades científicas y asociaciones gremiales en los países andinos y en Argentina funcionaba el Sindicato de Médicos de Buenos Aires), pero Turenne proponía como nombre para la nueva organización el de sindicato, un vocablo de origen

griego (*syn*, con, y *diké*, justicia) que representaba los altos valores que pretendía simbolizaba, y sostenía como metáfora que «un haz de varillas resiste y no se rompe; una a una se rompen al menor esfuerzo».¹³

Esta nada casual denominación debió ser defendida a capa y espada por sus impulsores, ya que, como recordaba el Dr. J. Alberto Castro en oportunidad del 50 aniversario del SMU:

provocó no pocas resistencias entre los médicos, si bien no era original y repetía simplemente el título francés para este tipo de instituciones. Nuestros profesionales médicos la objetaban porque se confundía con el nombre genérico de las asociaciones gremiales obreras. A pesar del deterioro del nivel económico de los médicos producido por el Mutualismo, por el Estado, por la competencia ejercida por el intrusismo en el ejercicio de la profesión y otros factores, persistían entre muchos médicos rasgos de un aristocratismo decadente.¹⁴

Los resultados de la encuesta, a la que respondieron unos 200 médicos, se conocieron ya el 27 de mayo. Entre las principales preocupaciones de la colectividad se plantearon el aumento de los honorarios profesionales, ajustados al costo de vida; el aumento de los salarios de los médicos de las sociedades de socorros mutuos y de los servicios públicos; las relaciones entre las comisiones directivas de las sociedades de socorros mutuos con los médicos dependientes; el aumento de los servicios hospitalarios, donde, por vez primera, se menciona la necesidad de crear un hospital de clínicas; la defensa contra el ejercicio ilegal de la medicina, en manos de boticarios, curanderos y sanadores de toda índole; las relaciones del cuerpo médico nacional con el entonces Consejo Nacional de Higiene y la Asistencia Pública Nacional, antecedente del Ministerio de Salud Pública, y la defensa,

tanto contra los «clientes indeseables» como «contra los enfermos pudientes que aprovechan del trabajo médico en las mutualidades».

Para el análisis de estas inquietudes se nombró una comisión, integrada por los doctores Ernesto Tarigo e Hilarión Loriente, para elaborar los estatutos del nuevo sindicato, que fueron sometidos a votación de la Asamblea aquella noche del 11 de agosto de 1920.

Ese compendio de normas para organizar el sindicato es, al día de hoy, un faro de ética, solidaridad y profesionalismo. El artículo 2 de los estatutos, que permanece incambiado un siglo después, consagra como objetivos:

- a. La defensa de los intereses morales y materiales de sus afiliados y en general de todos los médicos del Uruguay.
- b. La solución decorosa y práctica de todas las cuestiones económicas y profesionales que tengan relación con el Cuerpo Médico.
- c. El mejoramiento por medios legales del ejercicio profesional y la situación del médico y del estudiante de Medicina.
- d. Coadyuvar a la ampliación de la cultura general y el perfeccionamiento de la preparación técnica de los médicos.
- e. La obtención de las disposiciones legales que amparen al médico y a su familia en los casos de enfermedad, vejez o muerte, así como de los estudiantes afiliados.
- f. Contribuir al permanente estudio y perfeccionamiento de las estructuras de salud del país.
- g. El mejoramiento de las leyes y disposiciones referentes a la Asistencia e Higiene Pública y la medicina social.
- h. La protección de sus afiliados contra las transgresiones a los preceptos de la moral profesional.
- i. La defensa jurídica de sus afiliados en los casos previstos por el presente Estatuto.

- j. Utilizar su influencia moral y su poder material en beneficio de todos los perfeccionamientos de la legislación tendientes a robustecer la participación del médico en todas las manifestaciones de la solidaridad humana.
- k. Fomentar actividades sociales, culturales y deportivas de sus afiliados.
- l. La formación de un acervo patrimonial para cumplir con las finalidades sociales.
- m. Estimular el desarrollo de la actividad gremial entre sus afiliados, propiciando la creación de organizaciones por lugar de trabajo o residencia, u otros criterios similares.

El Sindicato Médico había nacido y era una realidad, pero aún faltaba mucho camino por recorrer, e infinidad de escollos por superar.

Los sindicatos médicos locales

Los primeros afiliados al Sindicato fueron médicos de prestigio en el medio local, «profesionales distinguidos por sus dotes humanas, su capacidad intelectual y su dedicación académica»,¹⁵ muchos de ellos docentes de la Facultad o, a la vez, dirigentes políticos (19 de los médicos fundadores eran al mismo tiempo parlamentarios), lo que posicionó a la nueva institución como respetable y digna de atención ante la sociedad.

El Sindicato Médico obtuvo su personería jurídica el 24 de mayo de 1923, y le fue ratificada el 8 de setiembre de 1932. No obstante, esos avances en lo formal no iban de la mano con la lenta evolución de los primeros años de la gremial. La década del 20 tuvo, tanto en el contexto internacional como dentro de fronteras, distintos vaivenes que culminaron con la crisis financiera global de 1929. Eran tiempos convulsos.

El Sindicato se lanzó, en los primeros años, a la captación del mayor número de afiliados y, en ese sentido, destaca la labor del doctor Mario Simeto, que visitó a todos los médicos de la capital en busca de su adhesión. Sin embargo, una de las grandes preocupaciones de la institución era la afiliación de los médicos del interior del país, que se fue dando de forma más lenta de la esperada. Hacia 1924 funcionaban sindicatos locales en Canelones, Florida, Mercedes, Fray Bentos, Paysandú, Flores, Melo, Minas, San José y Durazno, y en los meses siguientes se creó un sindicato en Rocha.

Estos sindicatos no contaban con estatutos orgánicos, y estaban inspirados por médicos locales que buscaban llevar a sus lugares de residencia y trabajo los principios fundacionales del SMU, aunque sin constituirse como filiales de la institución fundada en 1920.

Fue en el interior, también, donde se originaron los primeros conflictos. Estos se suscitaron porque los médicos pidieron que las sociedades de socorros mutuos no atendieran a los «socios pudientes», con el fin de incrementar su clientela particular. Los conflictos se saldaron, en su mayoría, en favor de las gremiales, dado que «en algunos puntos los socios pudientes fueron eliminados, y en otros, los médicos se retiraron de las Sociedades que, reducidas casi a la impotencia, se vieron obligadas a pagar, por intermedio del cliente, la tarifa ordinaria». Sin embargo, la Asociación Fraternidad, «la más poderosa mutualista de la época» se instaló en San José e intentó minar la voluntad de los médicos agremiados.

En abril de 1930, el Dr. Pablo F. Carlevaro inicia un conflicto con esa asociación, dado que esta obligaba a los choferes acompañantes a informar sobre las actividades del médico. Carlevaro consideró que esta medida era lesiva para la dignidad del profesional, se negó a trabajar en esas

condiciones e inició un litigio que, en parte, se ventiló en la prensa de la época, y culminó con la pérdida de su cargo.

En esa instancia, el SMU, dada su estructura burocrática y su inexperiencia, estuvo omiso en la defensa de Carlevaro. El Comité Ejecutivo dijo no poder tomar posición, y la Comisión Directiva no consiguió reunirse para reivindicar al médico en conflicto. Entonces, una asamblea espontánea en la que participaron profesionales y estudiantes dio su apoyo a Carlevaro y promovió un público desagravio.

Este episodio, además, sería un factor desencadenante en la reforma del SMU. Se reestructura el Sindicato Médico en Montevideo, revisando sus estatutos para dar mayor agilidad a su estructura y buscar la unidad médica nacional. Por entonces se creó una comisión, con el fin de «estudiar el régimen de funcionamiento entre sindicatos o asociaciones de jurisdicción local, departamental o seccional» y el SMU.¹⁶ Esta comisión de Relaciones Intersindicales tenía como fin la creación de sindicatos locales y un programa unitario en pos de la defensa del médico y de la profesión. El Dr. Turenne, en un principio, y el Dr. Carlos María Fosalba después, dieron un gran empuje a la creación de sindicatos locales en los distintos departamentos.

El proyecto de relaciones intersindicales fue aprobado en la Asamblea General del 27 de junio de 1934, y proponía la formación de sindicatos locales que funcionaran como filiales del SMU, sujetos a sus estatutos, con autoridades regidas por el reglamento general, y con un Tribunal Arbitral para cada una de ellas, con el de Montevideo como instancia superior y de fallo inapelable.

Se intentó contar con la opinión de los sindicatos existentes (muchos de ellos llamados también Sindicato Médico, como el de Tacuarembó, Artigas, Florida y Durazno), para luego realizar una convención nacional que

considerara el proyecto. Pese a que el SMU envió delegaciones al interior durante 1934 y 1935, con el cometido de formalizar relaciones con los sindicatos en funcionamiento y de convencer sobre las ventajas de la acción profesional unida, no logró sus objetivos. En 1939 se realizó la I Convención Médica Nacional, pero esta tampoco fue capaz de unificar los esfuerzos sindicales de la clase médica.

Mientras tanto, las sociedades médicas del interior se organizaban por regiones: la Sociedad Médico-Quirúrgica del Centro de la República (Canelones, Durazno, Flores, Florida, Rivera y Tacuarembó), la Sociedad Médica del Sud-Oeste (Colonia, Río Negro, San José y Soriano); la Sociedad Médica del Este (Cerro Largo, Lavalleja, Maldonado, Rocha y Treinta y Tres), y la Sociedad Médica del Litoral Norte (Artigas, Paysandú y Salto).



PABLO F. CARLEVARO

Estas organizaciones tenían como fin tratar temas de carácter profesional y científico, realizaban un congreso anual conjunto, en el que trataban problemáticas gremiales, y algunas de ellas, incluso, contaron con publicaciones periódicas.

En 1944, un proyecto de estatuto de salud del trabajador rural puso en alerta a los médicos del interior, que vieron cernirse la amenaza de una «gigantesca mutualista» campesina, que ponía en riesgo la integridad del trabajo profesional. Fue así que se propuso la creación de la Federación de Sociedades Médicas del Interior, para transformar «las Asociaciones Regionales en un organismo nacional, que en cualquier momento pudiera actuar o asesorar con agilidad y rapidez, frente a cualquier asunto de carácter urgente, sirviendo al mismo tiempo como enlace entre todas las entidades similares»,¹⁷ sin que las instituciones perdieran su propia orientación.

El proyecto de creación de la FAMI fue aprobado en diciembre de 1945, y en enero del año siguiente ocurrió la primera reunión de su Consejo Federal. 20 años después, en 1966, se creó la Federación Médica del Interior (hoy FEMI, llamada en un principio FMI, nombre que fue cambiado por su mala prensa), que reúne a los médicos radicados en el interior del país a través de sus asociaciones departamentales.

Las conferencias del SMU

En la primera década del Sindicato se realizó un núcleo de conferencias, en las que se discutieron y analizaron diversas problemáticas de la vida médica (algunas de ellas fueron las que fomentaron la creación del SMU), y que también afectaban a la sociedad.

Estas conferencias reunían a expertos en la materia a debatir, con el fin de escuchar voces autorizadas, y sus contenidos eran luego publicados y distribuidos entre la masa médica. Las conferencias (o reuniones sindicales), versaron sobre deontología profesional, organización del Consejo Nacional de Higiene, honorarios profesionales, mortalidad infantil y otros temas.

La primera de ellas, de Joaquín de Salterain, en 1921, tuvo como eje la creación de un Ministerio de Salud Pública. Ahí, el médico ponía de manifiesto la falta de coordinación de los servicios sanitarios estatales, que redundaba en un mala o nula asistencia.

Se impone, por lo tanto, la elaboración de un plan conjunto, vasto y uniforme, para el cual deberá apelarse al tecnicismo científico experimentado, vale decir al concurso de los que poseen preparación especial. Dentro de tales términos y de acuerdo con las doctrinas modernas, no concebimos otro medio susceptible de resolver de un modo práctico y armónico el problema de la prevención social que el de la creación del Ministerio de la Salud Pública. Lanzamos pues la idea, anhelando sea discutida por los ilustrados miembros de esta asamblea que se han servido honrarme con su benevolencia y su atención¹⁸ –decía en aquella oportunidad.

Su prédica vería frutos cuando, en 1934, con la promulgación de la ley N. ° 9.202, se fusionaran la Asistencia Pública Nacional y el Consejo Nacional de Higiene en el Ministerio de Salud Pública, con varias de las competencias propuestas por Joaquín de Salterain.

Otra de aquellas conferencias, a cargo del Dr. Alberto Brignole, versó sobre «Las Sociedades de Socorros Mutuos y el Cuerpo Médico». Esta disertación tuvo eco, y se pidió información sobre las mutualidades en

distintos países de Europa. Además, se invitó a delegados de las instituciones mutuales locales para discutir las relaciones entre médicos y sociedades. Esta conferencia y sus repercusiones darían lugar al primer proyecto de ley sobre el mutualismo, enviado al Parlamento en 1926 y aprobado, con grandes modificaciones, en 1943.¹⁹

Es célebre también la conferencia pronunciada por el Dr. Manuel Quintela en 1921, acerca de la necesidad de contar con un Hospital de Clínicas. Allí, Quintela abogaba por el que sería uno los cometidos de su vida, la creación de un hospital universitario, y señalaba:

El esfuerzo que se va a pedir al país es de consideración –pero la Facultad de Medicina que lo reclama, se ha hecho digna de él– pues en su vida relativamente corta, ha realizado progresos que han superado a lo que podría esperarse de los escasos medios de que ha dispuesto.²⁰

Otra conferencia relevante, a cargo del Dr. Víctor Zerbino en 1922, puso de relieve el problema de los honorarios médicos, que había sido, entre otros, uno de los factores que dio nacimiento al SMU.²¹

Las conferencias fueron, en aquellos primeros años del Sindicato, un escenario de debate y difusión de ideas, y plantaron las semillas de muchos logros que se consiguieron con el tiempo, algunos más tarde que temprano.

El Hospital de Clínicas

La idea de un Hospital Clínico existía ya desde los albores de la Facultad de Medicina, y debió enfrentar y confrontar con los poderes y los intereses corporativos de la época, e incluso reformularse y replegarse a la espera de una oportunidad favorable.

En 1887, el Dr. Pedro Visca, decano de la Facultad de Medicina, esbozó la pertinencia de un «hospital clínico», y dos años después, el Dr. Elías Regules, que por entonces era docente y estaba al frente de la casa de estudios, planteó al Dr. Alfredo Vásquez Acevedo, rector de la Universidad, la necesidad de un hospital de Clínicas para su facultad.

En 1910 se creó el Comité de Estudiantes Pro Nuevo Hospital,²² que comenzó a divulgar entre la opinión pública su prédica sobre la necesidad de un nuevo nosocomio, y la Cámara de Representantes pidió entonces la opinión de la Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública y la de la Facultad de Medicina sobre el proyecto. El Consejo de la Facultad nombró una comisión, integrada por el Dr. Manuel Quintela, decano, y Augusto Turenne, vocal, que se encargó de estudiar el caso y presentó un informe en junio de 1910.

El proyecto planteado por Quintela y Turenne contaba con la aprobación del Comité de Estudiantes y de otros sectores vinculados al área de la Medicina, pero naufragó en la burocracia de la época. De todas maneras, el Dr. Quintela continuó bregando por la consecución de su objetivo, acompañado por los integrantes del profesorado y el Comité de Estudiantes, cuyo testigo levantó, una vez disuelto este, la Asociación de Estudiantes de Medicina (AEM).

La constancia de Quintela y sus ideas tuvieron eco en 1924, cuando un grupo de diputados, todos médicos de profesión, presentó un proyecto de ley, que promovía la construcción de un Hospital de Clínicas para la Facultad de Medicina, y que abarcaría también al Instituto de Higiene. La comisión de Obras

Públicas dio visto bueno al proyecto pero, otra vez, no fue tratado por la Legislatura correspondiente, y habría que esperar hasta 1926.²³

En junio de 1926, el Dr. Arturo Lussich, médico y presidente de la Cámara de Representantes, dio trámite parlamentario a una petición realizada por la AEM, en la que esta asociación pedía la creación de un Hospital de Clínicas. Tras intensas negociaciones, marchas y contramarchas y acaloradísimos debates, el proyecto de ley se aprobó el 14 de octubre de ese año.

De inmediato se creó una Comisión Honoraria, bajo la presidencia de Quintela, y en tres años se escogió el terreno y se cumplieron los plazos de selección para el anteproyecto, las bases del concurso, el concurso y el proyecto del edificio, que fue otorgado al joven arquitecto Carlos Surraco, quien, además, dirigió el proceso de construcción. En medio de ese breve lapso falleció Quintela, y una ley resolvió que el futuro hospital llevara su nombre.

Los trabajos para la edificación del centro se iniciaron en enero de 1931, y en setiembre de 1953 comenzó a recibir sus primeros pacientes.

Durante el proceso de construcción se produjeron enfrentamientos entre actores políticos y médicos por el gobierno del nuevo hospital. Desde la Facultad de Medicina, y con voces consonantes desde buena parte del orden de Egresados y los estudiantes, se insistía en que el Clínicas debía estar bajo la responsabilidad de la Universidad de la República. Con distintos argumentos, había quienes sostenían que el nuevo nosocomio

tenía que ser administrado en su totalidad por el Ministerio de Salud Pública.

Un editorial de Acción Sindical, órgano de prensa del SMU, lamentaba, en setiembre de 1947, «la desgraciada posibilidad de que el Hospital de Clínicas no sea un hospital universitario».²⁴

La intensa campaña para que el Hospital de Clínicas dependiera de la Universidad fue ganando adeptos en la opinión pública, y el poder político, no sin recelo, debió ceder a ese clamor. Tras una intensa discusión parlamentaria, el 27 de junio de 1950 se aprobó la Ley N.º 11.454, que establece «la dependencia (del Hospital de Clínicas) de la Universidad de la República, y se dan varias normas atinentes a su administración y desempeño».

De allí en más, el Hospital de Clínicas fue instalándose como un centro de referencia, tanto para los profesionales, formados allí o no, como para la población.

Casi siete décadas después de haber iniciado sus actividades, el Hospital de Clínicas sigue siendo, con sus achaques, sus carencias y las dificultades propias de la época que le toca transitar, un centro de referencia en la región, y el lugar en el que se forman los médicos del país.

El Ministerio de Salud Pública

Cuando se crea el Sindicato Médico, en 1920, la administración de los servicios de Salud Pública estaba en manos del Consejo Nacional de Higiene, la Asistencia Pública Nacional y las

Comisiones Departamentales de Salubridad, cada uno de ellos con diferentes competencias.

En una conferencia pronunciada en el Sindicato Médico en 1921, el Dr. Joaquín de Salterain reflexionaba sobre la labor de esas instituciones, y apuntaba que eran ineficientes.

Por ese motivo, Salterain, haciendo eco de una necesidad de su tiempo, propone la creación de un «Ministerio de la Salud», que «con más o menos amplitud y con distintas denominaciones, existe en otros países».²⁵

Hubo que esperar hasta 1934, cuando el gobierno dictatorial de Gabriel Terra crea el tan reclamado Ministerio, a través del Decreto-Ley 9.202, del 12 de enero. El Dr. Eduardo Blanco Acevedo, consuegro del presidente de facto, fue el responsable de ejercer por primera vez como ministro.

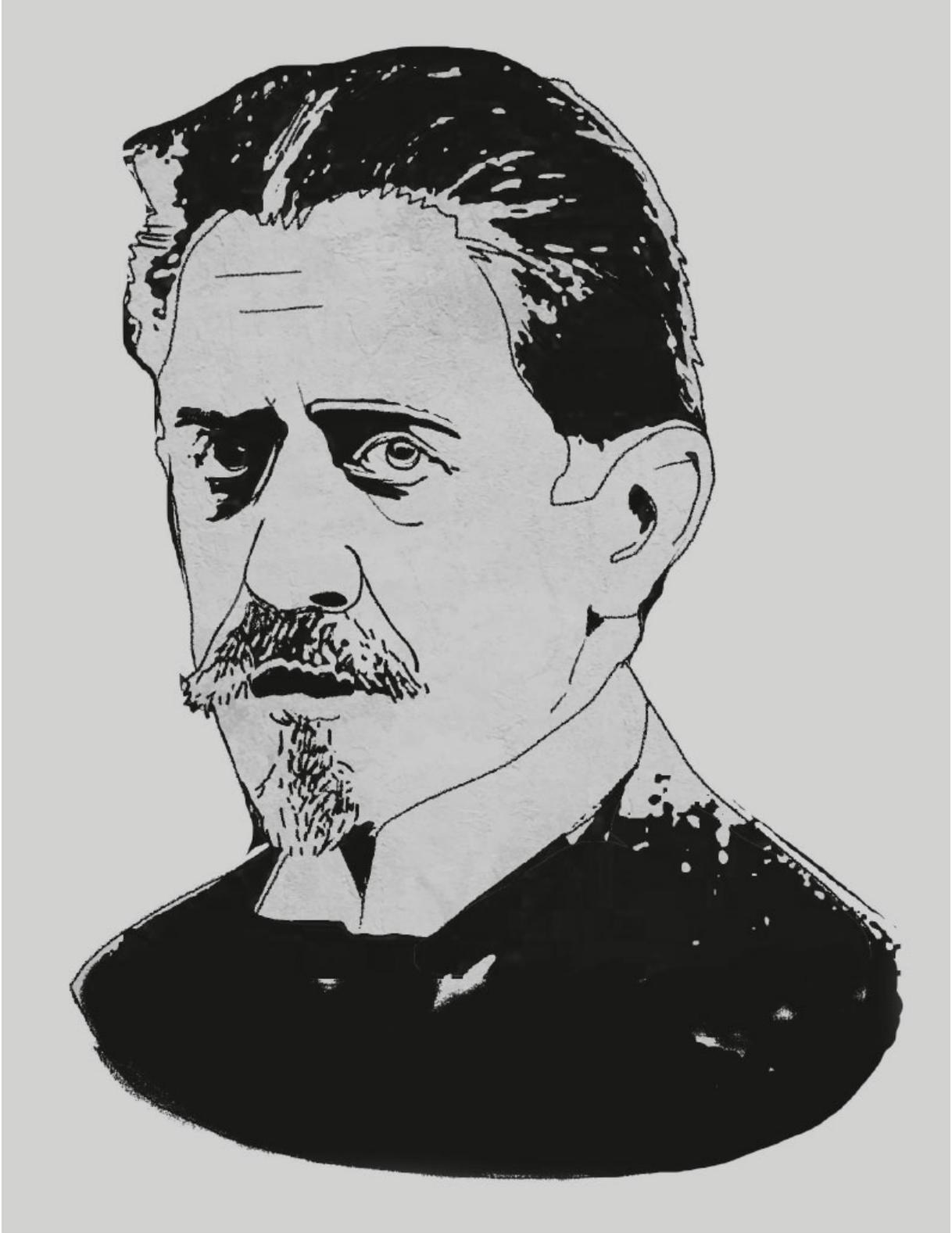
Esta nueva cartera estaba en sintonía con los cometidos de la Oficina Sanitaria Panamericana (hoy Organización Panamericana de la Salud), fundada en 1902, y vino a reunir de manera casi inmediata «los organismos asistenciales y preventivos que habían permanecido desvinculados durante largos decenios»,²⁶ inspirado en asesoramientos externos, especialmente estadounidenses llamados para tal fin.

Esta Ley Orgánica de la Salud Pública atribuía al nuevo Ministerio «la organización y dirección de los servicios de Asistencia e Higiene, para la adopción de todas las medidas que estime necesario para mantener la salud colectiva, y su ejecución por el personal a sus órdenes; en caso de epidemia o de serias amenazas de invasión de enfermedades infecto-contagiosas, adoptar de inmediato las medidas conducentes a mantener

*indemne el país o disminuir los estragos de la infección, pudiendo incluso disponer la intervención de la fuerza pública para garantizar el fiel cumplimiento de las medidas dictadas; determinar el aislamiento y detención de las personas que por sus condiciones de salud, pudieran constituir un peligro colectivo; la determinación de las condiciones higiénicas que deben observarse en los establecimientos públicos o privados o habitaciones colectivas, tales como cárceles, asilos, salas de espectáculos públicos, escuelas públicas o privadas, talleres, fábricas, hoteles y todo local de permanencia en común; difundir el uso de las vacunas y sueros preventivos como agentes de inmunización; reglamentar y contralorear el ejercicio de la medicina, la farmacia y profesiones derivadas y los establecimientos de asistencia y prevención privados; ejercer la policía higiénica de los alimentos y atender y contralorear el saneamiento y abastecimiento de agua potable en el país; adoptar las medidas necesarias para evitar la propagación de los males venéreo-sifilíticos; propender por todos los medios a la educación sanitaria del pueblo; hacer, formar y mantener la estadística sanitaria nacional; ser siempre consultado en la conclusión de tratados y convenciones internacionales que interesen a la salud pública».*²⁷

Durante años, los cometidos del Ministerio fueron apenas letras sobre papel, e incluso muchos debieron ser modificados sobre la base de los cambios en la sociedad. La paciente lucha del SMU, a través de la militancia gremial y el aporte de sus Convenciones y ponencias, fue de inestimable aporte para que la cartera esté, al día de hoy, a la altura de sus necesidades. A lo

largo de casi un siglo, con sus marchas y contramarchas, la prédica del Dr. Joaquín de Salterain sigue vigente, perfectible, pero en movimiento.



MANUEL QUINTELA

La Universidad, la Facultad de Medicina y el Orden de Egresados. La representación de los estudiantes en el Ejecutivo del SMU

La historia del SMU estuvo siempre enlazada con la vida universitaria, y muchos de quienes tuvieron luego una importante actuación en la vida sindical habían hecho sus primeras armas en la militancia estudiantil.

La Universidad de la República había sido fundada en 1849, y en 1875 se creó la Facultad de Medicina. A influjos de un creciente espíritu latinoamericanista, se celebró en Montevideo, en 1908, el I Congreso Internacional de Estudiantes Universitarios. Por entonces, «los estudiantes comenzaron a cuestionarse la función social que debería cumplir la Universidad, iniciativa que condujo a su vinculación con las clases trabajadoras y a los inicios de la extensión universitaria».²⁸

Un año después del Congreso, en 1909, se funda la Federación de Estudiantes Universitarios, y en 1915 se crea la Asociación de Estudiantes de Medicina, que se integra a la Federación hasta el momento de su disolución, en 1917. A esa antigua Federación de Estudiantes se la conoce como FEU de La Cumparsita, en referencia al himno estudiantil que Gerardo Mattos Rodríguez compuso en el piano de la sede de la AEM.

Al desaparecer la FEU, las asociaciones estudiantiles siguieron actuando por separado, sin una acción unificada. En 1919, la AEM comienza a publicar *El Estudiante Libre*, un órgano de prensa que, junto con la revista *Ariel*, del Centro de Estudiantes del mismo nombre, se convirtió en uno de los portavoces más importantes en pos de la Reforma Universitaria, que tenía como postulados la defensa de la autonomía, el cogobierno y la extensión universitaria.

En 1919, los estudiantes de la Facultad de Ingeniería se declararon en huelga, protestando contra la asistencia obligatoria a clases. Esa lucha fue acompañada rápidamente por otros centros, entre los que destacó, por su encendida militancia, la AEM. Estos acompañaron la lucha desde *El Estudiante Libre* manifestando su «franca simpatía a la actuación independiente de los compañeros de las otras facultades», y se opusieron a «la pasividad de las autoridades universitarias y nacionales amparadas en la independencia de los consejos de las facultades que había consagrado la Ley Orgánica de 1908».²⁹ El modelo a seguir, para la AEM, era el conseguido en Argentina, a instancias de los estudiantes de Córdoba, de participar directamente en el gobierno de la Universidad.

En ese ámbito, destacaron dirigentes de la AEM como Carlos María Fosalba, José Pedro Cardoso y Ricardo Yannicelli, que impulsaron la primera reunión de profesores y estudiantes, realizada el 25 de setiembre de 1919. Ese encuentro se convirtió en un puntal de la reorganización de la Facultad, que impulsaba su decano, Américo Ricaldoni, y tenía como fin potenciar a la casa de estudios como un centro de investigación y difusión del conocimiento. No obstante, estas ideas tenían detractores, como Elías Regules Uriarte, que apuntaban que los docentes tenían que limitarse a enseñar, y a los estudiantes les cabía la responsabilidad de «curarse» de la pretensión de «enseñarnos a los hombres de la facultad».³⁰

Las posturas conservadoras triunfaron, pero el alumnado universitario era un caldo de cultivo de ideas reformistas. Una huelga iniciada por los estudiantes de Derecho, en 1928, a la que se plegaron los demás centros, fue el factor desencadenante para lograr la unión de los estudiantes.

A medida que las contradicciones profundas del país con su «auto-imagen» liberal y satisfecha de los años veinte se iban poniendo en evidencia al recibirse los primeros efectos de la «Gran Depresión» de

1929, el movimiento estudiantil tomaría fuerza y concreción organizativa, a través de la Federación de Estudiantes Universitarios del Uruguay - FEUU y de sus Centros, fundada el 26 de abril de aquel año.³¹

En setiembre de 1930 se celebra el Primer Congreso Nacional de Estudiantes, que trata como uno de sus temas principales la Reforma Universitaria.

Antes de ese acontecimiento, los estudiantes de Medicina ya bregaban por su incorporación, en tanto futuros profesionales, al Sindicato Médico. El doctor Atilio Narancio, que había sido fundador del SMU, llevó a la Comisión Directiva que integraba la inquietud de sus practicantes internos, que fueron incorporados, primero como adscriptos, en 1926, y luego como miembros exonerados de la cuota sindical, siendo esta la primera organización médica del mundo en integrar estudiantes de Medicina.³²

El doctor Jorge Calvetti recordaba que, siendo estudiante, había sido comisionado por Simetto para que vinculara a estudiantes avanzados de 5.º y 6.º año que, una vez recibidos, pudieran contarse entre los miembros del Sindicato.³³ Calvetti se recibió en 1925, pero no fue hasta 1930 cuando se desataron las movilizaciones en apoyo al doctor Pablo F. Carlevaro por su conflicto con La Fraternidad, que la participación de los estudiantes de Medicina fue masiva en la interna sindical.

Carlevaro personificó la dignidad profesional cuando, dejando de lado su tranquilidad y sus intereses propios, se plantó frente a quienes, al pretender humillar a un médico al que pagaban un sueldo, ofendían en realidad a todo el gremio [...] Toda la clase médica fue conmovida por aquel conflicto con los prepotentes directores de la más poderosa mutualista[...].³⁴

A partir de ese episodio, algunos socios y estudiantes iniciaron un movimiento para modificar los estatutos del Sindicato, con el fin de que permitieran una mejor defensa de los profesionales. Esto se procesó a partir de 1930, dando lugar a lo que se conoce como Segunda Época del SMU. Esta reforma suprimió la Comisión Directiva, y el Comité pasó a tener 13 miembros: diez médicos y tres estudiantes, además de un delegado de la Asociación de Estudiantes de Medicina, con voz pero sin voto. El cambio organizativo incorporó plenamente a los estudiantes en la institución, naciendo así la entidad médico-estudiantil que perdura hasta nuestros días, y que, durante décadas, fue única en el mundo.

El Código de Ética de Montpellier

Para el gremialismo médico de nuestro país, el problema ético existió desde sus inicios, y en el estatuto fundacional del SMU consta la «preocupación por la defensa y elevación moral de la profesión médica, tanto en sus conductas individuales como en su capacidad de incidencia social».³⁵

En los albores del Sindicato, y por influencia de las organizaciones profesionales de Francia, se tomó como referencia el reciente Código de Montpellier, aprobado por el Consejo de la Federación de los Sindicatos Médicos de L'Herault en 1924.

Este documento deontológico establece una serie de deberes del médico para consigo mismo, para con los pacientes, para con la colectividad y para con sus colegas.

En su primer inciso, el Código establece que:

si el médico tiene el derecho de pretender la estimación de sus colegas y la efectiva gratitud de sus clientes, él debe, para ser digno, inspirar todos sus actos en los principios que constituyen la esencia de la deontología. Es de la incumbencia de los sindicatos médicos, guardianes de las tradiciones que son el honor de la profesión, formular las reglas generales, y vigilar, en los casos necesarios, su estricta aplicación.³⁶

En ese sentido, y en cuanto a los deberes del médico para consigo mismo, señala que un profesional debe «ser un perfecto honesto hombre», absteniéndose del «charlatanismo», la usurpación de títulos, el engaño a la sociedad con «el valor de los [títulos] que se posee, y recurrir a la publicidad extramédica para “llamar la clientela”».

Asimismo, condena a los profesionales que gratifiquen a «buscadores de enfermos», y acepten «una comisión por la prescripción de medicamentos o aparatos, por el envío a un sanatorio o a un balneario», y «el acuerdo con los empíricos, bajo las formas de prescripción de remedios secretos, o la colaboración con los curanderos o los sonámbulos».

Sobre los deberes del médico para con la clientela (hoy diríamos pacientes), «excepto el caso en que el espíritu de humanidad lo exija, los de compromisos anteriores o de requerimiento judicial, el médico tiene el derecho de rehusar sus cuidados a un enfermo», pero, desde que acepta atenderlo, contrae un número de obligaciones.

Es que el paciente espera «los mejores cuidados», por lo que el médico «tiene la obligación de estar al corriente del movimiento científico», y «toda negligencia de su parte [en ese sentido] puede ser considerada como una falta».

El médico tiene la obligación de atender al paciente en «función relativa a la gravedad del caso», sin importar la posición social del enfermo. El Código es muy claro al señalar que «es tan criticable el espaciar o acortar

los exámenes, como multiplicar visitas y prescripciones, o inducir a consultas o intervenciones evitables», y que «el médico debe ser sumamente escrupuloso sobre este punto, tanto más, que la mayoría de las veces no tiene otro contralor que el de su conciencia».

Además, el médico está «obligado a guardar el secreto de todo lo que él ha visto, entendido o comprendido del hecho de su profesión» y, como contrapartida, debe informar cabalmente al enfermo de su estado: «un certificado de complacencia constituye una falsa declaración».

El Código impone, también, una serie de deberes del médico para con las colectividades, sobre la base del ejercicio ético y solidario de la profesión. En ese sentido, apunta que, dado que diversas colectividades, tanto públicas como privadas, requieren del trabajo médico, el profesional, «solicitado para entrar en relaciones con ellas, debe dirigir su interlocutor al sindicato del cual forma parte, que es el solo autorizado y que tiene la independencia necesaria para defender, en un caso particular, los intereses profesionales colectivos».

Es claro el Código en cuanto a que el paciente tiene el derecho «a la libre elección del médico con tarifa a la vista y con una cuota que se aproxime lo más posible a la de la clientela ordinaria», condenando como «inmoral» toda «tarifa a destajo».

El mismo documento señala que, para las funciones públicas, el sindicato debe tender a la búsqueda de nombramientos por concurso o, al menos, por «el valor de los títulos», dando así «garantía para los enfermos, equidad para los competidores, independencia y estabilidad para los titulares», y que, cuando uno de estos sea revocado de su cargo, «nadie podrá aceptar la sucesión sin previa autorización del sindicato», que se dará «solo cuando la revocación haya sido pronunciada por falta grave».

También reitera en este capítulo que los profesionales están obligados al secreto profesional.

En cuanto a los deberes del médico para con sus colegas, el Código adoptado destaca que el profesional debe tener, para con los demás, la misma actitud que desearía para sí mismo. Así, prescribe el respeto para con los médicos establecidos previamente en una localidad, la abstención de realizar comentarios que desacrediten a un colega, especialmente en foros extramédicos, y la solución personal de los diferendos con otro profesional; «si nada se consigue, se someterán los hechos de la causa al presidente del sindicato, para los fines del arbitraje».

El Código establece que ningún médico «puede permitirse la práctica de suplantar a un colega en el tratamiento de un enfermo», aunque «si es llamado cerca de un enfermo en curso de tratamiento, en caso de extrema urgencia o en ausencia del médico que lo asiste, por humanidad queda obligado» a visitarlo, hasta el regreso de su colega, momento en el que le informará del tratamiento instituido y cesará sus visitas.

La normativa también condena la aceptación de honorarios por debajo de la tasa aplicada en la localidad o región en la que el profesional se desempeñe, y fija algunas pautas de comportamiento frente al cobro de servicios.

En el apartado relativo a la relación con los colegas, sobresale lo atinente al juicio de conductas reñidas con la ética y la profesión. Sobre ese particular, el Código señala que:

los sindicatos regularmente constituidos están calificados para juzgar las infracciones a las reglas de deontología cometidas por todo médico, mismo no sindicado. Abstenerse equivaldría, en ciertos casos, a una tácita aprobación dada a las faltas individuales susceptibles de comprometer por consecuencia la buena reputación o los intereses del

cuerpo médico de la región. Después de haber hecho al infractor supuesto, el proceso previsto por los estatutos y que es destinado a permitir al colega inculcado explicarse sobre los hechos que le son reprochados, ellos pueden, en formas adecuadas, usar para con él, sanciones tales como la advertencia, el reproche, la censura o la descalificación.

En el mismo sentido, agrega que, más allá de la sanción disciplinaria, el sindicato es para los colegas, «un lazo sólido que les permite tratar de igual a igual con las colectividades». El Código afirma que así como «el ejercicio normal y regular de su profesión debe suministrar al médico los recursos legítimos sobre los cuales tiene el derecho de contar y con ellos la consideración que le es debida», es preciso que el profesional guíe su conducta bajo la inspiración del «interés de su enfermo, el respeto hacia sus colegas y hacia su propia dignidad».

El Primer Consejo Arbitral

Los estatutos fundacionales del SMU preveían que al llegar al 60% de médicos afiliados al sindicato, en relación al número total de médicos del país, debía entrar en funciones el Consejo Arbitral. Este organismo tenía como cometido hacer cumplir lo establecido en el artículo 33 del estatuto, es decir, «resolver las cuestiones deontológicas que le sean sometidas por el Comité Ejecutivo del Sindicato».

La integración del Consejo estaba establecida por reglamento, y señalaba que, de sus siete miembros, tres de ellos serían elegidos por los socios y cuatro denominados miembros natos. Estos fueron, en el primer Consejo,

los Dres. Augusto Turenne (como presidente del Sindicato Médico), Manuel Quintela (en su calidad de decano de la Facultad de Medicina), Elías Regules Uriarte (profesor de Medicina Legal) y Alfredo Vidal y Fuentes (entonces presidente del Consejo Nacional de Higiene). Mientras tanto, la asamblea realizada el 24 de mayo de 1921 eligió a los Dres. Luis Morquio, Arturo Lussich y Joaquín de Salterain como integrantes del Consejo.

El Consejo quedó constituido por figuras de enorme prestigio y gran peso académico, pero, sin embargo, no le fue posible durante su primera década funcionar con la regularidad y la corrección deseada. Así, los dos primeros años de gestión pasaron entre la resolución de conflictos suscitados entre colegas y disputas por honorarios de clientes particulares. Además, debido a la importancia de los integrantes del Consejo, eran requeridos por diversas actividades, y esto les quitaba tiempo para dedicarle al organismo. Esto, los viajes que realizaban a menudo, algunos cambios en su integración (ingresaron al Consejo Arbitral los Dres. Santín Carlos Rossi y José Scoseria, este último en reemplazo del fallecido Vidal y Fuentes), hacían difícil su actuación en conjunto. Por otro lado, que sus sanciones no tuvieran poder legal fue un desestímulo para su actividad.

En 1930 se modificó el funcionamiento del Consejo Arbitral mediante la realización de cambios en sus estatutos. Así, pasó a estar conformado por cinco miembros, uno designado por el Ejecutivo del SMU, y el resto elegido directamente por los socios del sindicato. En tanto, el decano de la Facultad de Medicina y las autoridades de la Salud Pública podrían integrarlo a invitación expresa del Consejo Arbitral. Otro de los cambios establecidos fue que, para los asuntos que involucraran a colegas, cada uno podía nombrar un representante con voz pero sin voto.

Los miembros del Consejo se renuevan anualmente, y sus fallos son inapelables y públicos, si el organismo lo desea. Este funcionamiento del Consejo Arbitral rige al día de hoy. Su prestigio perduró en el tiempo y, muestra de ello y del respeto que mereció siempre, es la comparecencia del Dr. Tabaré Vázquez en 2006, siendo presidente de la República, convocado por el Consejo Arbitral para contestar una denuncia, que finalmente se resolvió por acuerdo de partes.

Sindicato Médico del Uruguay

BOLETIN OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN

N.º 3

Montevideo, Abril de 1921.

LOCAL SOCIAL AVENIDA 18 DE JULIO 973

El Consejo Arbitral

Habiendo superado el número de afiliados al Sindicato el 60 % de los médicos del país impónese el cumplimiento del artículo 32 del Reglamento que ordena, llegada aquella circunstancia, la constitución del Consejo Arbitral.

Pocas veces se verán nuestros afiliados frente a un problema más serio y de mayor responsabilidad.

De la constitución del Consejo Arbitral, de la autoridad moral de sus miembros, dependerá el valor de sus fallos en las cuestiones deontológicas que le serán sometidas por las autoridades del Sindicato.

La composición del C. A. representa indiscutibles garantías puesto que tanto sus miembros natos como los electivos serán la expresión de lo más granado entre el cuerpo médico nacional.

Es pues indispensable que nuestros afiliados no dejen librado al azar de una asamblea poco numerosa la elección de colegas que mañana pueden ser jueces en sus litigios profesionales.

El futuro acto eleccionario que se realizará en la próxima quincena de Mayo, merece provocar reuniones previas cordiales en las que levantando el punto de mira se concierte una lista que exprese democráticamente la voluntad de la mayoría de los profesionales y cuyo triunfo sea para los designados un timbre de honor, como que constituirá la sanción de su integridad y el reconocimiento de sus virtudes.

DATOS DE INTERES RELACIONADOS

CON EL CONSEJO ARBITRAL

Transcribimos a continuación los artículos del Reglamento que se refieren a esta entidad sindical:

CAPÍTULO VI—DEL CONSEJO ARBITRAL

Art. 32. Cuando el Sindicato cuente con el 60 % de los médicos del país se procederá a la constitución del Consejo Arbitral.

Art. 33. Este Consejo tendrá por misión resolver las cuestiones deontológicas que le sean sometidas por el Comité Ejecutivo del Sindicato.

Art. 34. En caso que el Comité Ejecutivo no juzgue necesario elevar un asunto al Consejo Arbitral y el interesado manifieste su desacuerdo con esa resolución, se estará a lo que falle en definitiva la Comisión Directiva.

Art. 35. El Consejo Arbitral se compondrá de 7 miembros: 4 natos y 3 electivos.

a) Los miembros natos serán: el Presidente del Comité Ejecutivo del Sindicato; el Decano de la Fa-

b) Los miembros electivos serán designados cada cuatro años, entre los médicos que tengan más de diez años de ejercicio profesional, en el mismo acto eleccionario que las otras autoridades del Sindicato conjuntamente con tres suplentes que reemplazarán a los titulares en los casos de enfermedad, excusación, renuncia o cualquier otra causa justificada, que los inhabilite para tomar parte en las deliberaciones.

Los suplentes de los miembros natos serán nombrados por las corporaciones respectivas y suplirán a los titulares en los casos ya especificados para los miembros electivos.

Art. 36. Para el acto eleccionario se hará conocer a los afiliados, con la antelación suficiente, la lista de los médicos elegibles para ese Consejo Arbitral.

Art. 37. De las deliberaciones y fallos del C. Arbitral se dejará constancia en un libro especial que será custodiado por el Comité Ejecutivo del Sindicato.

Art. 38. Los fallos del Consejo Arbitral deberán ser expedidos dentro de los 60 días siguientes a la comunicación del asunto por el Comité Ejecutivo.

Art. 39. Si en el momento de la primera elección de autoridades, el número de afiliados no alcanzara a la proporción fijada en el art. 32 la elección del Consejo Arbitral se postergará hasta que llegara a ella.

El Consejo Arbitral elegido en ese momento durará en sus funciones hasta la próxima elección de autoridades.

Art. 40. Los fallos del C. Arbitral serán inapelables y comunicados para su conocimiento y demás efectos a todos los médicos sindicados. De la comunicación al público resolverá en cada caso el C. Arbitral.

LOS MIEMBROS NATOS

De acuerdo con el artículo 35 serán:

Dr. Augusto Turenne, Presidente del Comité Ejecutivo del Sindicato.

Dr. Manuel Quintela, Decano de la Facultad de Medicina.

Dr. Elías Regules, Profesor de Medicina Legal.

Dr. Alfredo Vidal y Fuentes, Presidente del Consejo N. de Higiene.

PARA LA ELECCION

Los tres miembros electivos se indicarán en la asamblea de Mayo y de acuerdo con el reglamento podrán enviar su voto en carta cerrada los afiliados que vivan

cultad de Medicina, el Profesor de Medicina Legal de la Facultad de Medicina y el Presidente del Consejo N. de Higiene o de la corporación que haga sus veces.

fuera de la capital.

Pronto se distribuirá a todos los afiliados la nómina completa de los médicos que pueden ser electos de acuerdo con el inciso b del artículo 35.

0000 1

Las encuestas médicas

Si aquella sencilla encuesta impulsada por el Dr. Turenne fue el disparador que dio origen al Sindicato Médico, no es de extrañar que, con el paso del tiempo, estas se volvieran una herramienta esencial a la hora de conocer la situación de los profesionales en el país, al tiempo que también brindaban insumos para plantear reclamos o reformas.

Sin embargo, hubo que esperar un buen tiempo hasta que se realizaran de manera sistemática. Aquel primer impulso de 1920 no iba de la mano, todavía, con la extensión de la encuesta como el método científico que conocemos en la actualidad.

Lo cierto es que, desde 1985, la Encuesta Nacional Médica, a cargo de diversas consultoras, marca la agenda del SMU. Estos sondeos tienen, entre otros objetivos, conocer la situación socioeconómica de los médicos, la percepción de la educación recibida, las necesidades de actualización y especialización, la satisfacción con el trabajo y las condiciones en que se ejerce la medicina en Uruguay.

Así, a lo largo de las últimas décadas, las encuestas médicas nacionales han arrojado datos de relevancia sobre el quehacer cotidiano de los médicos, su relación con los pacientes, los empleadores y con el propio SMU. También, y aquí hay que señalar un gran mérito, permiten comprender de forma cabal la evolución de esas relaciones. En la última encuesta,³⁷ realizada en 2018, se aprecia un mejoramiento en la valoración

de la especialización médica, en la disminución de horas trabajadas, en el aspecto salarial, en la satisfacción por el trabajo médico, y en la imagen que los afiliados tienen del Sindicato. Los resultados no son los deseados, está claro, pero permiten observar una curva ascendente en el período comprendido por los distintos sondeos.

De ese trabajo se desprende, también, que los cambios en el mercado de trabajo y la creciente satisfacción de los médicos se debe, en parte, a las políticas gremiales impulsadas desde el SMU, que lograron una disminución del multiempleo y de horas trabajadas por semana. En el mismo sentido, se valora como positiva la implementación de los cargos de alta dedicación en la actividad profesional de los médicos.

Otras encuestas, más específicas, abordan temáticas particulares que impactan en el trabajo médico y la sociedad. Por citar solo un ejemplo, vale reseñar la realizada recientemente³⁸ sobre las condiciones laborales en puertas de emergencia, en la que el 74% de los profesionales opinó que no hay suficiente personal, médico y de enfermería.

Además, el SMU propicia consultas dirigidas a la opinión pública. Una encuesta reciente, realizada a instancias de la Comisión de Bioética y Derechos Humanos,³⁹ preguntó a la ciudadanía sobre la eutanasia y el suicidio asistido, en el marco de una discusión que se viene dando en la esfera política y social. De allí se desprende que el 82% de los uruguayos aprueba la eutanasia, y el 62% el suicidio asistido. Son datos de relevancia a la hora de discutir temáticas tan sensibles en el seno del SMU.

Un reconocimiento a los grandes nombres

La historia de un sindicato es, necesariamente, una historia colectiva. Del esfuerzo y aporte de hombres y mujeres, a través de los años, se construye un organismo vivo, cambiante, reflejo de la época que le toca transitar. De cualquier manera, al decir de Bertolt Brecht, están los imprescindibles; los visionarios, los que siembran.

El Sindicato Médico ha tenido en este siglo decenas de integrantes que pusieron su hombro y su corazón al servicio del interés colectivo: desde los señeros Dres. Augusto Turenne, Luis Morquio y Mario Simeto, Carlos María Fosalba, impulsor del Centro de Asistencia, Manuel Quintela, motor del Hospital de Clínicas, a quienes conocieron el exilio y la muerte en tiempos de dictaduras.

En el recuerdo de Juan José Crottogini y Atilio Morquio, rendimos homenaje a quienes, día tras día, hicieron y hacen del SMU un sindicato comprometido con su tiempo.

Juan José Crottogini: vida de médico

La vida del Dr. Juan José Crottogini fue tan extensa como su obra. Nacido el 27 de mayo de 1908 en Fray Bentos, en el seno de una familia humilde, transcurrió su infancia en esa ciudad, donde conjugó los entretenimientos de todo niño, incluyendo el carnaval y el omnipresente fútbol, con una temprana vocación por el estudio.

En su viaje a Montevideo para cursar sus estudios preparatorios en el Instituto Alfredo Vásquez Acevedo, trabó relación, en el tren que lo traía a la capital, con quien sería su amigo y colega para toda la vida, en futuro decano de la Facultad de Medicina y rector de la Universidad de la República, Mario Cassinoni.

Crottogini comenzó a trabajar tempranamente en el Telégrafo Nacional, con el fin de pagarse sus estudios, y en 1926 ingresó a la Facultad de Medicina. Cuatro años más tarde concursó para practicante interno de la Asistencia Pública Nacional, donde se desempeñó en el Servicio de Ginecología del profesor Juan Pou Orfila y, en 1934, obtuvo el título de Doctor en Medicina y Cirugía.

Durante su etapa estudiantil fue un convencido militante de la Asociación de Estudiantes de Medicina. Sobre la época, recordaba:

Siempre estuve en contacto con la Asociación de los Estudiantes de Medicina. Participé en toda su actividad, de su ideología y de sus propósitos de futuro. Fui un asiduo concurrente a sus reuniones. En la época de la dictadura de Terra tuvimos algunos problemas. En realidad la dictadura fue en el 33 y yo me recibí en el 34, los problemas empezaron antes. Como en todas las épocas han existido algunos grupos opuestos al progreso que están muy dispuestos siempre a colaborar con los mandamás. Tuvimos dificultades en las calles, frente a la Facultad de Medicina, frente a la Universidad de la República, donde recibimos bastantes palos. Hubo incidentes graves cuando la Universidad fue invadida por grupos que tenían el aval de la policía y de algunas «celebridades» de derecha. En el 31 hubo algunas cosas pero en el 33 fue verdaderamente difícil. Recuerdo las heridas de los garrotazos, el sablazo y las heridas a un compañero de apellido Schauricht. En estos años los estudiantes participábamos en las reuniones del Ateneo y todas las manifestaciones que fueron posibles contra la dictadura de Terra. Fueron años difíciles.⁴⁰

Ya recibido, su carrera fue fulgurante: jefe de Clínica Ginecológica y Obstétrica, jefe de la Maternidad del instituto de Tisiología, profesor agregado de Ginecología, profesor titular de Clínica Ginecológica y de la

Clínica Ginecológica. Todo ello antes de cumplir los 40 años. Fue, entre otras cosas, el primer médico de la Cárcel de Mujeres, y uno de los introductores en el país de las técnicas del parto sin dolor. Además, impulsó en el país las técnicas del Dr. Papanicolau para la prevención del cáncer de cuello de útero.

Su desempeño como docente es recordado por quienes fueron sus alumnos, y su vocación universitaria no escapó al desafío del cogobierno. Fue consejero de la Facultad de Medicina en representación del orden docente, decano de la Facultad de Medicina, presidente de la Comisión Directiva del Hospital de Clínicas, miembro del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas del Uruguay y rector de la Universidad, sustituyendo a su amigo Mario Cassinoni. Durante décadas, además, participó en distintos congresos y reuniones sobre su especialidad en diversos lugares del continente, y fue miembro honorario de diversas entidades académicas en todo el mundo, publicó 70 trabajos académicos y tres libros sobre su especialidad.

Pero lo social, lo gremial y lo político también formaron parte de sus preocupaciones. Socio del Sindicato Médico, lo presidió entre 1950 y 1951, pero nunca dejó de formar parte activa de sus discusiones. Así, en la VII Convención Médica Nacional, improvisó unas palabras sobre ética médica (se analizaba la problemática de los médicos cómplices de torturas durante la dictadura) que causaron honda impresión en los presentes.

Fundador del Frente Amplio, acompañó al Gral. Líber Seregni en la fórmula presidencial de 1971, y la encabezó, ante la proscripción del primero, en los comicios de 1984, secundado por José D'Elía.

Profesor Emérito de la Facultad de Medicina en 1985 y Doctor Honoris Causa de la Universidad de la República en 1993, Crottogini falleció el 20 de setiembre de 1996, a los 88 años.



JUAN JOSÉ CROTTIGINI

Atilio Morquio: La ética ante todo

La crisis que sufre el país tiene un carácter estructural; es forzoso, pues, introducir cambios en lo económico, político y social; sin ello será imposible salir del subdesarrollo en que vivimos y de las condiciones de vida de las masas trabajadoras que se deterioran grave e irremediablemente. La lucha gremial y de todas las fuerzas progresistas del trabajo nacional deberán orientarse a realizar las grandes transformaciones de estas estructuras caducas.

Con esas palabras, el Dr. Atilio Morquio instaba a las clases populares y profesionales de Uruguay a cambiar el país. Era, sí, una expresión de deseos, pero esa intervención estaba cargada de simbolismos.

Cuando Morquio pronunció su discurso, inaugurando el Congreso del Pueblo el 12 de agosto de 1965, ya era un actor social de renombre. Había sido invitado por los organizadores, como presidente del Sindicato Médico, y en reconocimiento a su figura y la de la gremial en la lucha por una sociedad más justa.

Atilio Morquio Yéregui nació el 8 de marzo de 1919, y era sobrino del Dr. Luis Morquio, segundo presidente del SMU e integrante del Primer Consejo Arbitral. Estudió en el Liceo Francés, cursó los preparatorios en el IAVA y egresó de la Facultad de Medicina en 1950.

Al presentarse como aspirante a la Cátedra de Clínica Médica, en abril de 1967, Morquio destacaba, con orgullo, haber sido:

secretario general, tesorero e integrante de comisiones varias en la Asociación de Estudiantes de Medicina; presidente e integrante de Comisiones en el Sindicato Médico del Uruguay; consejero, delegado estudiantil, integrante de la Comisión del Hospital de Clínicas del año

1950; integrante de Comisiones del Claustro (1964) en la Facultad de Medicina; miembro del VIII Congreso Médico Social Panamericano de marzo de 1964 [...]; labor asistencial y médico-social en el Dispensario Cerro de la Fundación Procardias.⁴¹

Morquio tuvo una producción literario-científica escasa, de circulación casi doméstica, pero de alta calidad, y su rasgo característico y más recordado fue la docencia. En ella hacía carne su propio pensamiento:

El Profesor debe enseñar con el ejemplo de su trabajo diario, de su vida, en todos los campos de la actividad humana. Existe una deontología médica; ella debe enseñarse no en clases o conferencias magistrales sino con el trabajo y los procedimientos de todos los días, de todos los instantes. Debe mostrarse con el ejemplo por el respeto máximo al paciente que consulta, al profesional que lo atiende, al enfermero que lo cuida. Debe enseñarse con la práctica, que no excluye la puntualización de errores u otros vicios, de toda la colectividad social que integramos. Solo procediendo así será posible aspirar a una comprensión mutua, estrecha, entre todos, estudiantes y no estudiantes, miembros todos de un mismo equipo, orientados por un objetivo común.⁴²

Esa ética insoslayable lo llevó, ya con la Universidad intervenida durante el gobierno cívico-militar, a negarse a firmar la declaración de Fe Democrática. Esa decisión le valió un sumario, una reducción salarial del 50% y la prohibición de concurrir a la clínica, verbigracia, a estar en contacto con pacientes y estudiantes. Las sanciones fueron levantadas al poco tiempo, pero Morquio renunció a su actividad docente en la Facultad de Medicina. Sin embargo, la dictadura tenía reservada una jugada más, y su cese no fue aceptado hasta dos años después, en 1976.

Partió así a Venezuela, tomando el camino del exilio, como miles de compatriotas, donde ejerció la medicina y la docencia en la Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda, en Coro.

A la salida de la dictadura regresó al país, donde volvió a cumplir una exigente tarea en el ámbito gremial, y fue integrante del Consejo Arbitral del SMU y de la Comisión Nacional de Ética Médica (surgida de la VII Convención Médica Nacional), que analizaron la conducta de los médicos que pudieron haber sido cómplices de tortura durante el período de facto.

La Facultad de Medicina también reconoció su labor, y en diciembre de 1985 fue nombrado Profesor Emérito de esa casa de estudios.

Morquio falleció el 11 de febrero de 1990. Su compromiso vivirá por siempre.

Las últimas décadas y los nuevos desafíos

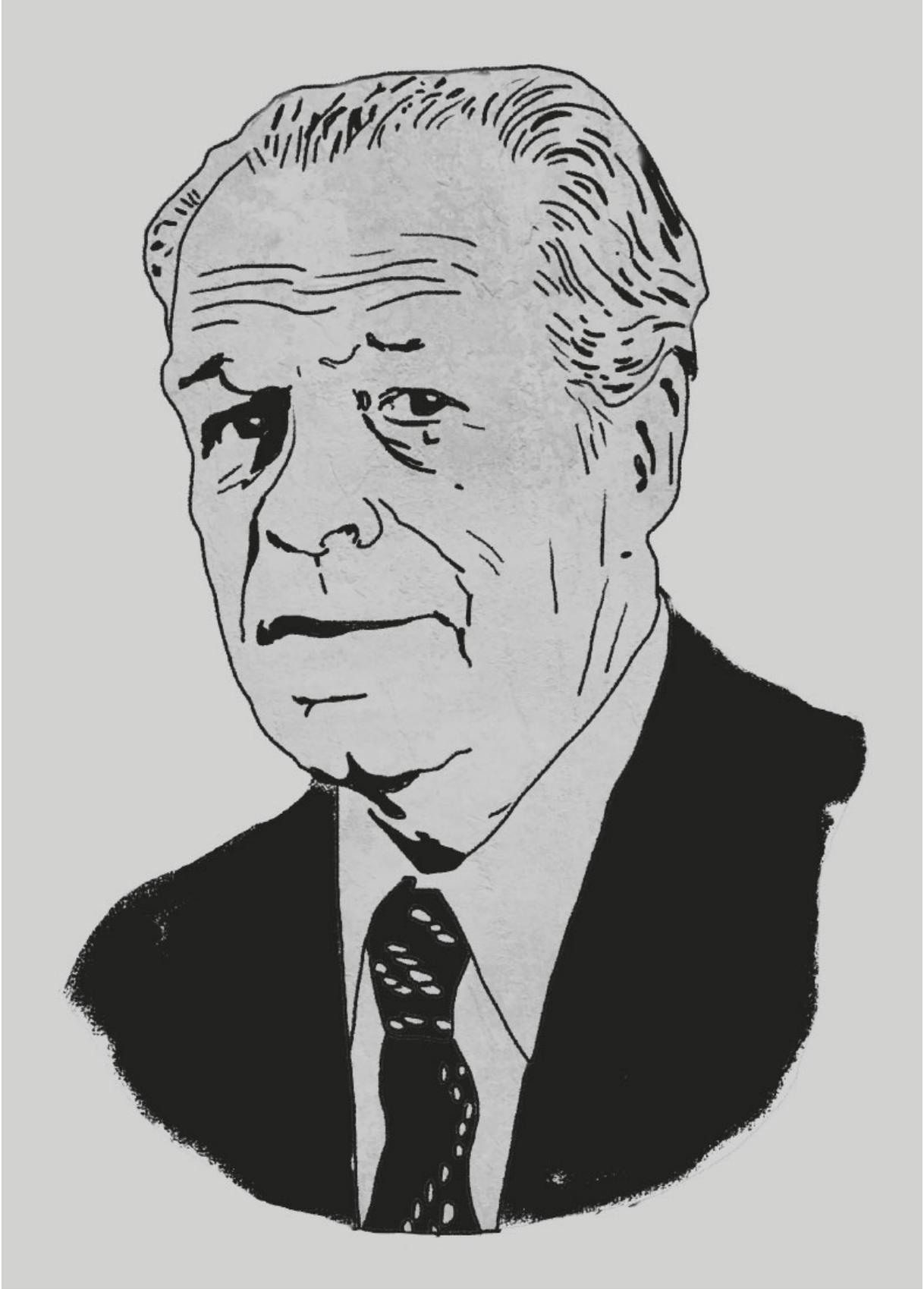
Salario, negociación colectiva y SNIS

Como organización viva y efervescente, el Sindicato Médico no deja de escribir su historia cada día. Si bien se apuntan en este libro algunos de los mojones que hicieron del SMU una institución comprometida con los tiempos que le tocó vivir, el presente y el futuro están, también, llenos de desafíos. El mundo ya no es el mismo que era cuando el Dr. Turenne concibió la idea de reunir a los médicos en un sindicato, por más que el compromiso ético permanece incambiado.

La historia reciente del Sindicato ha estado marcada por el mismo vértigo que la peripecia planetaria desde el final del siglo XX hasta estos tiempos

de incertidumbre global, donde cada día hay un cambio y una preocupación nueva.

Las tres últimas décadas del Sindicato son una muestra de la aceptación de los desafíos y de la solución de las contradicciones a través del diálogo, la discusión y la acción colectiva. Un hito fundacional de esta nueva etapa fue el traslado de la sede sindical, desde su antigua casa en Colonia y Arenal Grande a la actual, en bulevar Artigas 1569, en 1993. Este acontecimiento se dio luego de largas discusiones, y marcó el inicio de una nueva etapa.



ATILIO MORQUIO

En los albores del nuevo milenio, el SMU puso especial énfasis en la lucha salarial a través de la profesionalización de la negociación colectiva.

A partir de 1989, 1990, se dio un proceso de tecnificación de la negociación colectiva, con profesionales que dominaban el tema económico. Por entonces se dieron asambleas muy numerosas, en las que los médicos mostraban un gran compromiso. Y hubo negociaciones complicadas, como cuando casi de da la separación del Sindicato y la Sociedad Anestésico Quirúrgica.⁴³

Los conflictos salariales estuvieron, en esta última etapa, a la orden del día. Pasada la dictadura cívico-militar, los ingresos del personal médico permanecieron sumergidos, especialmente los de quienes trabajaban en el sector público, donde las diferencias eran notorias. La crisis de principios de la década de 2000, que trajo consigo el cierre de mutualistas, no hizo más que ahondar la problemática.

Fuimos uno de los sectores, si no el que más, que tuvo pérdida de salario real en la crisis. Con la pérdida de salario real que tuvimos en el 2000 estuvimos siete, ocho años, para llegar al mismo nivel que habíamos arrancado. Antes se firmaban todos los convenios pero no respetaban ninguno. En esa época hubo instituciones con ocho, nueve meses de atraso salarial. Y luego hubo un conflicto, 2005-2006, y después tuvimos el conflicto grande de 2007-2008, con la firma de un convenio salarial. Un conflicto largo. Con una movilización muy importante, y con protagonismo de la parte de los funcionarios médicos de ASSE, que fue relevante. De los conflictos grandes que tuvo el Sindicato fue de los más importantes. Se puso en plano al médico de ASSE.⁴⁴

Pero la negociación salarial, aunque importante, no es el único tema de interés en la lucha contemporánea del Sindicato. Una larga tradición en la brega por la consolidación de mejoras en el trabajo médico, en la colegiación y en el acceso universal a la salud comenzó a dar sus frutos, no sin encontronazos y pequeños retrocesos.

La Octava Convención Médica (2004) y, especialmente, los encuentros de Solís (1999, 2002 y 2006) sirvieron, por ejemplo, para encaminar el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Si la Convención fue importante desde el punto declarativo, los encuentros del balneario Solís propiciaron ámbitos de debate interno, de valiosas discusiones, enfocadas en los aspectos técnicos de lo que debía ser el SNIS. Así, los primeros encuentros sirvieron para afinar los mecanismos de financiación del sistema.

No alcanza con trabajar en el mejor lugar si tu salario es horrible, que puede pasar, y tampoco alcanza con trabajar en un lugar muy bueno desde el punto de vista del desempeño profesional, y con un buen salario, si el sistema no funciona. Si no podés abordar al paciente, sufriendo una determinada dolencia, en un determinado contexto social y darle una respuesta integral. Por eso es la necesidad del abordaje, del análisis del sistema. Eso es lo que pasó con los encuentros de Solís. Había que cambiar el sistema, no podíamos vivir con las mutualistas como se generaron en el siglo XIX, y que seguían funcionando como tales, y se trabajó muchísimo desde esta casa para tener el Sistema Nacional Integrado de Salud. Que trajo aparejadas muchas cosas, porque atrás de un sistema a plano entre instituciones públicas y privadas, toda la inversión pública per cápita en usuarios del sector privado, vienen condiciones de trabajo similares en ambos sectores, porque a igual trabajo, igual remuneración.⁴⁵

Un hecho necesario y doloroso: la escisión Casmu-SMU

La escisión Casmu-SMU fue un acontecimiento necesario para la supervivencia de ambas instituciones, pero no por ello menos doloroso.

Si la fundación del Casmu, en 1935, apuntó (y consiguió) combatir el mutualismo tradicional, ofreciendo la mejor medicina y en las condiciones óptimas que la época dictaban, con el cambio de siglo la situación era diferente e imponía soluciones radicales.

Tras la Ley de Negociación Colectiva, el SMU no podía acudir a los consejos de salarios en calidad de empleado y empleador. «Siempre nos complicó el CASMU. Siempre fue un peso hacia el Sindicato, cada vez que uno iba a negociar tenía que ir pensando en el CASMU, porque toda negociación podía afectarlo económicamente. No se decía, pero se pensaba».⁴⁶

Existía una contradicción, para el sindicato, en presentarse a negociar ante el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social con reclamos que podían perjudicar a la empresa, que era de la misma institución.

Madurar que había que separarse es doloroso, pero necesario para crecer. Eso, institucionalmente, fue tremendo, porque había intereses corporativos, dinero, detrás de la separación de una institución que manejaba la salud de 230.000 personas y que mueve millones de dólares por año. Dejar de ser los dueños de eso. Eso lo logró gente que, pensando políticamente distinto, compartía esa visión. Que la salud de esta institución, desde el punto de vista de su naturaleza gremial y sindical, pasaba por separarse. Y se separaron. Hubo mil problemas, claro, pero eso, para mí, es una demostración de la madurez histórica de esta institución, que supo crearlo, quererlo y cuidarlo como a un hijo, era la

razón de ser de esta casa, prácticamente, y se cortó ese cordón umbilical.⁴⁷

La ruptura con el Casmu llevó a repensar al propio sindicato. Por un lado, dejaba de contar con una institución que, más allá de sus problemas financieros y de gestión, era un emblema en materia de salud (no es difícil encontrar usuarios del Casmu, que, al día de hoy, sostienen orgullosamente que su mutualista es «el Sindicato») y, por el otro, dismantelar un sistema que, si bien fue pensado con buen tino, era pernicioso en las últimas décadas. Por citar solo un ejemplo, para ser médico del Casmu, un profesional estaba obligado a estar afiliado al SMU, por lo que la gremial contaba con muchos socios cautivos. Al romperse el nexo entre las dos instituciones se perdió una parte de la masa social, y fue un nuevo desafío (lo sigue siendo) que los profesionales que lo abandonaron y los que iban incorporándose a la actividad reconocieran en el SMU a su representante natural, se identificaran con él y se asociaran.

Mejoras de las condiciones de trabajo alta dedicación

Todo trabajador merece un salario digno, y el SMU ha luchado durante un siglo para que esto suceda. No obstante, fue difícil pelear con prácticas y costumbres arraigadas. El nuevo milenio heredó el multiempleo, y era normal que un médico cumpliera jornadas extenuantes saltando de un centro de atención al otro.

La pelea en los últimos 20 años fue por la reforma del trabajo médico concebido de una manera humana. El médico es, además de un profesional,

una persona en un entorno social y familiar. Esto, que parece una tontería, no era visto de esa manera hasta hace no mucho, y el SMU ha bregado por:

generar condiciones para que el médico sea el mejor ser humano posible. Ese es el centro de la acción de esta institución. Lo fue siempre, y lo es más en esa historia reciente. No alcanza con las reivindicaciones salariales, porque todos los logros que se ganaron, las mejoras del salario del sector público, que estaba híper sumergido respecto de los otros hace algunos años, no alcanza con ganar bien, si para ganar bien tenés que trabajar 24 horas cinco días a la semana.⁴⁸

A través del convenio salarial de 2012 se puso en marcha la reforma del trabajo médico que, a través del acuerdo con el Gobierno y las empresas, generó los cargos de alta dedicación. Estos cargos pretenden llevar al mercado laboral del médico la racionalidad de un ser humano con derechos, como cualquier trabajador.

Los datos fríos ratifican que los médicos mueren más jóvenes, postergan la maternidad o paternidad, se divorcian más.

Nosotros empezamos a trabajar la reforma del trabajo médico, combatiendo eso. Intentamos que el médico que se recibe tenga un cargo de 40/48 horas semanales, en el mismo lugar de trabajo. Y con una buena retribución, porque si analizás la distribución de la masa salarial y dividís la población médica por quintiles, el quintil más joven se mueve con el 0,1% de la masa salarial. Tratamos de que esa población tenga buenos salarios, con trabajo racional. Es un gran desafío, y casi una visión obsesiva del SMU, el poder dar condiciones de trabajo dignas, razonables, que compatibilicen la vida privada con la vida profesional.⁴⁹

En la actualidad hay unos 1.700 cargos de alta dedicación, y el ideal es que todo el universo médico funcione de esa manera, trabajando en un solo lugar, siendo polifuncional, atendiendo menos pacientes por hora y formándose de manera continua.

Hay dos banderas fundamentales que el SMU levanta en esta última época, que son los cargos de alta dedicación, de dotar de mayor pertenencia, mayor tiempo y mejor pago, y un hecho que es muy sentido para los colegas médicos, que es el número de pacientes por hora. Eso parece menor, pero para mucha gente es de extrema importancia.⁵⁰

El futuro ya llegó

Las luchas, las reivindicaciones, los logros (y también los fracasos) forman parte del acervo del SMU. Si la reforma del trabajo médico, las mejoras salariales, la disminución de pacientes por hora, la puesta en funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud, son galones que el sindicato puede exhibir con orgullo, pueden anotarse, además, la Caja de Auxilio, el Fondo de Retiro y el Fondo de Responsabilidad Civil que hacen también parte de esta historia.

Pero el futuro es cada vez más cercano, y el tiempo es más veloz.

La medicina de este siglo tiene tres características: está salarizada, está desacralizada, en el sentido de que se perdió la santidad en el marco de relacionamiento, y es feminizada. Y la medicina a distancia, con la que hay que tomar recaudos y darle un marco ético, es otro capítulo para el que nos tenemos que preparar. Esos son los desafíos que nos están

apareciendo en el horizonte. Y otros que no imaginamos. Esta pandemia nos cambió el marco.⁵¹

Si algo tenemos que transmitir sobre la historia reciente del SMU es que, en un proceso de continuidad histórica en cuanto a la capacidad de aportar a la sociedad, en todo lo que se refiere a la salud, no solamente eso no se perdió, sino que se potenció. Si miro la historia de los últimos 20 años, y veo las conducciones, y hablo de todo el Comité Ejecutivo, y no solo de sus presidentes, creo ver que la institución avanzó hacia la profesionalización para el cometido de las funciones, sin perder sus raíces; sin perder la mística, sin perder la sensibilidad social, pero entendió, y lo fue desarrollando a lo largo de los años, que para cumplir mejor sus objetivos, para el médico como individuo, había que generar estructuras profesionales que dieran continuidad a los procesos.⁵²

Hoy, a las preocupaciones de siempre se añade la relación médico-paciente, un cambio de paradigma por el que el Sindicato viene bregando desde larga data, centrada en la salud, la prevención y la calidad de vida permanente, además de la obvia atención de distintas enfermedades. Ya no se puede concebir aquella antigua relación de cuño netamente paternalista y asistencialista, sino una basada en la corresponsabilidad de las partes, donde prime el respeto al derecho de la persona a su autodeterminación, con el sustento de la confianza y la visión humanista.

Por ello, el SMU, junto a la Organización Médica Colegial de España, la Confederación Médica Iberoamericana y del Caribe y la Asociación Médica Mundial, viene bregando porque esa relación, entendida de esta forma, sea declarada Patrimonio Inmaterial de la Humanidad por parte de la Unesco. La salud es un derecho humano fundamental y debe ser protegida por el Estado y sus gobiernos, del signo que sean, sin recortes ni quitas

presupuestales, no solo al sistema sanitario, sino a la inversión en conocimiento, ciencia y tecnología.

Esa tecnología es la que permite (y más especialmente en un año atravesado por la pandemia) que las asambleas se realicen a través de las plataformas digitales.

Las asambleas, que antes eran multitudinarias, con los cambios en la sociedad, que estamos todos cómodos, militar y venir a asambleas a pelear con el gobierno o con Asse por el presupuesto es difícil. Eso lo podemos hacer ahora por Zoom.

Y así como hacemos eso, hicimos un congreso médico virtual, donde discutimos todas esas cosas. Permanentemente tiramos a la sociedad temas de discusión, en especial temas sanitarios. La eutanasia se discute en el mundo, ¿quién tiene que poner el tema en la mesa? ¿La iglesia? Sí, con su visión. Nosotros ponemos el tema en la mesa, y tenemos nuestra posición, dividida, con la persona como centro. Una agenda de derechos: eutanasia, interrupción voluntaria del embarazo, todos los movimientos LGTB, trabajamos con Nada crece a la sombra, sensibilidad social. Esta organización, como colectivo, no puede perder la sensibilidad social. Si no, nos transformamos en un grupo de profesionales corporativos y egoístas.⁵³

Pero las conquistas no caen del cielo, y es preciso que el colectivo médico se involucre en las discusiones, participe, que sienta al sindicato como propio.

Hay, claro está, temas pendientes, que el Sindicato no puede barrer bajo la alfombra y que enfrenta y enfrentará asumiendo su responsabilidad. Inequidad de género en la profesión, desafíos a la ética y la bioética, perfeccionamiento de la formación médica, fortalecimiento de la relación

con el conjunto de la sociedad. Desde allí, con el peso de su historia, el SMU mira hacia el futuro.

PRESIDENTES DEL SMU

Primera época

1. Dr. Augusto Turenne
(setiembre 1920 - junio 1922)
2. Dr. Luis Morquio
(julio 1922 - mayo 1924)
3. Dr. Roberto Berro
(junio 1924 - mayo 1925)
4. Dr. Emilio San Juan
(junio 1925 - junio 1926)
5. Dr. José Bonaba
(junio 1926 - mayo 1927)
6. Dr. José F. Arias
(junio 1927 - julio 1929)
7. Dr. Eduardo Martínez
(julio 1929 - setiembre 1930)

Segunda Época

8. Dr. José Alberto Praderi
(octubre 1930 - abril 1931)
9. Dr. Pablo F. Carlevaro
(abril 1931 - octubre 1931)
10. Dr. Elías Regules
(noviembre 1931 - mayo 1932)

11. Dr. Julio C. García Otero
(enero 1993 - febrero 1933)
12. Dr. Ricardo Bastos Peltzer
(febrero 1933 - diciembre 1933)
13. Dr. Abel Chifflet
(diciembre 1933 - mayo 1934)
14. Dr. Julio C. Estrella
(mayo 1934 - noviembre 1934)
15. Dr. Eduardo A. Schaffner
(noviembre 1934 - abril 1935)
16. Dr. Francisco Araucho
(mayo 1935 - mayo 1936)
17. Dr. Abel Chifflet
(mayo 1936 - mayo 1937)
18. Dr. Fernando Rossi
(mayo 1937- mayo 1938)
19. Dr. Enrique F. Llovet
(mayo 1938 - mayo 1939)
20. Dr. José A. Gallinal
(mayo 1939 - mayo 1940)
21. Dr. Francisco Araucho
(junio 1940 - junio 1941)
22. Dr. Ernesto Stirling
(junio 1941 - junio 1942)
23. Dr. Héctor Franchi Pade
(julio 1942 - mayo 1943)
24. Dr. Elías Regules
(h.) (julio 1943 - mayo 1944)

25. Dr. Eugenio Fulquet
(junio 1944 - junio 1945)
26. Dr. Frank A. Hughes
(agosto 1945 - julio 1946)
27. Dr. Pablo F. Carlevaro
(agosto 1946 - noviembre 1947)
28. Dr. José A. Praderi
(noviembre 1947 - agosto 1948)
29. Dr. Manuel Ambrosoni
(setiembre 1948 - julio 1948)
30. Dr. José P. Migliaro
(agosto 1949 - julio 1950)
31. Dr. Camilo Fabini
(agosto 1950 - noviembre 1950)
32. Dr. Juan J. Crottogini (vicepresidente)
(diciembre 1950 - febrero 1951)
33. Dr. Omar Tapella
(interinato)
(marzo 1951 - junio 1951)
34. Dr. Omar Tapella
(julio 1951 - mayo 1952)
35. Dr. José Suárez Meléndez
(junio 1952 - junio 1953)
36. Dr. J. Alberto Castro
(junio 1953 - julio 1954)
37. Dr. Rodolfo Tiscornia
(agosto 1954 - julio 1955)

38. Dr. César V. Aguirre
(agosto 1955 - agosto 1956)
39. Dr. Ignacio T. Carrera
(agosto 1956 - setiembre 1957)
40. Dr. Rodolfo Tiscornia
(setiembre 1957 - julio 1958)
41. Dr. Walter García Fontes
(agosto 1958 - julio 1959)
42. Dr. Constancio Castells
(julio 1959 - junio 1960)
43. Dr. Walter Fernández Oria
(junio 1960 - marzo 1961)
44. Dr. Omar Barreneche
(marzo 1961 - mayo 1961)
45. Dr. José Suárez Meléndez
(junio 1961 - mayo 1962)
46. Dr. Rubens Mosera
(abril 1962 - junio 1962)
47. Dr. Omar Barreneche
(junio 1962 - junio 1963)
48. Dr. José P. Ibarra
(junio 1963 - junio 1964)
49. Dr. Rubens Mosera
(junio 1964 - julio 1965)
50. Dr. Atilio Morquio
(julio 1965 - junio 1966)
51. Dr. Eduardo Navarrete
(junio 1966 - junio 1967)

52. Dr. José P. Saralegui Buela
(junio 1967- julio 1968)
53. Dr. Jorge Ernesto Dubra
(julio 1968 - julio 1969)
54. Dr. Omar Barreneche
(julio 1969 - junio 1970)
55. Dr. Julio César Ripa
(junio 1970 - junio 1971)
56. Dr. Omar Barreneche
(junio 1971 - mayo 1972)
57. Dr. Orlando Manuel Pereira
(mayo 1972 - junio 1973)
58. Dr. José Pedro Cirillo
(junio 1973 - octubre 1975)

Intervención

Época actual

58. Dr. José Pedro Cirillo
(enero 1985 - junio 1985)
59. Dr. Roberto Avellanal
(junio 1985 - mayo 1986)
60. Dr. Omar Etorena
(mayo 1986 - mayo 1987)
61. Dr. Alberto Cid
(mayo 1987 - octubre 1989)
62. Dra. Graciela Dighiero
(vicepresidenta)
(octubre 1989 - mayo 1990)

63. Dra. Graciela Dighiero
(mayo 1990 - mayo 1991)
64. Dr. Rodolfo Méndez Chiodi
(mayo 1991 - mayo 1993)
65. Dr. Rodolfo Méndez Chiodi
(mayo 1993 - mayo 1995)
66. Dr. Jorge Lorenzo Otero
(mayo 1995 - junio 1997)
67. Dr. Juan Carlos Macedo
(junio 1997 - mayo 1999)
68. Dr. Juan Carlos Macedo
(junio 1999 - mayo 2001)
69. Dr. Barrett Díaz Pose
(junio 2001 - mayo 2003)
70. Dr. Marcos Carámbula
(junio 2003 - enero 2005)
70. Dr. Alarico Rodríguez
(febrero 2005 - mayo 2005)
71. Dr. Jorge Lorenzo Otero
(junio 2005 - mayo 2007)
72. Dr. Alfredo Toledo
(junio 2007 - abril 2009)
72. Dr. Eduardo Ferreira
(abril 2009 - mayo 2009)
73. Dr. Julio Trostchansky
(junio 2009 - mayo 2011)
74. Dr. Martín Rebella
(junio 2011 - mayo 2013)

75. Dr. Julio Trostchansky
(junio 2013 - mayo 2015)
76. Dr. Julio Trostchansky
(junio 2015 - mayo 2017)
77. Dr. Gustavo Grecco
(junio 2017 - mayo 2019)
78. Dr. Gustavo Grecco
(junio 2019 - mayo 2021)
79. Dra. Zaida Arteta
(2021 - 2023)

- 1 Pou Ferrari, Ricardo (2005). *Profesor Augusto Turenne. Fundador de la obstetricia social en el Uruguay*. Montevideo: SMU, pág. 10.
- 2 *Idem*, pág. 22.
- 3 *Idem*, pág. 31.
- 4 Gorlero Bacigalup, Ruben, Fragmentos de la conferencia pronunciada con motivo del «66 Aniversario» de la Asociación Médica del Uruguay, pág. 6, disponible en: www.smu.org.uy
- 5 Rojas Beltrán, Ramón (1990). *Historia del Gremialismo Médico del Uruguay*. Santiago de Chile: Edición del autor, pág. 18.
- 6 *Idem*, pág. 17.
- 7 Bonino Gayoso, Nicolás; García Repetto, Ulises (2012). *Inicios de la protección a los trabajadores desempleados en Uruguay (1904-1958): La jubilación por despido*, Serie Documentos de Trabajo DT 24/12. Montevideo: Instituto de Economía, pág. 5.
- 8 Rojas Beltrán, *op. cit.*, pág. 4.
- 9 Reyes Abadie, Washington; Melogno, Tabaré (2001). *Crónica General del Uruguay*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental. Segunda edición, tomo VII, volumen II, pág. 111.
- 10 Rojas Beltrán, *op. cit.*, pág. 19.
- 11 *Ibidem*.
- 12 *Idem*, pág. 17

- 13 *Idem*, pág. 18.
- 14 *Idem*, pág. 20.
- 15 *Idem*, pág. 21.
- 16 *Idem*, pág. 112.
- 17 *Idem*, pág. 113.
- 18 De Salterain, Joaquín (1921). *El Ministerio de Salud Pública. Conferencia dictada en el Sindicato Médico del Uruguay*. Montevideo: Tipográfica La Industrial. pág. 13.
- 19 Curso de formación sindical. Recuperado de: www.smu.org.uy
- 20 Quintela, Manuel (1924). *El Hospital de Clínicas. Conferencia del ciclo 1924 en el Sindicato Médico del Uruguay*. pág. 8. Recuperado de www.smu.org.uy
- 21 Zerbino, Víctor. (1922). *Honorarios médicos. Conferencia leída en la 5.ª Reunión Sindical*. Recuperado de www.smu.org.uy pág. 2
- 22 Wilson, Eduardo; Nowinski, Aron; Turnes, Antonio L.; Sánchez, Soledad; Sierra, Jorge (2011). *Hospital de Clínicas de Montevideo. Génesis y realidad*. Montevideo: Laboratorios Bioerix, pág. 86.
- 23 *Idem*, pág. 97.
- 24 *Idem*, págs. 192-193.
- 25 De Salterain, *op. cit.*, pág. 11.
- 26 Turnes, Antonio L. (2008). *El Ministerio de Salud Pública en el Uruguay*, pág. 2. Montevideo. Recuperado de: www.smu.org.uy
- 27 *Idem*, pág. 2
- 28 Figueredo, Magdalena; Alonso, Jimena; Nóvoa, Alejandra (2004). *Breve historia del movimiento estudiantil del Uruguay*, pág. 2. Montevideo. Recuperado de es.calameo.com
- 29 A. A. (s/f) *Asociación de Estudiantes de Medicina (AEM) 1915 - actualidad*, pág. 1. Recuperado de historiasuniversitarias.edu.uy
- 30 *Idem*, pág. 2.
- 31 Reyes Abadie, Melogno, *op. cit.*, pág. 113.
- 32 Turnes, Antonio L. (2010). «90 años de realizaciones», *Revista Noticias*, N.º 157, pág. 38. Montevideo.
- 33 Rojas Beltrán, *op. cit.*, pág. 29.
- 34 Carlevaro, Domingo; Carlevaro, Emilia M. (s/f) *Revista Acción Sindical*, s/d, citada en *Médicos Uruguayos Ejemplares*, tomo II, Horacio Gutiérrez Blanco (comp.) Capítulo 41, «Pablo F. Carlevaro (1886-1949)», pág. 281.
- 35 A. A. *Código de Ética Médica* (1995), pág. 3. Recuperado de: www.sermedico.com.uy
- 36 A. A. (s/f). *Código de Montpellier*. Recuperado de: www.smu.org.uy
- 37 A. A. *Conclusiones de la Encuesta sobre negociación colectiva y servicios del SMU*, (2018), realizada por Equipos Consultores. Recuperado de www.smu.org.uy
- 38 A. A. *El Sindicato Médico del Uruguay realizó una encuesta sobre las condiciones de trabajo en las puertas de emergencia*. (2019). Recuperado de www.teledoce.com

- 39 A. A. *El 82% de los uruguayos está de acuerdo con la eutanasia y el 62% con el suicidio asistido según encuesta realizada por SMU.* (2020) Recuperado de www.smu.org.uy
- 40 Pou Ferrari, Ricardo (2006). «Juan José Crottogini (1908-1996)». *Médicos uruguayos ejemplares*, tomo III. págs. 514-521. Montevideo: SMU. Recuperado de: www.smu.org.uy
- 41 Turnes, Antonio L. (2008). *Atilio F. Morquio Yéregui (1919-1990)*, pág. 6. Montevideo: SMU. Recuperado de: www.smu.org.uy
- 42 *Idem*, págs. 8-9.
- 43 Dr. Gerardo Eguren. Conversación con el autor.
- 44 Dr. Eduardo Figueredo. Conversación con el autor.
- 45 Dr. Gustavo Grecco. Conversación con el autor.
- 46 Dr. Gerardo Eguren. Conversación con el autor.
- 47 Dr. Gustavo Grecco. Conversación con el autor.
- 48 Dr. Gustavo Grecco. Conversación con el autor.
- 49 Dr. Gustavo Grecco. Conversación con el autor.
- 50 Dr. Eduardo Figueredo. Conversación con el autor.
- 51 Dr. Eduardo Figueredo. Conversación con el autor.
- 52 Dr. Gustavo Grecco. Conversación con el autor.
- 53 Dr. Gustavo Grecco. Conversación con el autor.

| CAPÍTULO 2 |

Las Convenciones Médicas Nacionales y los aportes a la agenda sanitaria



Las primeras convenciones (1939 - 1972)

Las convenciones médicas nacionales, que se desarrollan a instancias del Sindicato Médico desde 1939, han estado a la vanguardia de la medicina y las políticas de salud a lo largo de las últimas siete décadas, aunque la mayoría de las veces sus propuestas debieron esperar largos años para llevarse adelante. Si bien son convocadas por el SMU, las Convenciones cuentan con la participación de otras gremiales, como fue en su momento el Colegio Médico y, desde su creación, la Federación Médica del Interior (FEMI), enriqueciendo el aporte sobre la realidad profesional y dotando a sus declaraciones de ópticas diversas.

La I Convención Médica Nacional (CMN) se realizó en 1939, pero sus inicios se remontan a 1936, cuando el Dr. Carlos María Fosalba propuso, en el seno del sindicato, llevar adelante un «congreso médico nacional», para que los profesionales de todo el país expresaran sus puntos de vista, y que tuviera resonancia nacional.

Aquel primer encuentro fue planificado por una Comisión Organizadora, que luego se convirtió en Comisión Permanente, con el objeto de dar a conocer las conclusiones de las jornadas y gestionar esos temas hasta la convención siguiente. Ese mecanismo con el tiempo cayó en desuso:

debido a la pluralidad de las actividades que los dirigentes médicos debían realizar, fundamentalmente en la gestión de sus instituciones, en la negociación con las autoridades del Estado para el trámite legislativo, o para atender en lo cotidiano la reclamación de sus respectivos

colectivos en instancias de rápidos cambios en el ámbito de trabajo, además de sus compromisos profesionales.⁵⁴

Lo cierto es que, desde la primera CMN se marcaron pautas que tuvieron que ver no solo con el quehacer médico, tanto desde el desarrollo de la profesión como desde su inserción en la sociedad, sino también con el desarrollo de la vida del país en su conjunto. Como apuntó Turnes, «la reunión de las Convenciones ha demostrado ser, cuando se utilizó adecuadamente, un punto de apoyo indispensable para la palanca de promover los cambios, que en cada momento histórico dirigieron su mirada hacia temas diferentes, aunque conexos».⁵⁵

La CMN de julio de 1939 se centró en el debate y análisis de cinco temas: 1) Los médicos funcionarios y el Estado. 2) El problema del mutualismo. 3) La situación del médico en campaña. 4) El médico y la clientela privada. 5) Relaciones profesionales entre médicos.

La primera convención concluyó, sobre el primer punto, que era necesaria la participación del médico en los niveles dirigentes técnicos y en los tribunales de Salud Pública. Además, abogó por que la provisión de cargos fuera realizada por concurso creando un escalafón, y que en la dirección de los hospitales la función de director fuera cumplida por un médico. También propuso el aumento de la cantidad de médicos funcionarios de los centros de asistencia del Estado, sin perjuicio de una mejor remuneración en todos los cargos, así como obtener mejoras en las condiciones de trabajo, tanto en lo locativo como en lo instrumental y terapéutico.

En cuanto al «problema del mutualismo», la convención analizó un informe en el que se distinguían diversos tipos de organizaciones mutuales: las comerciales y patronales, que «debían desaparecer», y las de colectividades y CASMU, que debían reglarse en lo tarifario y salarial, así

como reformar la cantidad de pacientes por médico, la incorporación de médicos delegados en sus directivas y el ingreso a los cargos por concurso. En estos casos, el Estado debía cumplir una función fiscalizadora.⁵⁶

Sobre la situación del médico rural, la convención desnudó las condiciones en que se desempeñaban los profesionales: un medio empobrecido, con una merma en la clientela privada y un aumento de la presencia de la Salud Pública, en un ambiente de ignorancia, precariedad de la vivienda y mala alimentación, y sugirió apostar a la permanencia de los sindicatos locales, así como a fomentar el perfeccionamiento científico y docente de los médicos de las zonas rurales, a través de becas, trabajos en la Facultad de Medicina y estadías de perfeccionamiento en Montevideo.⁵⁷

Acercas de la relación del médico y la clientela privada, la Convención puso el acento en la desocupación del sector y en la lucha por la competencia desleal, a merced de curanderos y falsos médicos.⁵⁸

El último de los temas tratados tuvo que ver con la deontología, y en él se puso énfasis a que «organismos oficiales y gremiales le den importancia al aspecto ético de la profesión». En ese sentido, la Convención concluyó en la necesidad de declarar «exigible» el Código de Montpellier, y de sancionar un Código Médico Nacional que lo incluyera. Sobre el mismo punto, se recomendó la creación de una Orden Médica única, para controlar la conducta ética de los médicos de todo el país «de manera imperativa».⁵⁹

La II Convención Médica Nacional, desarrollada entre agosto y setiembre de 1943, trató un vasto temario, que se organizó en tres secciones. En la primera de ellas se abordó la Medicina Profesional, con la presentación de numerosos trabajos: «La responsabilidad legal demandable en el ejercicio de la medicina, de la cirugía y de las profesiones afines»; la responsabilidad legal demandable en el ejercicio de los servicios auxiliares y del personal secundario; «Los Colegios Oficiales de Médicos en España»;

«La Orden de los Médicos» (un estudio del Dr. José Alberto Praderi, primer y extenso estudio sobre los mecanismos de control ético de la profesión médica); «Función asistente y función fiscal y administrativa»; «La Cátedra de Deontología»; «Desocupación Médica en el Uruguay»; «Docencia y acumulación de sueldos»; «La carrera promedio en doce años y el trabajo profesional del estudiante de Medicina»; «El ejercicio del practicantado de Medicina e Instituto de Estudios Psico-Técnicos y de Orientación Profesional».

La segunda sección tocó el apartado de los Seguros y otros temas de Medicina Social, en el que se expuso sobre el concepto y la evolución del seguro de enfermedad, consideraciones sobre el seguro de maternidad, el Ministerio de Salud y Previsión Social, los seguros sociales, el Seguro Social Obligatorio, los problemas estadísticos en la medicina social, la mortalidad infantil y la lucha antivenérea en Uruguay.

El tercer apartado estuvo dedicado a los Servicios de Salud en la zona rural, y allí se analizó la labor del Ministerio de Salud y el problema de la asistencia médica en la campaña.⁶⁰ Como puede notarse, varios de los temas tratados en la primera de las convenciones reaparecen en la segunda, algunos de ellos con mayor énfasis.

Seis años después, entre el 27 y el 31 de julio de 1949, la III Convención Médica Nacional abordó el siguiente temario: 1) Problemas de medicina asistencial y preventiva; 2) Colegiación profesional; 3) Colegiación médica; 4) Mutualismo; 5) Seguro social; 6) Retiro de los profesionales universitarios; 7) Jubilaciones médicas, 8) El último apartado se refirió a distintos temas, que motivaron comunicaciones: ejercicio profesional; honorarios médicos; Hospital de Clínicas; accidentes del trabajo profesional médico y medicina social; medicina del trabajo.⁶¹

Entre el 24 y el 25 de setiembre de 1955, la IV Convención Médica Nacional abordó un temario de cuatro puntos (Situación del médico en la ley de jubilaciones y pensiones de profesionales universitarios; Colegiación profesional obligatoria; El auto, instrumento médico de trabajo, y El médico ante los sistemas de Seguridad Social). Este último ítem, por su importancia, fue el tema oficial de la V Convención Médica Nacional, desarrollada entre el 29 de noviembre y el 2 de diciembre de 1956.⁶²

Esta nueva CMN trató, entonces, la problemática del Médico y la Seguridad Social, con siete subtemas: 1) Seguro de enfermedad y Seguridad Social; 2) Aspectos jurídicos y sociológicos de la Seguridad Social en general y del seguro de enfermedad en particular; 3) Aspectos económicos, financiación y administración del seguro social en general y del seguro de enfermedad en particular; 4) El médico ante el seguro de enfermedad; 5) Seguro de enfermedad y colegiación profesional; 6) Enseñanza y educación médico-social; y 7) Demografía médica.

Esta convención realizó una declaración sobre proyectos de seguro de salud o nuevos sistemas de seguridad social que comprendieran aspectos sanitarios. A la vez, aprobó, a instancias de la delegación estudiantil, la integración de un grupo de estudio de la realidad sanitaria nacional, y adhirió a la celebración del 3 de diciembre de cada año del Día del Médico (fecha instalada por la Confederación Médica Panamericana), con el compromiso de celebrar diversos actos conmemorativos en conjunto con la Facultad de Medicina y las instituciones gremiales médicas de todo el país.

También se propuso, con afán descentralizador, la realización de foros regionales, y que las convenciones médicas pudieran celebrarse en el interior.

Finalmente, la V Convención Médica Nacional efectuó una declaración en defensa de la selección técnica por concurso, exhortó al Senado de la

República a pronunciarse sobre un proyecto de ley de autos para médicos, «a precios razonables y justos», y reiteró su pronunciamiento favorable al retiro automático de los médicos al cumplir los 65 años de edad.⁶³

La VI Convención Médica Nacional se realizó entre el 14 y el 17 de diciembre de 1972, en el Balneario Solís. Esta convención tuvo la particularidad de haber sido la primera en implementar, en todo el país, asambleas zonales con el fin de instalar un debate previo y elegir convencionales, con un alto nivel de participación. En las convenciones anteriores, la inscripción era libre, por lo que participaban médicos de todo Uruguay por su sola voluntad.

La VI CMN centró sus jornadas en tres puntos: la estructura sanitaria y el Seguro Nacional de Salud; la Ley Orgánica de la Profesión Médica (para la que elaboró un anteproyecto de ley);⁶⁴ y la Jurisdicción Médica y el Estatuto de Trabajo Médico.⁶⁵

VII Convención Médica: El foco en la ética

Entre el 20 y el 22 de julio de 1984, sobre el final de la dictadura cívico-militar, se llevó a cabo la VII Convención Médica Nacional, que fue convocada por la Comisión Intergremial Médica (CIM) –dado que el SMU estaba intervenido por el gobierno de facto–, la FEMI y la Comisión Permanente de la VI Convención Médica Nacional.

Largamos juntos la convocatoria para la 7.^a Convención, antes de la muerte de Roslik, en la confitería La Liguria, en La Unión –recordó el Dr. Marcos Carámbula–. Hicimos la convocatoria y a la noche nos llevaron presos a [Carlos] Gómez Haedo y a mí, que éramos del SMU, a

[Gregorio] Martirena y Tabaré Caputi, que eran de la FEMI. ¿Cómo íbamos a largar una convocatoria a una convención médica en plena dictadura? Era por la ética de la profesión médica y por el sistema de salud, esos eran los grandes temas de la Convención.⁶⁶

Esta convención volvió a estar precedida por asambleas zonales en la capital y el interior que, en algunos casos, fueron multitudinarias, y fue la de mayor convocatoria, dato más que relevante teniendo en cuenta el contexto histórico.

El acto de apertura de aquella convención se llevó a cabo en el teatro del Círculo Católico, y la conducción del evento estuvo a cargo de Rubén Castillo.

Una convención convocada por el CIM-SMU, con apoyo de la FEMI. Estaba presidiendo el acto [José] Pepe D'Elía en nombre de la central [Plenario Intersindical de los Trabajadores, PIT, dado que la Convención Nacional de los Trabajadores, CNT, había sido ilegalizada en 1973], había médicos nicaragüenses, en aquellos momentos estaba en desarrollo la Revolución Sandinista, médicos progresistas de América Latina, gente de la cultura, y vuelven al país, con motivo de la Convención, [el doctor] Hugo Villar, a quien fuimos a buscar al aeropuerto en medio de una gran manifestación. Villar es el primero que vuelve al país, con motivo de la Convención Médica. Con gran temor. Hicimos una gran caravana que terminó en la Casa del Médico. Esa noche habló desde el balcón [el doctor Juan José] Crottogini [que había sido presidente del SMU], me tocó hablar a mí por la Convención Médica, y D'Elía. Imaginate lo que era el Sindicato Médico. Estaban representados todos los partidos. [El doctor] Roberto Rubio, que era el hombre más representativo del Partido Nacional, estaba [el general Víctor] Licandro, que había salido de la

cárcel, [el general Líber] Seregni ya había salido pero no fue, gente del Partido Colorado. El Sindicato convocó a toda la resistencia contra la dictadura. Veníamos del asesinato de [Vladimir] Roslik, estábamos en el 84, habían llevado presos a los estudiantes de Medicina en el 83. todavía se estaba dando esa lucha,⁶⁷ –dijo Carámbula.

La Convención se llevó a cabo en el gimnasio de la Asociación de Bancarios del Uruguay (AEBU), y centró sus discusiones sobre cuatro temas medulares: Universidad y Educación Médica; Política de Salud; Organización y papel del gremio médico y Trabajo médico.⁶⁸

En esa oportunidad se le hizo un gran homenaje a Roslik, y el otro capítulo fue el Sistema Integrado de Salud. Ahí se creó una comisión, se documentó la perspectiva del Sistema. La Mesa del Sistema de Salud estaba presidida por Atilio Morquio, que había sido presidente del Sindicato Médico y había vuelto del exilio en Venezuela. Y también las bases de la Ley de Salud Mental, que se aprobó ahora [ley N.º 19.529, de agosto de 2017], se hicieron en una comisión presidida por [el doctor Ángel María] Ginés y otros prestigiosos psiquiatras. Son tres patas increíbles de la séptima convención: la ética, el Sistema Integrado de Salud y la Ley de Salud Mental. También se habló del trabajo médico y todo lo demás, pero esas tres patas, en plena dictadura fueron, para mí, la gran cosa de la convención –señaló Carámbula.⁶⁹

En esa convención se creó también la Comisión Nacional de Ética Médica, integrada por el Colegio de Abogados del Uruguay, la FEMI y la CIM-SMU, que tendría un rol fundamental en el análisis y juicio de la conducta ética de médicos al servicio de la Policía y las Fuerzas Armadas durante el período dictatorial.



Apertura VII Convención Médica.

VIII Convención: Hacia el Sistema Integrado de Salud y la colegiación

Pasaron dos décadas hasta la Octava Convención Médica Nacional, cuyos plenarios se desarrollaron entre el 6 y el 7 de agosto de 2004. Esta octava convención volvió a tratar las temáticas referentes a las políticas de salud, trabajo médico, ética y colegiación médica y formación profesional.⁷⁰

Antes de esta convención se encargó a una consultora independiente una Encuesta Médica Nacional, que aportó datos de relevancia sobre las condiciones de trabajo y su vinculación con la salud de los profesionales, además de otros aspectos referentes a las políticas de prevención.⁷¹

La VIII Convención declaró, en relación a la salud y la atención médica, que esta «requiere la definición y aplicación de profundos cambios en la estructura, organización y financiamiento de los servicios, así como de atención», y abogó por una política de salud con recursos que aseguren su viabilidad:

determinada por el Estado, con la participación de los médicos y trabajadores de la salud, de los partidos políticos y de las demás estructuras representativas de la comunidad, de forma tal de asegurar su vigencia en el mediano y largo plazo, con características de política de Estado.⁷²

En el mismo sentido, se pronunció a favor de la salud como derecho constitucional de los habitantes, con posibilidad de acceso igualitario, con independencia de la situación socioeconómica, y destacó que es competencia «indelegable» del Ministerio de Salud Pública un sistema de competencias, que incluya las funciones de normatización, control, vigilancia epidemiológica y policía sanitaria.

Sobre el trabajo médico, la convención reiteró las malas condiciones del trabajo médico, que «conspiran contra una actividad vocacional y económicamente satisfactoria».⁷³ Por ello, propuso un Estatuto del Trabajo Médico, que contemplara remuneraciones definidas en Consejo de Salarios tripartito y con retribuciones mixtas; priorización del primer nivel de atención; retiro médico obligatorio con una remuneración adecuada y el análisis y solución de la problemática del desempleo y subempleo médico.⁷⁴

La convención también lamentó la ausencia de la colegiación médica obligatoria establecida por una norma legal, y recordó que los códigos de ética se aplicaban, hasta ese momento, de forma exclusiva a los afiliados al

SMU y la FEMI, y declaró que «la colegiación médica es un mecanismo de autorregulación necesario para la práctica médica, que asegura un marco deontológico que preserva a la sociedad del riesgo del corporativismo».⁷⁵ Asimismo, señaló que «así como el Sistema de Salud debe guardar coherencia con los principios de la bioética, el médico, en su práctica cotidiana, debe garantizar un ejercicio libre de todo interés espurio».⁷⁶

La octava CMN resolvió declarar la salud como prioridad nacional, y encomendó a la Comisión Permanente difundir la declaración entre los trabajadores de la salud, organizaciones sociales, políticas y estructuras de gobierno, con el fin de «cristalizar cambios que permitan que la salud se constituya efectivamente en un derecho vigente para todos los habitantes del país».⁷⁷

Como legado de la octava Convención, se destacan, entonces, las bases para la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud, la antigua propuesta del Colegio Médico Nacional, que consiguió su aprobación parlamentaria en 2009, y los aportes para la reforma del trabajo médico.

IX Convención Médica Nacional: Mejora y transparencia del trabajo médico

La Novena Convención Médica Nacional, la última hasta la fecha, se realizó entre el 3 y el 4 de diciembre de 2013, y fue precedida por un intenso trabajo de acopio de información. Hubo, antes, una nueva encuesta médica nacional, un estudio de opinión pública y un estudio cualitativo con profesores grado 4 y 5 de la Facultad de Medicina. Además, se abrió la discusión a través de actividades y foros en las redes sociales que involucraron a miles de médicos, y se organizaron cuatro grupos de

expertos, con la participación de 76 profesionales de distintas especialidades y ámbitos de trabajo, que construyeron un consenso sobre los ejes temáticos. Sumados a estos insumos, se contó con la colaboración de un equipo de expertos internacionales que fortaleció el debate con el respaldo académico y la perspectiva internacional en el tema de la calidad.⁷⁸

La convención abordó cuatro ejes temáticos: 1) Mejora del modelo de práctica en la atención médica; 2) Incorporación de nuevas estrategias a nivel de la formación de recursos humanos de excelencia; 3) Mejora de las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud en pos de una mejor calidad de atención, y 4) Transparencia en el reporte de resultados de la atención médica y rol del usuario en el sistema de salud.

Sobre el primero de los puntos, la convención estimó que la mejora de la calidad de los servicios debe apuntar a desarrollar modelos de atención que cumplan con los aspectos de accesibilidad, seguridad, oportunidad, eficiencia y enfoque en el paciente. Sobre este particular, de la encuesta médica realizada para la oportunidad, era insoslayable que apenas el 25% de los médicos evaluaba como muy buena la atención que recibían sus pacientes. Por ese motivo, llamó a buscar estrategias en pos de mejorar la calidad de atención.

En ese sentido, propuso la coordinación de la atención entre los distintos niveles, optimizando la relación entre el primer nivel de atención y el resto de los niveles, articulados a través de redes integradas de servicios de salud. Además, instó a fortalecer la estrategia de atención primaria de salud, crear centros de referencia con la promoción de las mejores prácticas en la atención de ciertas patologías, y a desarrollar intervenciones que mejoren la participación, transparencia y proactividad de los profesionales, en pos de una mayor seguridad, mejorando la cultura organizacional.⁷⁹

En cuanto al segundo punto, la convención reconoció las virtudes, pero señaló las debilidades del Programa Nacional de Residencias Médicas, y sobre el particular señaló su diseño jurídico y forma de financiamiento, la dedicación no exclusiva, las debilidades vinculadas a programas académicos, su centralización en el sector público y concentrado en la capital, y las dificultades en la acreditación de los servicios para lograr estándares académicos mínimos, entre otras.

El informe de la Convención señaló que, desde la creación del Grupo de Trabajo Interinstitucional Permanente (GTIP), encabezado por el Colegio Médico, se impulsó el desarrollo profesional médico continuo, así como la necesidad de avanzar en la recertificación profesional. No obstante, concluyó que hasta el momento no se había logrado avanzar sistemáticamente sobre esos aspectos. Además, mencionó el «deterioro extremo» del Hospital Universitario, que actuaba en perjuicio de la formación de excelencia y la investigación.

Para el caso, la convención propuso reformular el Programa Nacional de Residencias Médicas, desarrollar un programa nacional de recertificación médica, reconvertir el Hospital de Clínicas y crear una red nacional de hospitales públicos acreditados para cumplir funciones universitarias, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.

El tercer punto fue un tema presente en todas las convenciones médicas. La mejora de las condiciones de trabajo de los médicos es un antiguo reclamo, y esta novena convención estimó que la falta de planificación de las necesidades de recursos humanos, así como la organización del propio trabajo médico perjudican el ejercicio profesional y debilitan la autonomía.

La convención propuso, entonces, en sintonía con la reformulación del Programa Nacional de Residencias Médicas, la planificación de las necesidades de recursos humanos en todo el territorio, y la universalización

de las residencias médicas, así como el desarrollo de incentivos financieros y no financieros para la radicación de profesionales, especialmente en el interior y en las zonas rurales. En el mismo sentido, apeló a la concentración del trabajo médico, con creación de cargos de alta dedicación en todas las especialidades, para combatir el multiempleo.

En cuanto a la transparencia en el reporte de resultados, la Convención subrayó la importancia de avanzar en la informatización de las organizaciones de salud, especialmente en las áreas clínicas. Para ello, destacó los recursos aportados por las tecnologías de la información (TIC) como forma de construir indicadores para evaluar el desempeño y la efectividad de las organizaciones de salud que forman parte del sistema sanitario.⁸⁰

De aquella I Convención Médica Nacional, celebrada en 1939 a impulsos del Dr. Fosalba, que en plena dictadura de Gabriel Terra propuso la realización de un «congreso médico» para discutir la realidad profesional del país, a la última, de 2013, corrió mucha agua bajo el puente. Hubo convención cuando el país transitaba inexorablemente hacia el autoritarismo, y la hubo cuando la dictadura cívico militar, debilitada pero no vencida, se resistía a entregar el poder. Sin embargo, la preocupación del gremio por una temática ligada a la práctica de la disciplina, pero nunca separada de los momentos históricos que le tocó transitar, fue siempre una constante. El SMU puede sentirse orgulloso de su compromiso centenario con la ética y la libertad.

Otros aportes a la agenda sanitaria: CIESMU, CES y los encuentros Solís I, II y III

El Sindicato Médico nunca fue una isla, sus preocupaciones trascendieron lo que estrictamente atañe a la colectividad profesional, y no se limitaron a los planteos de las convenciones.

Uno de los ejemplos de ello es la participación del Sindicato en la Concertación Nacional Programática (CONAPRO) (entre octubre de 1984 y marzo de 1985) que reunió a partidos políticos y organizaciones sociales y sindicales a la salida de la última dictadura cívico-militar para generar propuestas de políticas de Estado a aplicar una vez restaurada la democracia. En aquella Concertación, el SMU, como integrante de la Mesa de Trabajo del sector Salud ya bregaba por la instalación de un Sistema Nacional de Salud, sobre la base de una atención integral a la salud, con cobertura universal y equidad en las prestaciones y la financiación. Los postulados del Sindicato no diferían de las resoluciones de la VII Convención Médica.

Esos intereses e inquietudes cristalizaron, en 1992, en la creación del Centro de Investigaciones y Estudios del Sindicato Médico del Uruguay (CIESMU). Este organismo, de estudio y reflexión, trascendió al ámbito académico y realizó una serie de encuentros y jornadas interdisciplinarias, en las que se discutió el rol de la Salud en la sociedad actual, sus horizontes y la voluntad política para alcanzarlo.

Del mismo modo, el Centro de Estudios de Salud del Sindicato Médico del Uruguay (CES), creado en 2006, creó una estructura para el análisis técnico de distintos aspectos del ejercicio de la medicina en nuestro país.

El CES surgió como una herramienta generadora de insumos para el Ejecutivo, integrado por todas las agrupaciones del Sindicato. Además de su fructífera labor de discusión, el organismo publicó una serie de cuadernos, en los que se abordaban diversos temas profesionales, sociales y políticos. El CES se constituyó, en poco tiempo, en un centro de

investigación de referencia en las temáticas relacionadas con la medicina y la sociedad.

Otro de los grandes aportes del SMU a la discusión de la medicina y la sociedad fueron los eventos denominados Solís, Solís II y Solís III.

El primero de ellos, realizado entre el 13 y el 15 de agosto de 1999, sentó las bases para una propuesta de reforma del Sistema de Salud. En él se discutió la temática sobre la base de la coyuntura política y social del país hacia fines del siglo pasado, y culminó con una serie de recomendaciones para la modificación del sistema. Allí se hacía mención, entre otros puntos, a que el nuevo modelo sanitario debía abarcar, en su cobertura, a toda la población del país, y que este debía tener el carácter de ser «único, universal, equitativo, accesible, solidario, con calidad comprobada, que tienda a la promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de la salud, de acuerdo con la realidad epidemiológica». Asimismo, subrayaba la aspiración de desarrollar «un primer nivel de asistencia como hecho decisivo».

En Solís II, desarrollado entre el 19 y el 21 de abril de 2002, en medio de una brutal crisis económica durante la que se alcanzaron altísimos niveles de desempleo e inéditos guarismos de pobreza e indigencia, el SMU hizo planteos en la misma sintonía que los de Solís I. Se analizó la situación política y social, y se concluyó en la:

necesidad de introducir en forma gradual la reforma total del sistema, transitando hacia una organización sanitaria única que brinde cobertura a la totalidad de la población, y cuyo financiamiento incorpore progresivamente criterios de equidad, vinculados a los diferentes ingresos de cada uno, cimentando un seguro nacional de salud.

En tanto, Solís III, realizado entre el 21 y el 23 de abril de 2006, reiteró la necesidad de avanzar hacia un Sistema Nacional Integrado de Salud, la separación de la función de ASSE de la órbita del Ministerio de Salud Pública, y la urgencia de un Colegio Médico que regulara la práctica de la profesión desde un plano deontológico. Las declaraciones de este encuentro se pusieron en conocimiento de las autoridades gubernamentales y de las distintas gremiales, médicas y de funcionarios, para servir de insumo a la reforma planteada. Varios de sus apuntes fueron tomados en cuenta en el futuro cercano.

Cristalización de las propuestas médicas en la legislación

El SMU ha sido crítico y propositivo en el marco de las políticas sanitarias del país. Esa prédica centenaria, plasmada en sus convenciones y sus estudios, no cesa hasta nuestros días. Así, sus planteos fueron haciéndose lugar en la agenda pública a lo largo de décadas, plasmándose en la legislación vigente.

La historia de esos logros recientes no es lineal y merece ser reseñada debido a su complejidad, ya que refleja la voluntad del Sindicato durante toda su existencia.

En 1987, la Rendición de Cuentas contenía una serie de artículos que disponían la creación de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), con el cometido de regir los servicios y establecimientos de atención médica del Ministerio de Salud Pública.⁸¹ No obstante, esos cambios, que debían ser plenos y rápidos, quedaron en el papel durante años.

En diciembre de 1980, con el decreto ley N.º 14.897 se creó el Fondo Nacional de Recursos (FNR) para financiar parte de la tecnología médica del país, y con el fin de que la población pudiera acceder a ella sin limitaciones económicas. Este fondo surgió a instancias de la prédica de los Dres. Oscar Guglielmone y Orestes Fiandra.

Mediante el FNR, todas las instituciones públicas y privadas reaseguran a sus beneficiarios en aquellas situaciones médicas que, por su alto costo y baja frecuencia, implicaran un desfinanciamiento para ellas.

En esta primera instancia, y hasta una modificación posterior, el FNR, organismo público no estatal, estuvo administrado por una Comisión Honoraria Administradora, integrada por representantes del MSP, el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), el Banco de Previsión Social (BPS), las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) y los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE), encargados, a la vez, de efectuar los procedimientos cubiertos por el organismo.

Con la vuelta a la vigencia de las instituciones democráticas, en 1985, el Ministerio de Salud Pública, al igual que el sector de la asistencia médica colectivizada, evidenció una situación crítica.⁸²

El aspecto financiero era un problema a atender, pero el sistema mostraba falencias en cuanto a su desempeño basado en las acciones de recuperación de salud, dejando de lado las actividades de promoción y rehabilitación, así como aspectos ya esenciales, como la atención psiquiátrica y geriátrica.

Un diagnóstico y su posible solución surgió de la VII Convención Médica Nacional, de julio de 1984, cuando se elaboró un documento proponiendo la creación de un Servicio Nacional de Salud. Este proyecto proponía que el Servicio fuese financiado por el Estado, organizado por regiones y a cargo de un organismo público descentralizado, vinculado al MSP e integrado en su dirección por representantes de la cartera y de un

órgano asesor representativo del sector denominado Asamblea Nacional de Salud.

Entre fines de 1984 y principios de 1985, la Concertación Nacional Programática, integrada por los partidos políticos y organizaciones sociales a la salida de la dictadura, elaboró una serie de documentos referidos al área de la Salud. El proyecto recogía los planteos de la VII Convención Médica Nacional, reconociendo que los beneficiarios del Plan Nacional de Salud eran todos los habitantes de Uruguay, sobre la base del derecho constitucional a la salud. Este plan contemplaba la creación de un Sistema Nacional Único de Salud, integrando de manera coordinada los recursos existentes de los sectores público y privado.

Además, proponía un Sistema Nacional de Salud (SNS), abarcativo de los sectores público y privado, con centralización normativa y descentralización ejecutiva. El Sistema debía ser descentralizado y vinculado al Poder Ejecutivo a través del MSP y, desde el punto de vista organizativo, estaría integrado por representantes del Ejecutivo, la comunidad organizada, los trabajadores médicos y no médicos de la Salud, la Universidad de la República, los organismos de la Seguridad Social, la central obrera y las intendencias. El organismo se financiaría a partir de un Fondo Nacional de Recursos (FNR), nutrido de los aportes de la población en forma proporcional a sus ingresos.

Las conclusiones de la CONAPRO fueron incluidas, en mayor o menor medida, en las propuestas electorales de todos los partidos políticos y, durante el primer gobierno de la posdictadura, en diciembre de 1985, el Poder Ejecutivo elaboró un proyecto de ley para crear el Sistema Nacional de Salud (SNS), que incluía el nacimiento de la Administración del Sistema Nacional de Salud como organismo descentralizado, integrado por representantes del Ejecutivo, los trabajadores de la salud –médicos y no

médicos–, y de las IAMC. El SNS se financiaría con el aporte de los trabajadores, del Estado y del pago de tasas moderadoras. También establecía que el FNR quedaba integrado en el Fondo Nacional de Salud, junto con los IMAE.

Así, se reperfilaban los cometidos del MSP, que debía definir la política de salud, elaborar y llevar adelante el Plan Nacional de Salud, y ejercer funciones de contralor sobre el SNS.

Ni ese proyecto, ni uno alternativo presentado el año siguiente, denominado Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud –similar al primero, con algunas diferencias en el aspecto financiero–, tuvo andamio.

De allí en más hubo distintas modificaciones legales a los marcos regulatorios de la salud: se legisló sobre las IAMC, las incipientes emergencias móviles y los servicios de cobertura parcial. Sin embargo, seguía sin atacarse el problema de raíz. Incluso el FNR se vio afectado cuando se dispuso, en diciembre de 1992, que podía subvencionar la atención de pacientes en el exterior, si padecieran patologías reversibles y los tratamientos no se realizaran en el país. Esta erogación partiría de un gravamen a los juegos de azar. Asimismo, se estableció que la Comisión Honoraria Administradora tendría el carácter de persona pública no estatal, integrada por representantes del MSP, el MEF, las IAMC, los IMAE y el BPS, y las técnicas y procedimientos cubiertos por el Fondo estarían determinadas por la Comisión, con el asesoramiento de una Comisión Técnica Asesora, bajo la órbita del MSP, e integrada por miembros de la cartera, la Facultad de Medicina y los IMAE.

Recién en 1987, a partir de la ley N.º 15.903, se creó la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), como organismo desconcentrado del MSP, cuyas competencias alcanzaban exclusivamente a los centros

asistenciales del ministerio, y el resto de los servicios de atención del Estado tenían que coordinar sus actividades con el nuevo organismo. La normativa que creó ASSE disponía que el primer nivel de atención debía instrumentarse a través de los médicos de familia.

El nacimiento de ASSE implicó cambios en el sistema de atención y la organización del MSP, y significó un avance hacia la descentralización de los servicios asistenciales públicos.

Sin embargo, los cambios sustanciales para el desenvolvimiento del MSP se dieron a partir de 2007, cuando el Parlamento aprobó una serie de leyes tendientes a mejorar su funcionamiento, acorde con los tiempos que corren, optimizando las prestaciones para el cuidado de la salud de la población, las normas de prevención y protección, y sus funciones de rectoría, regulación y control.

Ese año se creó el Fondo Nacional de Salud (ley N.º 18.131, del 10 de mayo), que garantiza el derecho a la protección de salud de todos los habitantes del país; la Ley de Descentralización de ASSE (N.º 18.161, del 17 de julio), que deja de ser un organismo desconcentrado, y la ley que crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (N.º 18.211, del 21 de noviembre), que reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud, estableciendo que sus disposiciones son de orden público y de interés social.

Asimismo, también se creó la Junta Nacional de Salud (ley N.º 18.211, del 5 de diciembre) como organismo desconcentrado, dependiente del MSP, con el fin de administrar el seguro nacional de salud, regido por los principios del SNIS, «alentando el desarrollo del nuevo modelo de atención y gestión en salud».

A ese grupo de normativas debe sumarse la ley N.º 18.335 (15 de agosto de 2008), referida a los pacientes y usuarios de la salud, que establece, para estos, el derecho a recibir tratamiento igualitario, sin ser discriminados por raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica.

Ese conjunto de leyes dio soporte jurídico al antiguo anhelo del Sindicato, plasmado en sus convenciones y publicaciones a lo largo de las décadas precedentes, tanto en materia ética como profesional.

54 Turnes, Antonio L. (2010). *Las Convenciones Médicas Nacionales (1939-2010)*. Revista Noticias N.º 156, Montevideo. Recuperado de: www.smu.org.uy pág. 19.

55 Turnes, *op. cit.*, pág. 20.

56 Rojas Beltrán, *op. cit.*, pág. 107.

57 Rojas Beltrán, *op. cit.*, pág. 107.

58 *Ibidem*.

59 *Idem* pág. 108.

60 Turnes, *op. cit.*, pág. 21.

61 *Ibidem*.

62 *Ibidem*.

63 *Idem*, págs. 21-22.

64 A. A. *VI Convención Médica Nacional. Declaraciones, conclusiones, anteproyecto y estatutos*. (1972). Montevideo: SMU. Recuperado de: www.smu.org.uy pág. 10 y ss.

65 Turnes, *op. cit.*, pág. 22.

66 Dr. Marcos Carámbula. Conversación con el autor.

67 Dr. Marcos Carámbula. Conversación con el autor.

68 Turnes, *op. cit.*, pág. 22.

69 Dr. Marcos Carámbula. Conversación con el autor.

70 A. A. (2004) *8.ª Convención Médica Nacional. Plenarios- 6 y 7 de agosto de 2004. Declaración final*. Recuperado de www.convencionmedica.org.uy

71 Turnes, *op. cit.*, pág. 22.

72 A. A. (2004). *op. cit.*

73 A. A. (2004), *op. cit.*

74 A. A. (2004), *op. cit.*

75 A. A. (2004), *op. cit.*

76 A. A. (2004), *op. cit.*

77 A. A. (2004), *op. cit.*

78 A. A. (2014). *Lea la declaración final de la 9ª Convención Médica Nacional*. Montevideo, Uruguay. Recuperado de www.convencionmedica.org.uy

79 A. A. (2014), *op. cit.*

80 A. A. (2014), *op. cit.*

81 Ley 15.903 (1987). Artículos 267 a 284. Recuperado de: www.impo.com.uy

82 La información correspondiente al período 1895-2007 fue tomada de Mieres Gómez, Gustavo. *El sector salud: 75 años de un mismo diagnóstico*. Recuperado de www.smu.org.uy

| CAPÍTULO 3 |

El Centro de Asistencia



Antecedentes del Centro de Asistencia

Para cuando se creó el Sindicato Médico, en 1920, el mutualismo, de manera *sui generis*, llevaba décadas instalado en nuestro país. Esto se debió a que, desde la segunda mitad del siglo XIX, comenzaron a llegar a Uruguay oleadas de migrantes, y no todos ellos lograron un sostén económico inmediato en su tierra adoptiva. Así, las comunidades extranjeras formaron asociaciones con el fin, primero, de brindar apoyo económico a sus compatriotas, para luego ampliar sus servicios al área del cuidado de la salud.

Esta forma de organización no era nueva en el mundo, en Francia el mutualismo asistencial se reglamentó en 1898. En Uruguay, la historia de las mutualidades comenzó en 1853, cuando nació la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos. Luego vinieron la Asociación Francesa (1854), la Sociedad Italiana de Socorros Mutuos (1862), la Asociación Fraternidad (1866), el Círculo Napolitano (1880), el Círculo Católico de Obreros (1885) y Fraternal Unidad (1895).⁸³

La idea de contar un centro de asistencia ya rondaba en los albores del Sindicato Médico.

En ese tiempo, las instituciones mal llamadas mutuales, que eran, en su amplia mayoría, empresas de asistencia disfrazadas de mutualistas, por falta de legislación adecuada, remataban el trabajo de los médicos, no en función de su calidad, sino de su precio. Y como les sobraban médicos, los despreciaban, porque por cada uno que no aceptaba malas retribuciones, había 50 que sí las tomaban. Ese fue el origen del Centro

de Asistencia, luego denominado CASMU, por idea de alguien con mentalidad de marketing.⁸⁴

En ese sentido, confluieron, por un lado, el peso de las mutualistas, y por el otro el empuje sindical de los propios médicos. En el caso de las mutualistas, cuando comenzaron a funcionar eran atendidas por médicos, en general pertenecientes a esas colectividades, que trabajaban de manera casi honoraria, como un gesto de filantropía hacia sus connacionales. Cuando estas comenzaron a crecer, se sumaron a su personal profesional estudiantes avanzados y ayudantes de los médicos más eminentes, que ingresaban por recomendación o por designación directa de los primeros. Sin embargo, con el creciente incremento del número de afiliados fue preciso incorporar más médicos.

Por otra parte, la cantidad de profesionales de la salud crecía de manera exponencial. En 1925 se contaba en 700 el total de egresados de la Facultad de Medicina, y la cifra llegaba a 1.125 apenas cinco años después. Así las cosas, había subocupación y desocupación entre el personal sanitario. Esto debe ser visto, además, en el contexto nacional e internacional, dado que la crisis económica de principios de los años 30 empujó a los usuarios de la incipiente clase media de la salud privada hacia el sistema mutual.

En ese marco de incertidumbre para los médicos fue prendiendo la idea de un Centro de Asistencia, que prestara servicios de salud para el personal médico, y que además los empleara de manera decorosa, respetuosa de la profesión y atenta a la calidad de vida de los funcionarios.

Una de sus vertientes es el desarrollo y maduración del pensamiento gremial médico estudiantil uruguayo que desde sus orígenes demuestra una particular vocación social. Esta corriente de pensamiento gremial universitaria impulsará el desarrollo y crecimiento de las organizaciones

sindicales médico-estudiantiles. Va a nutrir desde sus filas permanentemente a lo largo del siglo los planteles docentes y los cuadros dirigentes de la Facultad de Medicina y de la Universidad de la República. Tendrá una incidencia trascendente en la concepción del Centro de Asistencia, en la orientación de su desarrollo y en su inserción social.⁸⁵

Si, en su origen, el Sindicato Médico tenía como objetivos:

la defensa de los intereses morales y materiales de sus afiliados y en general de todos los Médicos del Uruguay, la solución decorosa y práctica de todas las cuestiones económicas y profesionales que tengan relación con el cuerpo médico [y] el mejoramiento por medios legales del ejercicio profesional y de la situación del médico y del estudiante de medicina.⁸⁶

Resultaba lógico que los propios médicos tomaran a su cargo el análisis y la denuncia de la problemática de las organizaciones mutuales de asistencia en las que se desempeñaban.

El *Boletín del Sindicato Médico*, publicación oficial del gremio que comenzó a circular en 1921 bajo la dirección del Dr. Mario C. Simetto, daba cuenta de la situación número a número, alertando sobre los problemas de organización del sistema mutual, reclamando planificación y dirección técnica, y abogando por garantías laborales, respeto por las carreras funcionales y mejores retribuciones salariales. Pero el gremio no se contentaba solo con la crítica, y proponía el ingreso de personal por concurso y la consideración de méritos científicos y profesionales, además de exigir respeto por la relación médico-paciente, la libre elección del

médico, la libertad de recetario y la ampliación de las coberturas asistenciales para los pacientes.⁸⁷

En el mismo marco de crisis económica y pauperización del trabajo médico, comienzan a aparecer, a fines de la década del 20 y principios de la del 30 del siglo pasado, las primeras empresas comerciales con fines de lucro que compiten con el sector mutual, complicando aún más la situación de los profesionales, y a esto hay que sumar la gota que desborda el vaso, que es el episodio vivido por el Dr. Pablo F. Carlevaro, víctima de arbitrariedades por parte de la Asociación Fraternidad, en 1930. El caldo de cultivo era propicio para la creación de un Centro Asistencial, y solo faltaba un impulso. El camino era empedrado, pero había valores para sortearlo.

Nacimiento del Centro de Asistencia

Por entonces, el Sindicato realiza una profunda autocrítica de organización que le quitaba agilidad y fuerza para atender la problemática médica. En 1930 se reforman los estatutos y desaparece la Comisión Directiva, que compartía la dirección gremial con el Comité Ejecutivo, y este pasa a concentrar las potestades de organismo director.

El Sindicato, que había comenzado su vida con unos 400 afiliados, contaba con poco más de 300 una década después y, para atraer a los médicos a su seno, se planteó generar obras y proyectarlo como instrumento social, como forma de darle mayor atractivo para los potenciales asociados.

Como destaca Avellanal:

en los siguientes años se iban a crear, además del Centro de Asistencia, otros organismos sindicales perdurables que llevaron al Sindicato Médico

del Uruguay a constituirse en una organización de referencia en aspectos sociales, gremiales, científicos y asistenciales. Muchos estudiosos de las organizaciones sociales y sanitarias vendrían del exterior en los siguientes decenios a estudiar las estructuras creadas por el gremio médico.⁸⁸



CARLOS MARÍA FOSALBA

Fue así que, en la reunión del Comité Ejecutivo del 16 de marzo de 1934, a instancias del Dr. Carlos María Fosalba, se resuelve estudiar desde la siguiente sesión «la posibilidad de organizar una mutualista por el Sindicato

Médico».⁸⁹ En la misma reunión se acuerda dedicar un encuentro semanal exclusivamente al proyecto, con el fin de crear un Servicio Médico de Urgencia, que comenzó a funcionar ya el 15 de agosto de ese mismo año. En él podía trabajar cualquier médico afiliado al Sindicato, con la única salvedad de no contar con un cargo mutual. El mero anuncio de la creación de un Servicio de Urgencia hizo que la cifra de afiliados al Sindicato Médico pasara de 337, en 1933, a más de 500 en 1935.

A la vez, en las asambleas generales de diciembre de 1934 y enero de 1935 se aprobaron los estatutos del Centro Asistencial, y en ellas se nombró una comisión que estudiara la planificación administrativa y los servicios médicos. Esta comisión estaba integrada por los doctores Pablo F. Carlevaro, Carlos María Fosalba, Jorge Calvetti, Atilio E. Gaggero, Alfredo Mazuco, Oscar V. Raggio y el bachiller Carlos Lago, y el 23 de marzo de 1935 se integró el Dr. Elías Regules Molins, que será el encargado de presidir el Centro de Asistencia durante los siguientes cinco años.

El 1.º de julio de 1935, el Centro de Asistencia comienza oficialmente sus actividades incorporando al Servicio de Urgencia, que llevaba casi un año de funcionamiento, y en 1936 se realiza el Concurso de Médico de Urgencia, primer concurso de oposición de la historia del mutualismo nacional, con un tribunal integrado por los doctores Carlos Stajano y Juan Carlos Del Campo, en representación de la Facultad de Medicina, Víctor Armand Ugon y Víctor Zerbino por el Centro de Asistencia, Julio César García Otero por el Comité Ejecutivo del Sindicato Médico y Pablo F. Carlevaro por los concursantes.

Fueron ganadores de ese concurso los doctores Juan José Crottogini, Ricardo B. Yannicelli, Alberto Pérez Scremini, Norberto Cerruti, Oscar Bermúdez, José Pedro Cardoso, José Carrasco Vázquez, Eugenio Isasi, Hermógenes Álvarez, Ramón Pittaluga y Alejo F. Bianchi.

En 1936, a apenas un año de creado el Centro de Asistencia, el Dr. Fosalba expresaba:

aún mismo los que permanecen alejados de nuestro sindicato perciben ya el estruendo que produce el torrente de nuestra actividad; aquí y en el extranjero se nos contempla con expectativa, con curiosa ansiedad, con simpatía indisimulada. Es la fuerza irresistible de la acción que está ejerciendo su poderoso atractivo. Pensamiento y acción, idealismo y realidad, moral y economía, ciencia y profesión. Centro de Asistencia, editorial científica, biblioteca, extensión universitaria a través del micrófono. Oficina jurídica, sindicatos locales. «Acción Sindical», declaraciones numerosas en defensa de superiores ideales de libertad y justicia, esa es la obra presente que está generando en sus filas con formidable energía. Mañana será la Convención Médica Nacional, las Sociedades Científicas del Sindicato, el gran edificio que construiremos para albergar toda nuestra vasta obra, el seguro colectivo de enfermedad, la jubilación de los médicos, etc., etc. ¿Hasta dónde llegaremos? No llegaremos nunca, porque llegar es detenerse, es morir. Nosotros estaremos siempre en movimiento, porque siempre tendremos un ideal aún no alcanzado, un hecho a crear, nuevas ideas para transformar en realidad.⁹⁰

Ese movimiento del que hablaba Fosalba llevó a que, pocos años después de la creación del Centro de Asistencia el gremio como tal, incidiendo en un subsector privado, ahora colectivizado, recuperara la asistencia de un sector de la población que por su progresiva pauperización no podía afrontar los costos crecientes de la medicina privada individualista tradicional. En esta forma, organizándose, arancelando sus honorarios, los

médicos podían recuperar un numeroso grupo de pacientes que de otra forma iban a ser tributarios de la asistencia pública o del mal mutualismo.⁹¹

Bases conceptuales de la creación del Centro de Asistencia

Más allá de las buenas intenciones que se esgrimen en la creación del Centro de Asistencia, hay detrás un núcleo de conceptos sociales, doctrinas sanitarias y criterios sindicales. El Centro fue creado como instrumento de servicio social hacia la población no pudiente, para brindarle la mejor asistencia a un costo asequible, y a la vez, para utilizarlo como instrumento gremial en la lucha por las reivindicaciones médicas frente a las instituciones de asistencia médica colectiva.

En ese sentido, el Dr. Fosalba oponía al concepto de «cooperativa de consumo», como era concebido el mutualismo clásico, el de «cooperativa de producción sanitaria», en manos de los médicos. Este punto será muy importante en el futuro, y allí se establecieron principios de doctrina médica, que estaban vigentes en ese momento, como la libre elección del médico por parte del paciente, así como la libertad de recetario.

En cuanto a los aspectos laborales, se busca mejorar las condiciones de trabajo y el salario médico. Por ello, «en defensa de la actividad privada y en base a la orientación de servicio social del Centro de Asistencia»,⁹² este limita el ingreso de «pudientes», ya que, de acuerdo a lo que establece la Asamblea constitutiva, «los ricos, por su posición económica, no necesitan de la solidaridad social».⁹³ Esta limitación se mantendrá por décadas, hasta caer en desuso en virtud de las nuevas realidades económicas y de organización asistencial.

El Centro de Asistencia, desde su génesis, establece que no competirá con el mutualismo sobre la base de la cuota, que se fija deliberadamente más alta. Esto se explica porque con la cuota habitual de las instituciones mutuales es imposible brindar una asistencia óptima, ni remunerar al personal técnico de la manera adecuada. Hacia 1935, la cuota promedio se ubicaba en \$1,33, que era el valor que cobraba la Asociación Fraternidad, una de las más importantes de la época. El Centro Asistencial fija su cuota en \$1,50, y la Asamblea del Sindicato Médico resuelve que el 33% de esos ingresos deberá destinarse al pago de salarios médicos, contra el 12% del presupuesto que las mutualistas destinaban a tal fin. Ese porcentaje se convirtió, por la vía de los hechos, en una referencia para las luchas gremiales en reclamos salariales para con otras instituciones mutuales. En la década del 60 ese porcentaje se mantenía aún por encima del 30% en el Centro de Asistencia, mientras que el mutualismo lo había incrementado lentamente de un 18% a un 25%. En sintonía con el mismo criterio, la cuota mutual también se mantuvo entre un 15% y un 20% por encima del promedio del mutualismo.⁹⁴

Esta determinación buscaba consolidar el Centro de Asistencia, haciendo que tanto médicos como la masa de afiliados se volcara al sistema cooperativo, apuntando, por un lado, a liquidar el empresismo y la intermediación mutual en el trabajo médico y, por el otro, a que ningún médico estuviera desempleado. Esto no se logró del todo, dado que –apunta Avellanal– la heterogeneidad en las concepciones sociales, el fuerte individualismo, acotaron aquella perspectiva.⁹⁵

Igualmente, el Centro de Asistencia creció hasta volverse una importante competencia en el sector de la medicina colectiva, e hizo cambiar al mutualismo, que tenía que competir con una institución de alta calidad

asistencial, organizada desde el respeto a sus técnicos, quienes por entonces, «gozaban de poco prestigio»,⁹⁶ pues quienes se incorporaban a ellas contaban con poca clientela privada, aceptando mínimos salarios y extenuantes condiciones de trabajo.

Así, y frente al Centro Asistencial, el mutualismo debió buscar técnicos de mayor calificación y mejorar las condiciones laborales.

Ese novel Centro de Asistencia se presentaba en sociedad de esta manera:

Con la fe puesta en la conciencia del médico pide asistencia individualmente cada paciente. Igualmente con la fe puesta en una colectividad de médicos, pedirá asistencia a una colectividad social⁹⁷ [y enumeraba sus principales características:]

- 1° el Centro de Asistencia adscrito al Sindicato Médico del Uruguay será la primera y única institución mutualista del país administrada y dirigida por los propios médicos.
- 2° El personal técnico (médicos, practicantes, dentistas, parteras, farmacéuticos) numeroso y ampliamente capacitado será retribuido en todo lo que vale su trabajo altamente especializado.
- 3° La cantidad de enfermos que cada médico podría asistir diariamente estará limitada a un número prudencial, para impedir que un exceso de trabajo sea motivo de una mala asistencia.
- 4° Nuestro Servicio Permanente de Urgencia que funcionará sin ninguna interrupción durante todas las horas del día y de la noche será desempeñado por médicos elegidos por riguroso concurso de oposición.
- 5° La ciudad dividida en zonas contará en cada una de ellas con médicos generales, médicos especialistas, médicos consultantes, odontólogos, parteras, practicantes y farmacias, lo que asegurará una asistencia rápida, altamente capacitada y absolutamente completa.

- 6° En nuestra sede social funcionarán diariamente policlínicas variadas (médica, quirúrgica, vías urinarias, ginecológicas, niños, etc., etc.) atendidas por especialistas.
- 7° Mientras no se construya el sanatorio propio, el servicio quedará asegurado desde el primer día de su funcionamiento por contrato hecho con uno de los principales establecimientos sanatoriales de Montevideo.
- 8° El Laboratorio social y el servicio de Rayos X será montado de acuerdo con las exigencias modernas de la medicina y dirigidos por técnicos seleccionados por concurso.
- 9° Los puestos de Cirujano jefe y Cirujano ayudante serán también provistos por concurso de méritos, lo que asegura a los afiliados una asistencia quirúrgica de alta categoría científica.
- 10° La calidad de los medicamentos será el único motivo de su selección, sin que su alto costo constituya un obstáculo para ser adquirido.
- 11° Solamente para iniciar los trabajos de la Asamblea del Sindicato Médico ha votado la tercera parte de su tesoro social, asegurando así desde el comienzo un servicio completísimo que hará honor a nuestra institución.⁹⁸

De esta forma, queda explícito que la fundación del Centro de Asistencia era un organismo asociado, de forma indisoluble, a la organización sindical médica.

El decreto ley N.º 10.384 del 13 de febrero de 1943 regula por primera vez el funcionamiento de las «Sociedades Mutualistas de Asistencia y organismos afines», un reclamo de la I Convención Médica Nacional, desarrollada en 1939. Este decreto comprende en su inciso b la categoría de «Sociedades de Producción Sanitaria», para abarcar al CASMU y a aquella

temprana concepción de Fosalba de «cooperativas de productores de salud».

Además, el Instituto Nacional del Trabajo reconoció que los técnicos del CASMU no son patrones sino cooperativistas, por lo que «los bienes generados con el trabajo colectivo no pertenecen a nadie en particular, son herramientas de trabajo que cada generación médica transmite a la siguiente».⁹⁹

Fosalba falleció en marzo de 1946, a los 39 años y siendo ya Profesor Agregado de Medicina. El CASMU había pasado en poco tiempo, de 5.000 afiliados al momento de abrir sus puertas, a 60.000 afiliados en pocos años. Él había dejado un plan de desarrollo estratégico, denominado en los términos actuales, planteando la construcción del primer sanatorio propio con un plan de financiación a 10 y 20 años, que por supuesto, los colegas aprobaron la financiación más larga. Había generado un crédito en la población uruguaya y en la comunidad médica, por su propuesta audaz e innovadora, pero además por su capacidad de hacer, movido por su ideal.¹⁰⁰

En cuanto a su estructura, el Centro de Asistencia estaba regido por la Junta Directiva junto con sus comisiones, y la organización administrativa y técnico-asistencial se mantendrá, en su esencia, sin modificaciones desde 1935 hasta la intervención, en 1975. Esta Junta Directiva consta de once miembros. El presidente y el delegado del Comité Ejecutivo del Sindicato ante la Junta Directiva del CASMU son elegidos por el propio SMU. El resto de los integrantes es elegido por voto directo, en las elecciones generales del Sindicato.

Uno de esos integrantes es estudiante, elegido por los estudiantes de Medicina socios del SMU, y permanece durante un año en esa función. Los

otros ocho son delegados de los médicos socios del Sindicato, elegidos en comicios anuales, a cuatro por año, con dos años de funciones.

Esa Junta Directiva es honoraria y tiene total potestad funcional y administrativa, y es responsable ante la Asamblea General del Sindicato Médico, a la que debe rendir cuentas una vez al año. Sus resoluciones pueden ser recurridas ante el Comité Ejecutivo del Sindicato que, en ese caso, funciona como tribunal de alzada.

El crecimiento del Centro de Asistencia se vio favorecido cuando, en 1958, comenzaron a aparecer los seguros parciales por enfermedad, a veces como conquistas de las luchas de los trabajadores que ofrecían a estos y sus familias atención sanitaria de forma asequible. El Sindicato Médico cumplió, en ese sentido, un rol fundamental y el Centro de Asistencia fue la herramienta utilizada para tales efectos. Comienzan a realizarse, entonces, las afiliaciones grupales, que agrupan a distintos colectivos laborales, independientemente de su magnitud, con los trabajadores de empresas como Alpargatas, Conaprole, Cristalerías del Uruguay, Ferrosnalt, personal de la Intendencia Municipal de Montevideo y del propio Sindicato Médico, y convenios con las industrias de la construcción, la maderera, la química, la metalúrgica, la textil y el transporte. De esta forma, los asalariados y sus núcleos familiares podían acceder al prestador de salud a un costo sensiblemente más bajos que el que implicaba una afiliación individual.



Palacio sindical en construcción.

Como correlato a esa gran inyección de masa social, el Centro de Asistencia debía aumentar sus plazas en las plantas físicas; para entonces solo se contaba con el Palacio Sindical, integrado con el Sanatorio N.º 1 «Carlos María Fosalba», en pocos años se adquirieron un sanatorio para prestaciones quirúrgicas y otro para la atención gineco-obstétrica.

Turnes apunta que:

esta preocupación del CASMU y el SMU por la Medicina Social, fue generando vínculos con los dirigentes sindicales de los trabajadores,

primero individualmente, luego en su mayor agrupación, desde 1965, la Convención Nacional de Trabajadores. El SMU les resolvería más adelante los Seguros Parciales, también el tema de la certificación médica por causal de enfermedad, a través del Centro de Medicina Laboral, que había comenzado a funcionar en 1958 como Oficina de Certificaciones Médicas. Y que clausuró su actividad en 1974, por decisión del propio SMU, ante el vaciamiento de su población asistida, por efecto de decisiones de la Seguridad Social durante la Dictadura.¹⁰¹

La intervención y sus antecedentes

Si la década del 50 había comenzado como un periodo de bonanza para el país, a medida que pasaban los años, la crisis, en parte producida por la baja de las exportaciones del país tras la Guerra de Corea y la decadencia de la industrialización por la sustitución de importaciones se iba haciendo cada vez más fuerte.

Acompañando el deterioro de la economía local, las instituciones democráticas vivieron también una era de desprestigio. La aparición de grupos armados de izquierda y derecha, la carestía y la presión inflacionaria, sumadas a la inoperancia del gobierno colegiado hicieron que el país volviera a la presidencia unipersonal, pero la democracia duró muy poco tiempo. En 1967, Oscar Gestido, del Partido Colorado, se convirtió en el primer presidente tras la reforma constitucional de 1966. Su breve gobierno estuvo signado por la devaluación del peso, la pauperización de amplios sectores de la sociedad, las protestas populares y el auge de la guerrilla. Cuando falleció, el 6 de diciembre de 1967, asumió su vicepresidente, Jorge Pacheco Areco, con quien comenzaría un quinquenio

marcado por el autoritarismo, que culminaría en 1973, con la disolución de las Cámaras por parte del hasta entonces presidente constitucional, Juan María Bordaberry.

En 1968, la inflación anual alcanzó el 100%, y el gobierno de Pacheco Areco, amparado en las Medidas Prontas de Seguridad, dispuso la congelación general de precios e ingresos. Para ello se creó la Comisión de Productividad, Precios e Ingresos de Uruguay (COPRIN), un organismo en principio transitorio, que en 1978 devino en la Dirección Nacional de Costos, Precios e Ingresos (Dinacoprin), y que subsistió hasta la década del 90.

La COPRIN regulaba casi todos los precios del mercado, incluyendo el valor de la cuota mutual, los incrementos salariales y otros servicios, pero no abarcaba el precio de los medicamentos y otros insumos necesarios para la atención de la salud, por lo que tanto el CASMU como otras instituciones de medicina colectivizada se fueron desfinanciando vertiginosamente. Tanto es así que, cuando la Inspección General de Hacienda realizó un relevamiento, constató que el déficit de la institución ascendía al 25% mensual.

Al mismo tiempo, el Centro de Asistencia tenía sus problemas internos. En 1970 solicitó los servicios de una consultoría externa con el fin de analizar su funcionamiento organizacional. La Auditoría Técnica Especializada (AUDITEC) concluyó, en 1971, que la institución estaba aún «dentro de su etapa inicial de desarrollo como centro de atracción del trabajo médico agremiado» y que debía perfeccionar su gestión, «asentándose sobre bases técnico-administrativas generales, acorde con su papel rector en la materia».¹⁰²

El trabajo apuntaba que, en los años inmediatamente anteriores, el CASMU no había realizado una «revisión general de los supuestos, tanto

técnicos como administrativos, sobre los que descansa la institución», ni había modificado sustancialmente su funcionamiento. Para la AUDITEC, en la «era de la Organización Médica», el Centro debía enfocarse «en los criterios de universalidad y racionalidad», en relación con los usuarios y con el incremento constante de las prestaciones sanitarias.¹⁰³

El informe señalaba que la situación del CASMU «distaba de ser satisfactoria», y que era «indispensable materializar transformaciones sustanciales» optimizando los recursos disponibles.

Según Turnes:

este informe impactó por la entidad de las críticas que resultaban del análisis de los procesos organizativos de la institución, y las múltiples deficiencias que constataba, así como por los correctivos que sugería. Sin embargo, lejos de aplicarlo o discutirlo, el tema pasó a estudio de Comisiones, que no produjeron resultado, tal vez urgidos por cuestiones más urticantes. No podemos olvidar que entre 1971 y junio de 1973 se vivió una escalada de violencia social, política y militar creciente, como consecuencia de un clima de confrontación con la guerrilla urbana y la represión consecuente. En 1972, el ministro de Salud Pública, Prof. Dr. Pablo Purriel, generó la expectativa de que podría sancionarse rápidamente un Seguro Nacional de Salud, para cuya confección convocó a distinguidos sindicalistas médicos, encabezados por su exjefe de Clínica, el Dr. Julio C. Ripa, Hugo Villar, Aron Nowinski y otras figuras. Finalmente el 27 de junio de 1973 Juan María Bordaberry disolvió las Cámaras, prohibiendo que a ese acto se lo denominara «dictadura», y fueron conculcadas las libertades, disueltos los partidos políticos y perseguidas las figuras políticas y sindicales, incluyendo dirigentes médicos, en una escalada creciente.

En ese contexto, el 1.º de octubre de 1975 el gobierno de facto intervino al Sindicato Médico y, por ende, al Centro de Asistencia, siendo la única institución gremial de profesionales universitarios intervenida durante la dictadura. No fue una única intervención, dado que desde ese momento y hasta febrero de 1978, se produjo en el CASMU una seguidilla de gestiones por parte de la dictadura, individuales o colectivas, que perduraron hasta el 28 de enero de 1985.

Aquel 1.º de octubre de 1975, la sede del SMU fue rodeada por efectivos de la Policía y las Fuerzas Armadas, y llegaron al segundo piso del edificio representantes del Ministerio de Salud Pública, entre ellos el Dr. Hugo Amengual Dupetit, entonces director general de Secretaría de Estado, y que había sido miembro del Comité Ejecutivo de la institución, junto a un escribano público. En el acto instalaron al primer interventor del Sindicato, Cr. Juan Tarrasa, contador de Casa de Galicia, e inspector de Hacienda en el ministerio homónimo, que ya había trabajado junto a una terna de colaboradores en una inspección contable en el CASMU.¹⁰⁴

Días después, el 20 de octubre, se instaló un Consejo interventor de ocho miembros, que funcionó brevemente, y fue reemplazado por uno nuevo, en abril de 1976, también de efímera existencia. La cuarta intervención, presidida por el Dr. Mario Genta Dentone, se prolongó hasta 1977, cuando tras una investigación interna a cargo del abogado Rodolfo Traversaro se aconsejó su destitución. No era para menos: Genta Dentone, con la complicidad del Secretario Ejecutivo, Dagoberto Ballarini de Ogueta, vendió bienes inmuebles, propiedad de la institución, a precios inferiores a su valor de tasación. Más aún, una finca ubicada en Lucas Obes 926, sita en un predio de 10.000 m², destinada a la construcción del Sanatorio del Norte del CASMU, fue adquirida por un familiar de Ballarini, quien en tiempo

récord de ocho días obtuvo la aprobación de los planos para la edificación de un complejo de viviendas que comercializaba directamente.¹⁰⁵

Luego de esto, entre 1977 y 1985, tuvo lugar la quinta y última intervención, a cargo del Dr. Héctor Pollero, que finalizó cuando el Sindicato tomó, por la vía de los hechos, la responsabilidad que le correspondía por derecho. Durante la gestión de Pollero se adquirió un predio de 20.000 m² en avenida Italia y Mariscal (actualmente se construye un nuevo shopping center), donde se levantaría un hospital de 500 camas.

Más allá de las irregularidades e ilícitos de la cuarta intervención, la usurpación del SMU y el CASMU por parte de la dictadura tuvo otros hechos, algunos de ellos de consecuencias nefastas.

Las actuaciones de la Intervención fueron de diverso orden de intereses. En un primer tramo se ocupó de depurar los padrones del SMU y del CASMU, procediendo a dar la baja a numerosos asociados por razones distintas: persecución ideológica, falta de pago de cuotas sociales, incidencia de la calificación de ciudadanos en tres categorías («A», «B» y «C») según organismos de inteligencia, y otras varias. En un segundo momento, se dedicó a la administración de la «cosa», disponiendo sobre los bienes generadores de mayor cuantía, particularmente el Centro de Asistencia, donde a poco de iniciar la actuación, sustituyeron al Administrador General, Dr. Alberto Grille González, por el Sr. Ángel Ronco, ex Subsecretario del MSP, y ex Jefe de Proveeduría del mismo organismo. En un tercer momento, algunos funcionarios tomados por la intervención, se dedicaron a investigar ilícitos (reales o supuestos) y a destituir funcionarios [...]

Si en los fundamentos explicitados del Decreto de Intervención, se hacía especial referencia al déficit operativo del 25% del Centro de Asistencia

del SMU, luego de casi diez años de operar con plenos poderes la dirección de toda la persona jurídica, ese mismo déficit operativo del 25% permanecía incambiado, y fue con el cual la institución fue devuelta a sus legítimos dueños, los representantes del gremio médico.¹⁰⁶

Durante el período de intervención, además, se despidieron médicos y funcionarios por razones ideológicas o infundadas, y se proveyeron cargos por concursos de los que se excluía a los aspirantes antipáticos para el régimen. Y, en el colmo de la brutalidad, se deterioró un mural gigante, obra del Taller Torres García, instalado en la sede sindical, donde se fijaron clavos para ser utilizados como percheros.

Durante la quinta intervención, como hechos destacables, se compraron inmuebles para la ampliación de las instalaciones del CASMU, como la explanta de la metalúrgica TEM, en la calle Asilo, y el predio de la avenida 8 de Octubre, donde recién entrados los años 90 se finalizó la construcción del policlínico.

Del fin de la intervención a la escisión del SMU

Tras la restauración democrática, el SMU retomó el control del CASMU. La institución seguía padeciendo un déficit crónico, que los avatares de la economía local e internacional de las décadas siguientes no hicieron más que empeorar. La mala situación no era exclusiva del CASMU, sino que afectaba al sistema mutual en su conjunto. En el período 1985-2004, se vieron obligadas a cerrar 16 instituciones mutuales: Circolo Napolitano, Asociación Fraternidad, UDEM, Mutualista Batlle, Mutualista Pasteur, Mutual Batlle-Pasteur, AECN, Sociedad Italiana, Mutualista del Partido Nacional, Parma Baisso, OMA, Frigorífico Nacional, Central Médica, Uruguay-España, CEMECO, Sanatorio Panamericano, MIDU, OMA-

España, OCA-Larguero y COMAEC. Estos cierres evidenciaban una crisis del sistema que exigía una reforma drástica para lograr su subsistencia.

Así las cosas, con la vigencia del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), creado a partir de la ley N.º 18.211, de 2017 y, especialmente con la ley N.º 18.439 de diciembre de 2018, era una posibilidad más que clara que, para la supervivencia del CASMU, este tuviera que escindirse del SMU.

El artículo 6 de dicha ley establecía que:

El Sindicato Médico del Uruguay podrá disponer la escisión de sus servicios asistenciales creando una institución de asistencia médica colectiva, con personería jurídica propia, sujeta a la autorización del Ministerio de Salud Pública. La institución de asistencia médica colectiva deberá adoptar alguna de las formas jurídicas admitidas por el decreto ley N.º 15.181, de 21 de agosto de 1981, o cualquier otra modalidad de organización jurídica admitida actualmente o que resulte admitida en el futuro para constituir una institución de asistencia médica colectiva.

Los socios del Sindicato Médico del Uruguay tendrán derecho a participar como socios de la nueva institución de asistencia médica colectiva, sujeto al cumplimiento de los requisitos que establezca la resolución de escisión y al cumplimiento de la normativa vigente.

Dicha escisión implicará la transferencia a título universal de los bienes, derechos y obligaciones vinculados a la actividad asistencial del Sindicato Médico del Uruguay, que surjan del balance especial aprobado conjuntamente con la escisión, así como de todas las relaciones contractuales vinculadas con la misma actividad. Los ingresos de la nueva institución de asistencia médica colectiva que tengan causa en sus prestaciones asistenciales futuras no resultarán afectados por negocios jurídicos o gravámenes que tengan causa anterior a la escisión.

El Sindicato Médico del Uruguay y la institución de asistencia médica colectiva serán solidariamente responsables por todos los créditos anteriores a la fecha del acto de escisión, resulten o no del balance especial, sin perjuicio de la asignación que éstos realicen en su relación institucional y de los acuerdos celebrados al respecto con los acreedores.

A los efectos de la publicidad ante terceros, el testimonio de la resolución de escisión se inscribirá ante los Registros públicos que correspondan, según la naturaleza de los bienes, derechos y obligaciones transferidos como universalidad, de acuerdo con lo previsto en la presente ley.

La creación de la institución de asistencia médica colectiva y la transferencia a título universal de los bienes, derechos, habilitaciones y obligaciones vinculados a la actividad asistencial del Sindicato Médico del Uruguay estarán exonerados de toda clase de tributos, aun los establecidos por leyes especiales.¹⁰⁷

La normativa abría la posibilidad de reestructurar el pasivo del CASMU, pero a condición de que dejara de pertenecer al Sindicato. Los afiliados al SMU discutieron la propuesta en dos asambleas (27 de enero y 5 de marzo de 2009), en las que se convocó a un plebiscito (realizado el 2 de marzo de 2009) y se aprobó la separación.

La nueva entidad, que pasó a denominarse CASMU IAMPP, escindió los servicios asistenciales del SMU e incorporó a Cristalind S.A. (razón social de la emergencia móvil 1727), al tiempo que reperfiló los pasivos de acuerdo a la ley N.º 18.439.

CASMU IAMPP se capitalizó con la adhesión de 1.285 médicos que aportaron el 11% de su salario durante dos años, y una mejora del capital de trabajo mediante un fideicomiso financiero de Oferta Pública, así como de fondos líquidos desde el Banco República y el Discount Bank.

La escisión del CASMU del SMU cambió el paradigma del centro asistencial soñado por Fosalba, y puso a la nueva institución en el dilema de reconstruir su identidad, sin descuidar los principios que inspiraron su creación.

PRESIDENTES DE LA JUNTA DIRECTIVA DEL CASMU

Dr. Elías Regules (1935 - 1941)
Dr. José P. Migliaro (1941 - 1944)
Dr. Elías Regules (jul. - nov. 1944)
Dr. Manuel Ambrosoni (dic. 1944 - 1945)
Dr. Ricardo Capeletti (1945)
Dr. Eduardo Schaffner (1946)
Dr. Eugenio J. Isasi (1947 - 1950)
Dr. Alberto Castro (1950)
Dr. Constancio Castells (1951)
Dr. José Suárez Meléndez (1951)
Dr. Rodolfo Tiscornia (1952)
Dr. César V. Aguirre (1953)
Dr. Constancio Castells (1953 - 1954)
Dr. Cesar V. Aguirre (1954 - 1955)
Dr. Walter García Fontes (1955 - 1956)
Dr. Héctor Deffeminis (1956 - 1957)
Dr. José P. Ibarra (1957 - 1958)
Dr. José P. Saralegui (1958 - 1959)
Dr. Gregorio D'Albora (1959 - 1960)
Dr. Carlos Broccoleri (1960 - 1961)
Dr. Aquiles Lanza (1961 - 1962)

Dr. José P. Cirillo (1962 - 1963)
Dr. Julio Mañana (1963 - 1964)
Dr. José P. Saralegui (1964 - 1966)
Dr. Armando Rey López (1966 - 1967)
Dr. Héctor Schenone (1967 - 1969)
Dr. Ruben Piestum (1969 - 1970)
Dr. Hugo C. Sacchi (1970 - 1973)
Dr. Carlos A. Gómez Haedo (1973 - 1974)
Dr. Milton Cazes (1974 - 1975)
Dr. Hugo C. Sacchi (1975)

Periodo de Intervención (oct.75 - ene. 85)

Dr. Hugo C. Sacchi (ene. - may.1985)
Dr. Carlos A. Gómez Haedo (1985 - 1986)
Dr. José P. Cirillo (1986 - 1987)
Dr. Hugo C. Sacchi (1987 - 1990)
Dr. Jorge Blanco (1990 - 1991)
Dr. Ruben Moreira (1991 - 1993)
Dr. Ruben Moreira (1993 - 1995)
Dra. María Rosa Remedio (1995 - 1997)
Dr. Tito Pais (1997 - 1999)
Dr. Jorge Basso (1999 - 2001)
Dr. Tito Pais (2001 - 2002)
Dr. Gerardo Eguren (2002 - 2003 Pte. en ejercicio)
Dr. Barrett Díaz (2003 - 2005)
Dr. Barret Díaz (2005 - 2007)
Dr. Prudencio De Pena (2007)
Dr. Gerardo Eguren (2007 - 2009)

1727 Emergencias

En la década del 90, Uruguay enfrentaba el desafío de transformar su sistema de salud en un contexto marcado por el impacto de nuevas concepciones de política sanitaria y preocupación por la eficiencia en la utilización de los recursos.

Desde los años 80 se venía dando en el país un proceso de crecimiento paulatino de los servicios de cobertura parcial, entre los que destacaban los servicios de emergencia móvil. Habían logrado un desarrollo importante sobre la base de la baja eficiencia de los servicios de urgencia-emergencia de las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC) apoyados en un *marketing* agresivo y un servicio de calidad.

Estas empresas, pese a su creciente expansión que ya no solo alcanzaba a la urgencia domiciliaria sino que abarcaba otros servicios, como atención en consultorio, atención odontológica y farmacia, no habían logrado una verdadera coordinación con las IAMC. Aunque existían acuerdos comerciales entre algunas de estas empresas y varias instituciones mutuales, eran dos sistemas no complementarios y en competencia, dado que las primeras también ofrecían a sus usuarios técnicas de diagnóstico por imagen y laboratorio, entre otros beneficios, y se daba, entre emergencias móviles y mutualistas, una superposición de policlínicas.

Por esos motivos, los afiliados a ambos sistemas contaban con doble cobertura y, algunas de las «ventajas» de los servicios parciales como el no cobro del tique moderador perjudicaban a las Instituciones de asistencia médica colectiva, además de afectar el trabajo médico en la atención de consultorio y en los servicios de urgencia institucionales.

Esta situación, en la que el mercado había determinado que dos subsistemas que necesariamente deben ser complementarios se encontraban en competencia, afectaba la atención de la salud de los beneficiarios a las IAMC e incidía en el gasto en salud del país –recordó Alarico Rodríguez, quien fuera parte del grupo de trabajo que dio origen a 1727 Emergencias.

Más aún: por las mismas razones, los médicos de cabecera y los profesionales de zona, tanto del CASMU como del resto de las instituciones de asistencia médica colectiva veían caer sus consultas.

Para hacer más desigual la relación entre los dos tipos de institución, baste señalar que, mientras la reglamentación de las IAMC era completa, las emergencias móviles crecieron en un marco regulatorio escaso, sin topes tarifarios (que no tienen al día de hoy) ni laudos para los profesionales.

En ese escenario, era preciso integrar la asistencia de emergencia al sistema de atención ambulatoria, además de mejorar la coordinación con el ámbito de atención hospitalario en el subsector privado.

En diciembre de 1993, una Asamblea Extraordinaria del SMU resolvió llevar adelante un proyecto de emergencia médica prehospitalaria, que no fuera en perjuicio de los médicos de zona ni de los servicios de emergencia del CASMU. En esa instancia se creó una comisión que avanzara en un proyecto de servicio en copropiedad con las instituciones del Plenario de IAMC, una cámara que la institución integraba en ese entonces.

Una encuesta realizada en 1997 entre los afiliados a las IAMC del Plenario confirmaba el análisis del SMU: el 52% de los usuarios no estaba afiliado a ninguna empresa de emergencia móvil; el 83% consideraba necesario contar con un servicio de emergencia móvil; las tres cuartas partes de los consultados dijo que el servicio de emergencia debería ser

complementario del servicio de las IAMC, y que era preciso que estos servicios fueran coordinados con las IAMC.

En esa oportunidad, y debido a diferencias entre los directivos del Plenario, el proyecto no llegó a cristalizar. No obstante, en 1998, dos asambleas extraordinarias del SMU decidieron crear un servicio de emergencia que fuera propiedad del Sindicato.

Se solicitó, entonces, un préstamo de 100.000 dólares al Fondo de Solidaridad, y se conformó un grupo de trabajo para llevar adelante el proyecto, integrado por Alarico Rodríguez, Eduardo Figueredo, Graciela Vitarella, Milton Carro y Julia Galzerano, esta última en representación de la Junta Directiva del CASMU.

La comisión debía configurar un servicio con dos objetivos centrales. Por un lado, cubrir de manera eficiente la atención prehospitolaria, sin afectar al conjunto de la atención ambulatoria. Esto debía hacerse integrando el servicio de emergencia en lo asistencial a todo el ámbito ambulatorio de atención, en coordinación con los servicios de urgencia e internación. Por el otro lado, debía contribuir a la regularización salarial y las condiciones laborales en el área de la medicina prehospitolaria.

En ese sentido, la nueva emergencia, al igual que el CASMU en el mutualismo, debía ser necesariamente un aporte a la reivindicación del trabajo médico, que era explotado por empresas que operaban especialmente con la tercerización del trabajo profesional. Era necesaria la existencia de un servicio que aplicara un laudo similar al de las IAMC para médicos de las mismas especialidades, y que estos contaran con los mismos beneficios: salario vacacional, aguinaldo, día de descanso, etcétera.

Ese grupo de trabajo se puso manos a la obra en noviembre de 1998, y en febrero del año siguiente se convirtió en el primer Directorio de 1727 Emergencias.

En el período preoperativo se integraron las asesorías jurídicas y económico-financiera, se realizaron los trabajos de planeamiento y organización, y se entablaron contactos con el sector financiero con el fin de financiar el proyecto. Además, se adaptaron los estatutos de la sociedad anónima adquirida a las resoluciones de la Asamblea del SMU y al decreto reglamentario de emergencias móviles y, luego de un llamado a aspirantes, se seleccionó al Dr. Carlos Mezzera como director técnico.

También se incorporó el gerente comercial, y se desarrolló el proyecto económico, financiero y organizacional, que dio sus frutos al obtenerse su financiación con la afectación en garantía hipotecaria de los inmuebles propiedad de la Colonia de Vacaciones del SMU.

Así, el proyecto de funcionamiento quedó constituido con 100.000 dólares con los que se capitalizó el SMU, y 3.200.000 dólares provenientes de endeudamiento financiero. El punto de equilibrio se marcó en 60.000 socios en 26 meses, y la obtención progresiva de 120.000 afiliados.

Como parte de la estrategia se compró un número telefónico de cuatro cifras, 1727, y se definió en conjunto con una agencia publicitaria que la nueva institución se llamase 1727 Emergencias.

Asimismo, se reclutó al personal médico a través de un llamado público, y fue seleccionado, por concurso de méritos y entrevistas, por un tribunal integrado por la Dirección Técnica y los doctores Tito Pais y Homero Bagnulo.

La autorización de funcionamiento, de parte del Ministerio de Salud Pública, llegó en noviembre de 1999; de inmediato se presentó la Estructura Organizacional y Operativo-Funcional, junto a los demás requerimientos del decreto reglamentario de emergencias móviles que permitiera su habilitación. Por fin, el 13 de diciembre de 1999, 1727 Emergencias dio inicio a sus actividades.

Juan Carlos Macedo, entonces presidente del SMU, destacó en el acto de lanzamiento de la emergencia, que esta nueva institución venía a ser «un hecho histórico para los anales de la medicina uruguaya».¹⁰⁸ «Esto es un producto de lo colectivo, es un producto del gremio médico y que se inscribe en el contexto de las aspiraciones de cambio que tiene el Sindicato Médico respecto a nuestro sistema de salud», dijo en esa instancia, y subrayó la importancia de 1727 Emergencias, dado que completaba el sistema asistencial del Sindicato incorporando el área de medicina prehospitalaria.

Esto representa además nuestro modo de expandir el área del trabajo médico; representa concretamente plazas de trabajo médico, es una fuente de trabajo que aspiramos creciente y es además –porque tiene el control del gremio, el control de lo colectivo– un modo de contribuir a la regularización salarial y de condiciones laborales en el área de la medicina prehospitalaria [subrayó, al tiempo que auguró un crecimiento en los años venideros] inscrito en la esperanza de los cambios en el sistema de salud.

En el comienzo, 1727 Emergencias contó con una sola base de salida en su sede y cinco ambulancias especializadas. Ya en enero de 2000, se implementaron dos bases de salida adicionales y se amplió la flota de ambulancias especializadas.

Al nacer integrado al funcionamiento del ámbito de atención ambulatoria del CASMU, en coordinación con servicios como el Departamento de Medicina Intensiva, el Servicio de Urgencia, el Servicio de Internación Domiciliaria, el Centro de Cuidados Paliativos y otros, brindaba al paciente una continuidad asistencial entre ambas instituciones. Por eso mismo, el crecimiento fue mayor al proyectado.

- 83 Avellanal, R. (1996). «El CASMU, nacimiento de una institución histórica». *Revista Intercambio* N.º 54, pág. 10. Montevideo.
- 84 Turnes, Antonio L. (2008). *El CASMU: Pasado, presente y futuro*. Recuperado de: www.smu.org.uy
- 85 Avellanal, R., *op. cit.*, pág. 16,
- 86 *Idem*, págs. 18-19.
- 87 Avellanal, *op. cit.*, pág. 11.
- 88 Avellanal, *op. cit.*, pág. 12.
- 89 *Ibidem*.
- 90 Avellanal, R. (1996b). «Raíces, concepción doctrinaria, organización, crecimiento y desarrollo». *Revista Intercambio* N.º 56. pág. 12. Montevideo.
- 91 Avellanal (1996), *op. cit.*, pág. 11.
- 92 Avellanal (1996 b), *op. cit.*, pág. 14
- 93 *Idem*, págs. 14-15.
- 94 Avellanal, (1996 b), *op. cit.*, págs. 14-15.
- 95 *Idem*, pág. 15.
- 96 *Ibidem*.
- 97 *Idem*, pág. 16.
- 98 *Idem*, pág. 16-17.
- 99 Avellanal, R. (1996c). «Consideración de los fundamentos doctrinarios de la organización». *Revista Intercambio* N.º 57, pág. 18. Montevideo.
- 100 Turnes, *op. cit.*, pág. 8.
- 101 Turnes, (2008), *op. cit.*, págs. 18-19.
- 102 Turnes (2008), *op. cit.*, págs. 27-28.
- 103 *Idem*, pág. 28.
- 104 Turnes, Antonio L. (s/f) *La intervención del SMU (1975 - 1985)*. Montevideo: SMU. Recuperado de: www.smu.org.uy
- 105 Turnes, A. (s/f), *op. cit.*
- 106 Turnes, A. (s/f) *op. cit.*
- 107 Ley N.º 18.439. Recuperado de: www.impo.com.uy
- 108 López Mercao, José. (1999) *Cerrando el círculo de la asistencia*. Montevideo. Uruguay. Recuperado de: www.smu.org.uy

| CAPÍTULO 4 |

La ética médica.

Defensa de la libertad y los derechos humanos



La ética en el SMU

La ética y la deontología profesional fueron, desde los inicios del Sindicato Médico, temas de preocupación y de interés. Ya los estatutos del SMU, de 1920, consagraban un Consejo Arbitral, que no era otra cosa que un tribunal de ética para dirimir problemas derivados del comportamiento de los profesionales de la medicina, entre pares o con la comunidad.

En 1924, el SMU publicó un compendio de normas éticas internacionales que difundió entre los profesionales de todo el país (afiliados o no al sindicato), y que tendrían valor en tanto no se elaborara un código ético local. El volumen comprendía el Código de Montpellier (del que se habla en el primer capítulo de este libro), y el Código de Venezuela, que había sido aprobado en 1918 por la Academia Nacional de Medicina de ese país y que, con algunas modificaciones, se presentó a la comunidad médica de la región en el Congreso Médico Latinoamericano, celebrado en La Habana en 1922.

El Sexto Congreso Médico Latino Americano acuerda dar un voto de apoyo, simpatías y aplausos al importante Código de Moral Médica presentado por el Doctor Emiliano Ochoa a nombre de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela, por ser de gran utilidad y recomendándolo para que sirva de base para unificar los procedimientos deontológicos en la América Latina –declaró dicho evento.¹⁰⁹

Ambos códigos establecían principios a fin de regular la «etiqueta médica», las relaciones entre colegas, y su falta de cumplimiento implicaba

penas en el campo de la moral. Esta publicación fue el único código de ética que se utilizó en el país hasta 1995.

A ese volumen se sumó una edición titulada *La ética médica*, que recopilaba artículos deontológicos, desde los consejos de Esculapio, Hipócrates y Maimónides, hasta normativas contemporáneas como el Código Internacional de Ética Médica y otros documentos de la Asociación Médica Mundial (AMM), que se publicó entre 1987 y 1997, que se distribuyó entre los médicos del país y se entregaba a los estudiantes de Medicina al comenzar la carrera.

Sobre el final de la última dictadura cívico-militar, de la VII Convención Médica Nacional, celebrada en julio de 1984, surgió la necesidad de crear una Comisión Nacional de Ética. Este organismo tendría como objeto juzgar las violaciones a los derechos humanos cometidos por médicos militares y policiales durante el régimen de facto.

La Comisión se integró con representantes del Sindicato Médico, la Federación Médica del Interior (FEMI) y el Colegio de Abogados (de ella se habla extensamente en el siguiente capítulo). Durante su período de funcionamiento, recibió decenas de denuncias que debió procesar y confirmar si hubo faltas éticas o no. La Comisión aseguraba la justicia del proceso, pero no sancionaba directamente; enviaba el expediente al organismo competente (fuera SMU o FEMI) para que este resolviera si correspondía algún tipo de sanción.

En abril de 1995, tras varios años de estudios y elaboración, un plebiscito aprobó el Código de Ética Médica obligatorio para el SMU que atribuía al Consejo Arbitral su observancia y aplicaciones. El Dr. Roberto Avellanal, en el prólogo de la primera edición del Código, señalaba que la normativa obligaba «gremial y moralmente a todos los médicos del país», y que,

también, podría «tener además la fuerza de la ley cuando se apruebe la Colegiación Médica Nacional».¹¹⁰

Esta colegiación estuvo presente en las intenciones del SMU desde sus inicios. La I Convención Médica Nacional, en 1939, tuvo a la ética entre sus temas de discusión, y ya en la II, de 1943, surgió la idea de una colegiatura con fuerza legal, que comprendiera sanciones en caso de faltas, y el planteo estuvo presente en los sucesivos encuentros.

La VI Convención, de 1972, y la VII, de 1984, insistieron en la necesidad de abordar el tema ético de manera integral, y esta última avanzó, como se mencionaba antes, con la creación de un Comité Nacional de Ética.

Entre 1986 y 1987, el SMU y la FEMI lograron la aprobación de un anteproyecto de ley de colegiación, que naufragó en el Parlamento. Sin embargo, ese texto fue retomado y aprobado en 2009, a través de la ley N.º 18.591. Allí se inició un periplo que pasó por la elección del primer Consejo Nacional del Colegio Médico del Uruguay (2011) que nombró una comisión para la redacción del Código de Ética Médica, del que el Código de Ética del SMU fue un importante insumo. Todos los colegiados pudieron mandar sugerencias y muchas fueron recogidas en el proyecto de Código que dicha Comisión presentó al Consejo Nacional. Este organismo lo revisó y terminó de definir el texto que se puso a consideración de los profesionales. Fue plebiscitado y aprobado en 2012, y recibió la aprobación parlamentaria en 2014.

Desde entonces, todos los médicos del Uruguay están obligados a pertenecer al Colegio Médico, que regula el ejercicio de la medicina en sus aspectos éticos, deontológicos y diceológicos, una vieja aspiración de quienes fundaron e hicieron crecer al Sindicato Médico.

Otro aporte del SMU en materia de ética es la Comisión de Bioética, creada en 1991. Esta comisión de composición plural en cuanto a creencias

religiosas y orientaciones filosóficas y políticas, tiene un carácter asesor del Comité Ejecutivo, con cuatro objetivos: profundizar en los diversos temas de la disciplina; promover y difundir la bioética a través de los órganos de comunicación del Sindicato, realizar jornadas, mesas redondas y conferencias; desarrollar el acervo de la biblioteca con publicaciones y videos sobre el tema, y promover la creación de un Comité de Ética Clínica con funciones educativas, de asesoramiento y normativas.

A lo largo de casi dos décadas de actuación, la Comisión ha trabajado sobre diversos temas, que van desde la fecundación *in vitro* a la despenalización del aborto. Hoy, con el nombre de Comisión de Bioética y Derechos Humanos, su aporte abarca discusiones de la esfera pública, como la situación de la población carcelaria y la eutanasia, tan dispares como necesarias.

El componente ético, deontológico y de respeto por las libertades de los derechos humanos es una constante en la centenaria vida del Sindicato.

Defensa de la libertad y los derechos humanos ante la dictadura de Terra

Si bien en sus orígenes el SMU tenía vedado inmiscuirse en cuestiones político-sociales que no tuvieran que ver con la actividad médica, con el correr de los años ese freno se vería superado, incluso ocasionando discusiones y algún cisma.

En marzo de 1933, cuando el Sindicato apenas contaba con un año de vida, el entonces presidente constitucional Gabriel Terra dio un golpe de Estado, con el apoyo de la Policía, que respondía a su cuñado, Alfredo Baldomir, un sector del Ejército y parte del Partido Nacional, adicto a Luis

Alberto de Herrera. Terra disolvió el Poder Legislativo y ejerció una férrea censura de prensa.

Unos meses antes, el Sindicato había comenzado a experimentar en carne propia los atropellos del recién creado Consejo de Salud Pública, y un episodio rocambolesco casi se dirime en un duelo entre el Dr. Elías Regules Uriarte, presidente del SMU, y el Dr. Eduardo Blanco Acevedo, a la sazón titular de la cartera.

Julio Mañana Cattani, en su *Historia del Sindicato Médico del Uruguay*, narra el incidente:

Se suscita el entredicho entre la empleada de la casa del Dr. Baltasar Brum, la esposa de este, el que en aquel entonces registraba como practicante interno, Hamlet Suárez, el Jefe de Clínicas de la Sala de Cirugía B del Hospital «Maciel», Abel Chifflet, el Director del Maciel, Dr. Pedro Delfino, el médico de confianza de Baltasar Brum, Juan B. Morelli (senador colorado), el presidente del Consejo de Salud Pública, Dr. Eduardo Blanco Acevedo, etc. ¡Por una apendicitis aguda de la empleada de Baltasar Brum! ¿Se opera o no?; atropella la deontología médica y, llevándose por delante cualquier regla de ética médica, sin consentimiento ni solicitud de consulta del Dr. Chifflet, el Dr. Blanco Acevedo retira a la empleada de Brum del Hospital Maciel y la opera particularmente. Y por fumar en la Sala de Cirugía B y actuar en forma descomedida, según la Señora esposa de Brum, el practicante Hamlet Suárez es suspendido en sus funciones.

A la sazón, ejercía la Dirección del diario El Debate el Sr. Juan Pedro Suárez, y sale a ventilar los trapitos al sol ensuciados por el Dr. Eduardo Blanco Acevedo. Hasta en el citado diario salió el informe anatomopatológico de la «apendicitis supurada», que así lo certificaba nada menos que «el Negro» Carlos Domínguez. El Comité Ejecutivo del

S.M.U., «solidarizándose con la atención de los Dres. Chifflet y Morelli y el bachiller Suárez, exigiendo a las autoridades del Consejo de Salud Pública una amplia satisfacción para estos colegas que repare las injusticias de que han sido víctimas». ¹¹¹

Finalmente, el duelo no se llevó a cabo, y Blanco Acevedo fue suspendido como socio del SMU.

Blanco Acevedo había sido nombrado titular (primero como «ministro sin cartera») del Consejo de Salud Pública por el propio Terra, que era su consuegro, y confirmado como ministro con la creación del Ministerio, a través del decreto ley N.º 9.202 del 12 de enero de 1934.

Era Blanco Acevedo un prestigioso cirujano que había hecho su especialización en Europa, donde prestó servicios en Francia durante la Gran Guerra, y por cuyos méritos logró diversos reconocimientos.

Sin embargo, la ley, hecha casi a su medida, generó rechazo en el seno de la corporación médica. Aún más teniendo en cuenta que, entre los primeros gestos de la administración del novel ministro, se desconoció el resultado del concurso para médicos de Urgencia de Asistencia Externa, que ya había fallado, y cuyos titulares fueron desplazados por ser opositores al régimen. En su lugar, ocuparon esos cargos 18 profesionales, que fueron sancionados por una previsión estatutaria, conferida por el Consejo Arbitral. Casi todos los médicos «castigados» por el Gobierno concursaron en el Centro de Asistencia, en 1936, y obtuvieron sus puestos.

Sin embargo, pese a lo agitado del panorama, el Sindicato evitó, al principio, entrometerse en cuestiones políticas, haciendo una lectura rígida de sus estatutos.

Ante el golpe de Terra, el sindicato, como tal, guardó silencio. Recién en junio de 1933, una nota publicada en su boletín señalaba que no se había editado el mes anterior para salvar su «dignidad de hombres libres y de

universitarios. Mudos voluntariamente antes que amordazados por la fuerza». ¹¹²

Pese al quietismo, algunas voces comenzaban a levantarse en el entendido de que el menoscabo de las instituciones era condenable, sin importar partidos o ideologías.

En su informe anual a la Asamblea General Ordinaria del 15 de mayo, el Comité Ejecutivo decía con respecto a la dictadura: «Como autoridad de la Institución, no se considera autorizado a realizar un pronunciamiento oficial de carácter político, porque ello implicaría adoptar una resolución grave no prevista en los estatutos. Pero se ha creído en deber de dejar constancia en acta del concepto que la situación les merece a sus integrantes, que han condensado en las siguientes líneas transcritas del acta respectiva: Los miembros del régimen anterior repudian la actual situación de hecho que, como todos los regímenes de fuerza, conculcan los derechos y garantías necesarios para el ejercicio de las libertades básicas». ¹¹³

Apoyo a la República Española y condena del fascismo y el nazismo

Al escenario local, planteado ante la dictadura de Terra fueron sumándose otros factores que, desde el plano internacional, vinieron a interpelar no solo al Sindicato, sino a la sociedad toda. En Europa, Adolfo Hitler y Benito Mussolini se hacían fuertes en Alemania e Italia, y España se debatía entre republicanos y sublevados.

En Hispanoamérica, la Guerra Civil se vivió con intensidad, y no solo porque el conflicto se replicaba en la región, dada la importante cantidad de ciudadanos españoles afincados, sino porque muchos enamorados de la causa republicana optaron por cruzar el Atlántico y ponerse a su servicio.

El Sindicato Médico apoyó a la República y organizó colectas de fondos y ropa para colaborar con su defensa. Más aún, algunos de los integrantes del SMU tomaron la decisión de ponerse a disposición del gobierno republicano en el territorio en que fueran más necesarios. Fue así que los doctores Virgilio Bottero (tío de Pablo V. Carlevaro) y José B. Gomensoro partieron a España, a mediados de 1937, para integrarse a las Brigadas Internacionales. También otros uruguayos, como Roberto Cotelo, quien luego fuera, durante muchos años, administrador del CASMU, viajaron al viejo continente.

Carlos María Fosalba, desde las páginas de *Acción Sindical*, despedía a Bottero y Gomensoro pidiendo que no se los juzgara solo por «la posición ideológica de cada uno, sino también de acuerdo con las hebras del alma de Don Quijote o de Sancho que se llevan en el alma propia...».

Añadía, además, que:

por encima de todos los juicios [debía estar] el gesto en sí, descarnado de toda intención. Porque no se abandona la carrera abrazada por vocación, porque no se deja para servir a una idea, amigos, padres, hermanos, seres queridos con toda el alma, sin cortar en carne propia, sin que el alma misma se desgarre.

América en esta hora triste para España le está devolviendo sus caballeros. Pero, en verdad, solo vuelven los que pertenecen a la raza de los apasionados que vinieron a luchar por su fe, los de la estirpe de esos hombres generosos que quisieron libertar a una raza oprimida. De aquellos que llegaron seducidos por la leyenda de El Dorado, por el

miraje fabuloso de las minas de Cipango y de las sierras de la Plata, no vuelve ninguno. Porque todos saben que hoy en tierras castellanas, solo hay privaciones, peligros, miseria y dolor. ¡Y quién sabe aún por cuánto tiempo!

Por cartas llegadas últimamente nos enteramos que Bottero y Gomensoro han llegado a territorio leal. Les deseamos que encuentren para su capacidad, para su desinterés y su entusiasmo un empleo digno de ellos.¹¹⁴

Bottero y Gomensoro realizaron un extenuante viaje por mar, y debieron esperar, ya en Europa, durante 20 días en Marsella. Finalmente, en junio, lograron llegar a Cataluña, pero en el trayecto en tren por los Pirineos, Bottero sufrió una hemoptisis, debido a la tuberculosis que padecía desde hacía años, y fue Gomensoro quien le prestó asistencia.

Bottero guardó reposo en Cerdanyola, ciudad cercana a Barcelona, pero su estado de salud no mejoró, y junto a Gomensoro regresaron a Uruguay a fines de 1937.¹¹⁵

La Guerra Civil llegó a su fin con la derrota de los republicanos. Europa ardía en conflictos y en 1939 las tropas nazis invadieron Polonia, dando inicio a la Segunda Guerra Mundial.

El SMU se hacía eco del avasallamiento de las libertades (aún eran inimaginables los horrores que dejaría el enfrentamiento), y un manifiesto aprobado en la asamblea del 27 de junio de 1940 condenaba al régimen nazi y señalaba que el sindicato «que se ha constituido y desempeñado bajo un régimen de gobierno republicano, democrático, representativo, condena con espíritu airado la guerra de conquista que practican descaradamente las dictaduras totalitarias de Europa».¹¹⁶

Ese informe, redactado por Carlos María Fosalba, Felipe Gaione y Ricardo B. Yannicelli, aseguraba que:

la neutralidad es imposible [...] cuando de los grandes principios se trata. La neutralidad, es decir, la pasividad, solo es admisible en el terreno menor, pero nunca en la cima intocable de los grandes ideales y de los supremos principios de la convivencia humana [...] La falta más grande es la neutralidad, que es en los hechos complicidad e indiferencia frente al crimen.¹¹⁷

En el convulsionado Uruguay, las posiciones estuvieron más o menos divididas hasta que Alemania invadió la Unión Soviética, en 1942. De todas maneras, pese a que el clima general era proaliados, grupos que simpatizaban con el fascismo y el nazismo trabajaban y siguieron trabajando, a la luz o a la sombra que les permitieron los gobiernos de turno.

Y en la Memoria 1940-1941, de 1942, se propuso una modificación al texto del art. 2.º de los Estatutos, a instancias del Dr. José A. Gallinal:

j) Utilizar su influencia moral y su poder material para defender todos aquellos principios económicos, jurídicos, sociales y éticos considerados, por la expresión libre y mayoritaria de su Asamblea, como justos y dignos de ser defendidos, teniendo como norte el bien de la humanidad, la defensa de la democracia, el progreso del país y la felicidad de los individuos...¹¹⁸

Este objetivo no fue incorporado al texto legal del Estatuto, pero pasó a ser, de hecho, parte del espíritu que alentó desde entonces las posturas y decisiones del sindicato.

Esa forma de entender la acción sindical llevó a que, en 1942, un pequeño grupo de profesionales descontento con lo que entendían era una

«politización» del sindicato, se escindiera y fundara el Colegio Médico, una agrupación minoritaria que sobrevivió unas tres décadas.

Los convulsionados 60: el avance del autoritarismo y el Congreso del Pueblo

Con el inicio de la década del 60, la Guerra Fría y la Revolución cubana, Uruguay se convirtió en escenario, también, de esos episodios. Estudiantes, profesionales y trabajadores habían conseguido la Ley Orgánica de la Universidad en 1958, con mucha presencia en las calles y el debate público. La ultraderecha, por su parte, comenzó a realizar ataques contra todo aquello que le pareciera «popular», de izquierda o judío. El 6 de julio de 1962, un comando nazi secuestró a la joven Soledad Barrett, nieta del escritor y pensador Rafael Barrett, la humilló y le grabó con navajas esvásticas en los muslos, algo que fue probado por una junta del SMU.¹¹⁹ Esta práctica no era inédita, ni Barrett sería la única víctima: organizaciones filofascistas tenían por costumbre amenazar y golpear a militantes sociales o de izquierda, o a personalidades de la colectividad judía, como sufrió en carne propia el Dr. Silvio Aladjem.

Ante esa situación, algunos afiliados al SMU solicitan la convocatoria a una asamblea para debatir la posición del Sindicato ante los totalitarismos de cualquier sesgo: nazismo, fascismo, comunismo, falangismo.

La asamblea se llevó a cabo el 28 de octubre de 1962 en el viejo cine Victoria, de Fernández Crespo y Miguelete, y la declaración aprobada, presentada por el Dr. Conrado Nin Avelleyra, manifestaba «la oposición [del SMU] y repudio a toda forma de totalitarismo, sea nazismo, comunismo, falangismo, etc., y , por lo tanto, las manifestaciones

totalitarias nazifascistas y antisemitas acontecidas recientemente».¹²⁰ La declaración rechaza a los totalitarismos «sin excepción» por entender que estos:

tienen un común denominador de criminalidad y terrorismo ideológico incompatible con el respeto que en el Uruguay merece la dignidad del hombre. Está contra todas las formas de colonialismo o imperialismo (militar, económico, político, ideológico, etc.). Y está contra todos los totalitarismos y se abstendrá de actuar o colaborar con organizaciones políticas totalitarias.¹²¹

Inspirado en el mismo ideal, el Dr. Atilio Morquio, presidente del SMU, pronunció el discurso inaugural en el Congreso del Pueblo, de agosto de 1965, que desembocaría al año siguiente en la fundación de la Convención Nacional de Trabajadores (CNT).

Unas 13.000 personas se reunieron aquel 12 de agosto en el Palacio Peñarol, en el que Morquio, demostrando la unidad que existía entre médicos y trabajadores, señaló:

Las fuerzas de la reacción acechan, el cercenamiento de las libertades públicas se acrece y el «gorilazo» se anuncia. Surge entonces una conclusión unánime: la crisis que sufre el país tiene un carácter estructural; es forzoso, pues, introducir cambios en lo económico, político y social; sin ello será imposible salir del subdesarrollo en que vivimos y de las condiciones de vida de las masas trabajadoras que se deterioran grave e irremediablemente. La lucha gremial y de todas las fuerzas progresistas del trabajo nacional deberán orientarse a realizar las grandes transformaciones de estas estructuras caducas.¹²²

El devenir de los acontecimientos le daría la razón. La crisis económica y política a la que aludía Morquio era un hecho, y «el gorilazo» se hizo presente con la instauración de las Medidas Prontas de Seguridad y el recrudecimiento de la represión a las manifestaciones populares. El 14 de agosto de 1968 muere asesinado el estudiante de Odontología Líber Arce, y la denuncia del hecho («No murió, lo mataron», tituló el boletín *Noticias* de agosto de ese año), llevó a que las autoridades policiales de Montevideo recordaran al Sindicato la prohibición de publicar «noticias que, de cualquier manera, tendieran a la agravación de la situación de hecho»¹²³ que atravesaba el país.

Esto sería apenas el comienzo: detenciones de dirigentes y atentados contra los domicilios de los doctores Raúl Praderi y Manuel Liberoff, además de la persecución de la actividad gremial serían una constante hasta 1973, año del golpe de Estado.

De cualquier manera, la situación uruguaya no era exclusiva en la región y los gobiernos de cuño autoritario venían alternando en el Ejecutivo de varios países de Sudamérica.

En setiembre de 1969, el SMU envió una delegación a Paraguay para informarse y comprobar la veracidad de diversas denuncias sobre violaciones de los derechos humanos a presos políticos, bajo la dictadura de Alfredo Stroessner. Esa misión, integrada por los doctores Carlos A. Gómez Haedo, Eduardo Yannicelli y Jorge Dubra, no fue autorizada a entrevistarse con los prisioneros, algunos de ellos médicos, opositores al Gobierno. Aquella misión estuvo animada no solo por el afán de justicia y respeto por la vida humana, sino por la simpatía hacia muchos estudiantes de Medicina paraguayos que se encontraban por entonces en Uruguay, así como por aquellos que, una vez recibidos, optaron por afincarse en nuestro país.

Aunque el gobierno de Stroessner no permitió el libre accionar de la delegación, la entrevista cobró, por su importancia, repercusión internacional, incluso mayor que la que había logrado meses antes la Confederación Médica Panamericana.

Décadas después, en otro contexto aunque con el mismo espíritu, le cupo al SMU la responsabilidad de enfrentarse a la dictadura de Augusto Pinochet, en Chile. En 1987, los doctores Alberto Cid, Juan Laviña y Miguel I. Dicancro fueron los representantes del Sindicato en el país trasandino, para conocer la realidad de los prisioneros políticos. Allí se informaron de primera mano de las aberraciones cometidas por el gobierno dictatorial.



Congreso del pueblo.

El golpe de Estado y la huelga general de 1973

El miércoles 27 de junio, el ciudadano desprevenido se topó con el titular del diario *El País* que, en un tipo de letra imposible de ignorar, informaba: «Disolvieron las cámaras». Este era el punto y aparte en una escalada de represión y descaecimiento de las instituciones democráticas que llevaba varios años. Al mismo tiempo, Uruguay enfrentaba una crisis económica descomunal de la que no escapaba ningún sector asalariado ni del pequeño empresariado.

La noticia no tomó por sorpresa a nadie. Hacía al menos un lustro que, desde el Gobierno, se venía endureciendo la represión a los movimientos populares y con la excusa de la lucha contra la sedición el autoritarismo ganaba adeptos en filas castrenses y en buena parte de lo que, por entonces, se conocía como «la rosca», integrada por el capital financiero y terrateniente.

Las Medidas Prontas de Seguridad, las clausuras de periódicos, el encarcelamiento de dirigentes sindicales y estudiantiles y la proscripción de partidos políticos venían abonando el terreno para lo que, de una manera u otra, se daría en toda la región en el correr de la primera mitad de los 70. Bolivia pasaba de un gobierno dictatorial a otro, Paraguay llevaba dos décadas de autoritarismo, Brasil había tenido su quiebre institucional en 1964, y luego vendrían Uruguay, Chile y Argentina.

Frente a ese panorama, la CNT tenía previsto iniciar una huelga general en el caso de que se consumara un golpe de Estado. Si bien a comienzos de ese año, en el «febrero amargo» que relató el entonces senador Amílcar Vasconcellos, se había establecido el Consejo de Seguridad Nacional (COSENA), una suerte de gobierno de facto integrado por miembros del Ejecutivo y las Fuerzas Armadas, las instituciones representativas continuaban funcionando y denunciando la situación.

El 26 de junio, día previo al golpe de Estado, el Comité Ejecutivo del Sindicato Médico realizó una sesión extraordinaria. A las 23:00, la reunión comenzó a analizar los hechos que se estaban sucediendo. Las noticias sobre la disolución del Parlamento ya eran *vox populi*, y el Senado iniciaba su última sesión extraordinaria desde las 0:25 del 27 de junio.

Ante esa situación, el Ejecutivo del Sindicato se plantea qué actitud tomar. Ya se había convocado una Asamblea General Extraordinaria para el día siguiente, en la que participarían los técnicos del CASMU y afiliados al

SMU para tratar «problemas reivindicativos de la profesión», y el Comité resolvió volcar en ella las resoluciones que se tomaran esa misma noche.

En la ocasión, y frente a la situación presente, se acordó mantener la función informativa y que se realizaría una paralización total de las actividades médicas en caso de que algún profesional fuera detenido por razones de militancia. En el mismo sentido, y haciendo mención a la definición de la Organización Mundial de la Salud, se subrayó que no podía admitirse la «salud sin libertad», y se propuso el paro y ocupación de los lugares de trabajo y la formación de comités de base que respondieran al SMU, en conjunto y en apoyo recíproco con los funcionarios.

Esa reunión finalizó con la resolución de mantener en los mismos términos la Asamblea prevista y convocada para el 27 de junio, tomar contacto con la Convención Nacional de los Trabajadores (CNT) y la Federación Médica del Interior (FMI), y delinear una serie de medidas para plantear al Comité Ejecutivo, que sesionaría el mismo 27 de junio al mediodía. Asimismo, se dispuso que el Comité de Movilización, implementado frente a la ruptura institucional, actuaría subordinado como comisión del propio Ejecutivo.

La reunión finalizó a la 1:30 del 27 de junio. Apenas diez minutos después, en el Palacio Legislativo, se ponía fin a la última sesión del Senado hasta 1985, y a las 5:00 el gobierno de facto oficializaba la disolución de las Cámaras.

La Asamblea del 27 de junio de 1973

Una multitud de profesionales y estudiantes acudió esa noche a la Facultad de Medicina, donde se desarrollaría la primera asamblea del Sindicato

Médico bajo el nuevo gobierno dictatorial.

Aquella asamblea, convocada originalmente para discutir «reivindicaciones salariales de médicos y practicantes insertas en la problemática del médico frente a la crisis económica y estructural de los servicios de atención médica» y «consideración de la situación económica del CASMU e información sobre transformaciones estructurales» tomó un cariz distinto.

El Dr. Barrett Díaz, en nombre del Comité Ejecutivo, comenzó haciendo un extenso alegato sobre la situación económica de los médicos, y la crisis estructural y financiera, no solo del CASMU sino del sistema mutual en su conjunto. Sin embargo, luego de plantear las condiciones de calamidad en que desempeñaban su trabajo los profesionales de la Medicina, expresó que:

sobre la marcha de los acontecimientos y ya en vísperas de esta Asamblea ocurrieron los sucesos de notoriedad, que evidentemente ponen un signo de interrogación sobre la totalidad del destino nacional, incluyendo, por lo tanto, todas estas cosas que ya habían estado previstas en la temática, cuando planteábamos que los problemas médicos debían encararse en el conjunto de la problemática nacional.

En medio de los sucesos que se están viviendo, e integrando el conjunto de trascendidos que tienen alguna significación en el problema concreto planteado, está el de que se otorgaría algún incremento salarial, haciéndose circular la cifra porcentual de hasta un 50%. Nosotros analizamos la situación y pensamos que ella es muy clara en el momento actual; que el problema esencial es el del cercenamiento a cara descubierta de las libertades, de lo que pudiera haber de posibilidad de lucha y de mínimas garantías para las actividades como esta de estudio y exigencia de los derechos de los trabajadores. No es que pensemos que de hecho se agregue mucho con la disolución formal de las Cámaras,

pero sí entendemos que tiene un significado claro el hacerlo de manera explícita y, como decíamos, a cara descubierta, en franca sedición respecto al texto constitucional, sin cuidar las formas y sin proceder de acuerdo a alguna de las maneras de disolución previstas en él.

De modo que ahora justamente pasa a primer plano el problema de las libertades, para poder obtener así todo lo que nosotros hemos estado analizando en esta Asamblea. No creo que haya que entrar a analizar la promesa de incremento salarial, como no sea para considerarla como un anuncio demagógico que de alguna manera soslaye el problema fundamental de las libertades planteado en el país, respecto del cual el Sindicato Médico genéricamente ya tomó resolución en una Asamblea realizada el año pasado, en el sentido de que si se producía un golpe de Estado, nosotros íbamos a adherir a la medida general de lucha del movimiento sindical y popular uruguayo de suspender las actividades con ocupación de los lugares de trabajo.¹²⁴

Díaz agregó que el Comité Ejecutivo había tomado contacto con el movimiento sindical, y que, en coincidencia con lo establecido por la CNT, se propondría ante la asamblea la siguiente moción:

Frente a la gravedad de la hora, el Sindicato Médico del Uruguay declara: que siendo la libertad y el salario dignos sustentos imprescindibles de la salud individual y social, no será pues con demagógicas promesas de aumento salarial, unidas al cercenamiento de las libertades, que han de solucionarse los problemas del país y del pueblo oriental. El Sindicato Médico, que está con el pueblo y su lucha, y que es responsable de la salud de la población resuelve:

- 1) Adherir al paro general por tiempo indeterminado, con ocupación de los lugares de trabajo, resuelto por el conjunto del movimiento

popular.

- 2) Especificar que ante la detención de cualquier colega, se realizará paro general por tiempo indeterminado hasta su liberación, con atención médica solo imprescindible.
- 3) Especificar también que en caso de existir alguna restricción del derecho de reunión de nuestro gremio, se aplicará en forma inmediata el paro general por tiempo indeterminado, hasta poder realizar normalmente nuestras reuniones.¹²⁵

La moción fue aprobada. Esa noche, aquella asamblea representó un mojón más en la larga lucha del Sindicato Médico en la reivindicación no solo de sus derechos corporativos, sino hermanado con las causas populares y antiautoritarias. La historia reservaba para el SMU otras instancias en las que poner a prueba su temple.

«En el 73 el SMU era un baluarte contra la dictadura», recuerda el Dr. Marcos Carámbula.¹²⁶ «En particular en la huelga general los estudiantes nos organizamos junto al SMU en todo lo que era la solidaridad con los obreros que estaban ocupando, la distribución de la nafta, la distribución de boletines».

El final de la huelga General

La huelga general se prolongó durante dos semanas, en las que el Sindicato Médico estuvo codo con codo con los sectores democráticos, en defensa de la institucionalidad y en rechazo de la dictadura.

El sábado 30 de junio, el gobierno cívico-militar ilegalizó la CNT y pidió la captura de 51 de sus dirigentes. A la oposición popular, las autoridades de

facto respondieron con mayor represión, y dos estudiantes fueron asesinados.

El 9 de julio, sobre el mediodía, la voz de Ruben Castillo, desde radio Sarandí, repitió varias veces el poema «Llanto por Ignacio Sánchez Mejías», de Federico García Lorca, aquel de «En las esquinas, grupos de silencio, a las cinco de la tarde».

Esa fue la convocatoria para la movilización, organizada desde la clandestinidad por la CNT, la FEUU y FUCVAM, que se realizaría a las 17:00 en 18 de Julio, en repudio a la dictadura. Pocos minutos antes de la hora pautada, el movimiento por la principal avenida céntrica no era demasiado importante, pero «a las cinco de la tarde» miles de personas provenientes desde diversos puntos coparon aceras y calzada.

En Colonia y Arenal Grande había un bastión de resistencia. En el 73 salimos a la marcha del 9 de julio desde el SMU, médicos y estudiantes. Nos juntamos en el sindicato y salimos a la calle. Fue una presencia médica-estudiantil formidable. Y luego, en todo ese tiempo, trabajando muy activamente en la red que era la resistencia a la dictadura.¹²⁷

La movilización se desarrolló entre la Plaza Independencia y la Universidad, pero también se extendió a calles aledañas, hacia donde se replegaban los manifestantes para luego volver a 18 de Julio. La jornada finalizó con decenas de heridos y contusos y cientos de detenidos.

Al día siguiente, una nueva asamblea del SMU, desarrollada en la Facultad de Medicina cercada por las fuerzas represivas, servía como balance y resumen de lo actuado por el gremio junto a estudiantes y trabajadores desde la disolución de las Cámaras hasta ese día.

El tema no es analizar situaciones particulares de distintos funcionarios públicos –decía el Dr. Luis Grieco.

Lo importante es seguir la lucha contra la dictadura. El enemigo está enfrente, y no aquí adentro. A quienes no estén a la altura de las circunstancias, dejémosle por el camino. Ya habrá tiempo de analizar situaciones particulares. No estamos solos. La movilización existe y debe seguir intensamente, como hasta ahora, marcando que seguimos en pie de lucha. Con distintos compañeros hemos aprendido una lección de dignidad nacional y de moral al realizar entrevistas y visitas a los compañeros trabajadores que están en lucha. La clase obrera está en la primera línea de batalla.

También lo ha demostrado el pueblo en la manifestación, con una conciencia clara de los riesgos que corría, pero que igual se mostró increíblemente audaz y temerario. Yo sentí miedo y hasta llegué a vacilar; dudé sobre ir a la manifestación pues sabía de la represión que se iba a desatar. Pero me contagió el entusiasmo y llegado el momento corrí entre los demás, despavoridos, para volver a reagruparnos y retornar a 18 de Julio. Nuestra lucha es por la libertad del Uruguay, es por ese muchacho humilde de Piedras Blancas que cayó muerto por las balas de la dictadura, es por todas las banderas que hemos levantado y que nos honran. La victoria está cerca. Eso es seguro mientras siga existiendo un pueblo que salga a la calle como lo hizo ayer, cantando las estrofas del himno patrio y uniendo sus voces en un grito de «Tiranos, temblad». Por eso que este no es el momento de considerar situaciones particulares, sino de abocarnos a mantener firme la movilización y actuar más unidos que nunca. El enemigo es uno solo y a él debemos vencerlo.¹²⁸

La situación no era la más favorable. El Gobierno había comenzado a militarizar algunos servicios, por lo que los funcionarios pasaban a estar

sometidos a una disciplina castrense: la desobediencia, el ausentismo o la mera discrepancia con las autoridades eran sancionadas con la suspensión, la pérdida de la fuente laboral o la detención. El Cilindro Municipal de Montevideo recibía, día a día, prisioneros por decenas.

En su intervención en la asamblea, el Dr. Manuel Liberoff hacía referencia a la lucha de los médicos junto al pueblo, a la asistencia sanitaria que se brindó durante la huelga, que fue eficaz y organizada, y también al futuro que esperaba al país, en vistas de la crisis no solo institucional sino económica en que estaba sumido.

Estoy seguro de que ninguno de los aquí presentes deja de estar comprometido en esta alternativa histórica nacional. Todos en alguna medida –desde los que están en la Dirección del SMU hasta los que distribuyen un pequeño panfleto o traen su solidaridad a esta lucha–, absolutamente todos están comprometidos. Yo diría que ya todos estamos movilizados. Todos ya tenemos escrito un artículo del Código Penal civil, militar o autoritario de la dictadura, puesto en nuestro legajo personal. Es sobre esta base que digo que esta tiene que ser la Asamblea de unidad de los médicos orientales, que lleve adelante los idearios más caros de nuestro Artigas. Para los médicos, como para todos los hombres, la libertad es el aire y la sangre de la vida. [...] Yo solo pregunto esto: ¿ustedes creen que haya una gran diferencia entre la medicina que hacemos ahora y la que va a haber dentro de poco si el Uruguay se hunde en la crisis económica más increíble, sobre todo después de estos diez o doce días de resistencia gloriosa del pueblo oriental, que han hecho descender en un 10% el producto bruto interno, cosa que no podrá solucionarse a menos que se dé vuelta la situación? No hay medicina aquí, en el Uruguay. ¿Quién no ha estado en algún centro del exterior?

Todos sabemos cuál es nuestra realidad. Por otra parte, ninguno de nosotros ha dejado a nadie sin atender, en esta ni en ninguna otra huelga. No tenemos medicina y si seguimos así seguiremos sin tenerla. Por eso debemos unirnos, para que algún día podamos mirarnos frente a frente con orgullo para decir: esto que ejercemos como profesión médica es lo que gestamos en aquella situación histórica que nos tocó vivir –decía Liberoff.

Así las cosas, la asamblea general declaró «mantener inalterable su adhesión a los principios democrático-republicanos de gobierno», condenando toda acción que perjudique el orden institucional democrático, republicano y representativo, y denunciando el cerco que el Ejército imponía sobre la Facultad de Medicina, coaccionando a la asamblea y limitando sus potestades soberanas; resolvió mantener el paro médico y facultó al Comité Ejecutivo para «reglamentar los aspectos prácticos [del paro] de forma de realizar la atención médica necesaria para la población» y para instrumentar las medidas de movilización que juzgara oportunas, «considerando a estos efectos los hechos emanados del conjunto del movimiento sindical»; rechazó el requerimiento de los miembros del Comité Ejecutivo por parte de las Fuerzas Conjuntas, y resolvió descontar hasta un 5% de los honorarios profesionales «para formar un fondo para la protección económica de los médicos que sean destituidos por cumplir las resoluciones del gremio». Al grito de «Tiranos, temblad» la moción fue aprobada por unanimidad y aclamación.

Las repercusiones de la huelga y las Elecciones Universitarias de 1973

La CNT resolvió finalizar la huelga general el 11 de julio. Luego de dos semanas de paralizar el país, la central obrera interpretó que ya no tenía fuerzas para continuar resistiendo, y que los esfuerzos deberían abocarse de allí en más a la reconstrucción del movimiento sindical. De todas maneras, uno de sus cometidos, el de demostrar que la dictadura no era bien recibida por la ciudadanía, había sido cumplido.

El SMU acompañó la decisión de la CNT, y el Comité Ejecutivo recibió la información, el 12 de julio, de la detención del tesorero del Sindicato, Manuel Liberoff, y de seis practicantes de medicina por parte de las Fuerzas Conjuntas. Liberoff fue trasladado al cuartel militar del kilómetro 14 de Camino Maldonado, donde permaneció recluido e incomunicado hasta su expulsión del país, el 10 de noviembre de 1973. El Sindicato comenzó una serie de esfuerzos tendientes a dar con su paradero y liberación, y sería ese el comienzo de muchas actividades que realizaría en los años venideros en defensa de las libertades y los derechos humanos (cabe aclarar que Liberoff fue nuevamente detenido en Buenos Aires, el 19 de mayo de 1976, y desde entonces figura en la nómina de desaparecidos. Su crimen sigue impune).

Pero otro desafío tenía por delante el SMU, junto al movimiento estudiantil: el 12 de setiembre de 1973 se realizarían las elecciones universitarias y la dictadura tenía especial esperanza en que, con ellas, se lograría barrer con «la infiltración marxista», al decir del designado ministro de Educación y Cultura, Edmundo Narancio. Los comicios se efectuaron mediante voto secreto en los tres órdenes, y en ellos triunfaron, para disgusto del gobierno cívico-militar, las corrientes favorables a la autonomía universitaria y contrarias al régimen de facto.



MANUEL LIBEROFF

En una asamblea del SMU realizada el 10 de agosto de ese año, el Dr. Barrett Díaz expresaba que esas elecciones se realizarían «en un pasaje muy especial de la vida del país».

Hemos vivido –decía Díaz– la disolución del Parlamento, la prohibición de actividades políticas, las clausuras de la prensa, la reglamentación sindical por vía del decreto, la detención de dirigentes sindicales, la ilegalidad de la CNT. En suma, la ruptura de valores acuñados en el correr de muchas décadas de convivencia; en cambio, los problemas cuya urgente solución pretextara la quiebra institucional se agravan a ritmo aún más acelerado [...] En este momento tan especial queremos rescatar los valores fundamentales de la Universidad: autonomía, cogobierno, libertad de cátedra, pluralismo ideológico [...] La Universidad ha sido y debe seguir siendo fiel a estos postuladas esenciales.¹²⁹

Aquella acalorada asamblea, en la que se discutió sobre la pertinencia de concurrir a las elecciones con el lema común del sindicato, pese a la creación del Movimiento Universitario Nacionalista (MUN), que abogó por presentarse bajo el ala de su identificación partidaria, fue emblemática. Allí, y ya en dictadura, el SMU reafirmaba su compromiso gremial, por encima de las opciones políticas de cada uno de sus afiliados.

El Dr. Marcos Carámbula, que por entonces conducía *La voz del Sindicato Médico*, audición gremial que se emitía por Radio Vanguardia, recuerda que desde la emisora se hizo un importante trabajo de cara a esas elecciones.

Lo hacemos durante todo el período de preparación de las elecciones universitarias del 73, donde el SMU juega un rol muy importante. Se producen en dictadura las elecciones universitarias. La FEUU lleva sus

listas, los profesionales, liderados por el SMU, llevan sus listas, el orden docente lleva sus listas. Y en un triunfo de lo que eran las corrientes de izquierda, gana aún en dictadura. En plena dictadura ganan las corrientes de izquierda, menos en el orden de egresados, donde gana la derecha. Pero, en general, gana la FEUU en el orden estudiantil, ganan los docentes progresistas en la Facultad de Medicina, y ganan los egresados liderados por el SMU. Es un gran triunfo. Setiembre del 73. Nosotros estábamos celebrando el triunfo en las elecciones universitarias al mismo tiempo que se estaba dando un golpe de Estado contra Allende en Chile.¹³⁰

Las autoridades de facto no pudieron desconocer el resultado de los comicios, pero pocos días después, el 27 de octubre, y a raíz de un confuso episodio con un artefacto explosivo en la Facultad de Ingeniería, que causó la muerte de un estudiante, intervinieron la Universidad. Se detuvo al rector, a varios de los decanos y al resto del Consejo Directivo Central, y se ilegalizó a la FEUU y a varios partidos políticos de izquierda. La administración de la casa de estudios quedó en manos del ministro de Educación, y se suspendieron todas las actividades docentes y administrativas, con excepción del Hospital de Clínicas.

Durante los meses que siguieron, se destituyó a casi el 40% de los docentes y esos cargos fueron ocupados por designación directa.

Para el SMU y el CASMU, la situación no fue mejor: el 1.º de octubre de 1975, la dictadura intervino la personería jurídica del sindicato (y, por ende, del centro de asistencia) durante casi una década, hasta el 28 de enero de 1985.

El asesinato de Vladimir Roslik

Domingo 15 de abril de 1984 4 a. m. Vladimir Roslik, médico del pueblo de San Javier, departamento de Río Negro, casado con María Cristina Zabalkin, padre de un niño de cuatro meses, es detenido en su domicilio. La señora de Roslik, refiriéndose a la detención, dijo que «se sentía ruido. Había un escándalo: golpeaban la puerta, parecía que la querían tirar abajo. Se sentía ruido de autos, y yo le dije a Vladimir que podía ser un accidente o algo, y que lo venían a buscar. El gritaba “ya voy, ya voy”. En eso se abrió la puerta y él me dijo “no te asustes, Mary, no te asustes, que son soldados”. Lo tenían en la cocina esposado y vi que se lo llevaban, me tiré al suelo y le puse los zapatos y un saquito por arriba. El gritaba “otra vez no, otra vez pasar por lo mismo no”». ¹³¹

Vladimir Roslik era un médico oriundo de San Javier, que había cursado sus estudios en la Universidad Patrice Lumumba de Moscú gracias a una beca. Era el médico del pueblo. En 1984 tenía 42 años, un hijo de cuatro meses, y ya había conocido la tortura y la cárcel.

Cuando comenzó la dictadura cívico-militar, el gobierno de facto puso su mirada sobre el pueblo de San Javier: para ellos, ser ruso era sinónimo de ser comunista. En 1973, Roslik, que era el presidente del centro cultural sanjavierino Máximo Gorki, fue detenido por una semana, pese a que no tenía vínculos ni relación con ningún grupo político. Luego recobró la libertad, y su vida continuó con la normalidad que podía tener la de cualquiera en una localidad pequeña y permanentemente bajo vigilancia. Eso sí: renunció a la titularidad del Máximo Gorki. ¹³²

En 1980, la dictadura acusó a varios sanjavierinos de estar involucrados en un plan para ingresar armas facilitadas por el gobierno soviético a través

del Río Negro. Luego de espectaculares operativos y despliegue de efectivos, lograron incautar unas pocas escopetas de caza y fusiles de utilería que se utilizaban en las representaciones teatrales del centro cultural. Once de los detenidos en la ocasión fueron procesados por la justicia militar con penas de entre uno y cuatro años a cumplir en el Penal de Libertad. Antes de eso fueron torturados salvajemente en el cuartel de Fray Bentos. El médico Vladimir Roslik fue uno de ellos.

Salió de prisión y regresó a San Javier, donde era vigilado por las autoridades. Al poco tiempo pudo volver a ejercer la medicina, y su rutina era el trabajo como médico, la vida de hogar y alguna partida de conga en el Centro Bar.

En 1984 la dictadura tenía los días contados, pero no se resignaba a entregar el poder así nomás. Seguía ejerciendo la censura de prensa y a comienzos del año había ilegalizado al Plenario Intersindical de los Trabajadores (PIT) por su «vinculación ideológica» con la CNT.

En ese contexto, a principios de abril, San Javier volvía a ser el blanco del gobierno de facto. Nuevamente, como años atrás, urdieron una supuesta conspiración de inspiración marxista y, otra vez, Roslik fue llevado a un cuartel. Ya no saldría vivo de allí.

El 15 de ese mes, soldados allanaron su domicilio y se lo llevaron detenido al cuartel de Fray Bentos. Al día siguiente, su esposa, Mary Zabalkin, fue notificada de que debía ir a retirar el cuerpo de su marido fallecido.

La noche de la muerte de Roslik, en el mismo operativo, detuvieron a otras personas a las que también se pretendía acusar de traficar o esconder armas. Todos ellos recordaron, después, las torturas que sufrió el médico, sus gritos de dolor, sus súplicas, hasta que todo fue silencio. Para cuando el

médico militar Eduardo Sáiz Pedrini llegó al cuartel, Roslik ya estaba muerto. El último muerto de la dictadura.

Sáiz Pedrini era un «viejo conocido» de Roslik, dado que había participado en las sesiones de tortura a las que había sido sometido en 1980. Fue este médico quien realizó la autopsia del fallecido y certificó su defunción como consecuencia de un paro cardiorrespiratorio. «La autopsia no muestra más que signos leves e inespecíficos de asfixia, sin violencia, compatibles con una muerte por paro cardíaco respiratorio», anotó Sáiz como resumen del protocolo.¹³³

Mary Zabalkin llegó al Hospital de Fray Bentos y pidió ver, por última vez, el cuerpo de su esposo. «Tenía manchas de sangre en la camisa y la cabeza estaba envuelta con vendas, tipo pasamontañas».¹³⁴ Tres horas después de haber llegado al hospital, le entregaron el certificado de defunción, al que le faltaba el lugar, la hora y la causa de la muerte. Zabalkin supo que su marido había muerto en la tortura y quería que se lo confirmara una segunda autopsia.

Zabalkin se comunicó con Jorge Burjel, médico militar que conocía a Roslik, y este le recomendó que la nueva autopsia se realizara en Paysandú. Luego de varias negativas y ante la insistencia de la viuda, la justicia militar autorizó una nueva pericia en la que participaron, además de Burjel en el rol de representante de la familia, el médico comisario Aníbal Mojoli, el médico de unidad policial Adolfo Montauban, el médico supernumerario de Servicio Público Gonzalo Zuasti, y los médicos de Sanidad Militar Eduardo Lalus y Eduardo Sáiz.¹³⁵

El resultado de esta nueva autopsia no dejaba lugar a dudas: «Anemia aguda; síndrome asfíctico». Pese a que los médicos intervinientes no pudieron determinar –dadas las condiciones en que se había realizado la segunda pericia– cuál de esos elementos, o su asociación lesional, había

sido la causa del fallecimiento de Roslik, quedaba claro que no había sido un paro cardiorrespiratorio, sino que se trataba de una muerte violenta.

Al día siguiente, con ese resultado, la denuncia llegó primero a Montevideo y luego comenzó a circular por el mundo, y recién el 21 de abril la Dirección Nacional de Relaciones Públicas (DINARP) dio a conocer la versión «oficial» del operativo en el que había sido detenido Roslik, y daba cuenta de su fallecimiento «a causa de un paro cardíaco respiratorio sin muestras de violencia», ignorando los resultados de la segunda autopsia. Allí, además, acusaba a Roslik de supervisar la introducción al país, el transporte y el ocultamiento de armas.¹³⁶

Días después, el 25 de abril, el juez militar coronel Carmelo Bentancourt solicitó a Mary Zabalkin la autorización para exhumar el cuerpo de Roslik y practicar una tercera autopsia dados los resultados contradictorios de las dos primeras. Zabalkin estuvo de acuerdo, pero pidió que estuviera presente el doctor Burjel. Esta pericia se realizó bajo la responsabilidad del doctor José Mautone, jefe del Servicio de Anatomía Patológica de Sanidad de las Fuerzas Armadas, y del doctor Augusto Soiza.¹³⁷

Mientras la prensa *alternativa* nacional, a través de *Convicción*, *La Democracia*, *Aquí* y especialmente *Jaque*, denunciaba el asesinato de Roslik, las gremiales médicas también se movilizaban. El 14 de mayo, la asamblea del SMU declaró que:

el certificado de defunción de Roslik se expidió sin señalar causas, hora, lugar y todo otro aspecto exigido normalmente por las normas vigentes, colocando a quien lo suscribe, no solo al margen de la legalidad sino también de la ética médica.

El 18 de mayo, el semanario *Jaque*, que había accedido al resultado de la tercera autopsia, revelaba lo que era de público conocimiento: Roslik había

sido asesinado. En las conclusiones de ese trabajo se estableció que se trató de una muerte violenta multicausal; había ingresado a los bronquios un material fluido, de aspecto similar al del estómago, que obstruyó la vía aérea, determinando una asfixia aguda; existió un desgarro de hígado, con un hematoma subcapsular que determinó un secuestro sanguíneo a la circulación general, y se comprobaron los estigmas de múltiples traumatismos superficiales y profundos.¹³⁸ El gobierno, en tanto, no hizo declaraciones acerca de ese informe.

El Consejo Ejecutivo de FEMI, que ya había repudiado la muerte de Roslik y exigido una investigación, creó el 7 de julio un tribunal extraordinario para analizar los hechos, integrado por los Dres. Gregorio Martirena y Tabaré Caputi, así como por el Dr. Rodolfo Canabal en su calidad de jurista. Al mismo tiempo, suspendió preventivamente al Dr. Sáiz Pedrini en su carácter de miembro de la institución, quien fue expulsado definitivamente en el mes de octubre, cuando se conocieron los resultados de la investigación del tribunal.

Al mismo tiempo, el 7 de julio, la VII Convención Médica Nacional, aprobaba la creación de una Comisión Nacional de Ética Médica, que quedó constituida el 4 de marzo de 1985, con representantes del SMU, la FEMI, la Comisión de Derechos Humanos del Colegio de Abogados y estudiantes de Medicina. Esta Comisión avaló el fallo del tribunal extraordinario de la FEMI y expulsó a Sáiz del gremio médico.

La resistencia y «los subterráneos de la libertad»

Durante los años de represión y autoritarismo, el Sindicato Médico no descansó, y aún en la oscuridad, luchó por denunciar los crímenes de la dictadura y mantener vivos sus principios.



VLADIMIR ROSLIK

No fue fácil para el gremio médico: desde antes del inicio del régimen de facto ya conocía la persecución, la amenaza, la cárcel. En 1972 había muerto en extrañas circunstancias el Dr. Carlos Alvariza, a manos de los militares, y su deceso nunca fue aclarado.¹³⁹

Ya instalada la dictadura cívico-militar, el SMU fue acosado hasta arrastrarlo a la ilegalidad. Decenas de profesionales sufrieron prisión y exilio por motivos ideológicos. Así, marcharon al destierro Jorge Boutón, Atilio Morquio Yéregui, Tabaré González, Barret Díaz, Ricardo Caritat, Hugo Villar, Hugo Sacchi y tantos otros, algunos pasando previamente por los centros de detención tristemente famosos.

Con el Sindicato intervenido e impedido de reunirse, florecieron alternativas para mantener la comunicación y la discusión, aún solapada, de los temas que eran prohibidos. Surgieron «el grupo de los lunes», que intercambiaba ideas sobre literatura médica, casos clínicos y la realidad social y universitaria, la revista *Compendio* (una publicación de actualización clínica de enorme lucidez) y el Grupo de Mígues, en torno a la figura del Dr. Juan Carlos Macedo. Era Macedo, en su rol de médico y poeta, quien insistía en «durar», permanecer, aunque fuera en la sombra, en las pequeñas acciones cotidianas.

El plebiscito de 1980 y la derrota de los militares abrió levemente la puerta para que la organización volviera a tomar forma. Lentamente, en los hospitales de todo el país y en algunas mutualistas los médicos comenzaron a tejer una red, junto a los trabajadores de la salud y los estudiantes de Medicina, que cristalizaría, entre 1983 y 1984, con la creación de la Asociación Social y Cultural de Estudiantes de la Enseñanza Pública (ASCEEP), el Plenario Intersindical de los Trabajadores (PIT) y la Comisión Intergremial Médica (CIM), levantando las banderas de los ilegalizados FEUU, CNT y SMU. Aquella CIM que se reunía, primero, en

el local de AFCASMU y luego en la Casa del Médico, fue un actor de lujo en la recuperación de la sede sindical en 1985.

Se trató siempre de recorrer esos «subterráneos de la libertad» a los que aludía el escritor brasileño Jorge Amado, apoyando causas y eventos como el 1.º de mayo de 1983, el ayuno en repudio a la tortura de los sacerdotes *Perico Pérez Aguirre* y *Jorge Osorio* y el pastor metodista *Ademar Olivera*, iniciado el 11 de agosto y culminado el 25 de agosto de 1983 con una caceroleada y apagón voluntario en todo el país, la manifestación de la «primavera estudiantil» en setiembre de ese año, y el gran acto del Obelisco del 27 de noviembre. En todas esas expresiones populares estuvieron los médicos con sus carteles y su presencia militante.

Nada de eso fue gratuito. La dictadura apostaba al miedo y a los viejos fantasmas. En 1983 detuvo a 25 estudiantes de medicina, acusados de «sedición», los torturó con saña y encarceló y, en 1984, como último jalón del gobierno del terror, asesinó a *Vladimir Roslik*.

El CIM-SMU no se amedrentó ante las circunstancias adversas y en 1984 convocó junto a la Asociación de Estudiantes de Medicina y la FEMI la VII Convención Médica Nacional, que fue presidida por el Dr. *Carlos Gómez Haedo* y que contó entre sus presentes con los Dres. *Hugo Villar* y *Hugo Sacchi*, vueltos del exilio.

Es esta una apretadísima síntesis los hechos, a veces en silencio, que marcaron los años de resistencia del SMU, transitados con dignidad, coraje y espíritu democrático.

La Comisión Nacional de Ética Médica

El infame asesinato de Vladimir Roslik impulsó a los médicos a juzgar el comportamiento ético de sus pares durante el período dictatorial. A partir de la VII Convención Médica Nacional, desarrollada en 1984, el SMU y la Federación Médica del Interior crearon la Comisión Nacional de Ética Médica, con el fin de evaluar, como gremiales médicas, la conducta de los médicos militares. Esta Comisión comenzó a funcionar aún en dictadura, con las presiones y amenazas que eran de esperar.

El organismo estaba integrado por médicos y abogados, gracias a la colaboración del Colegio de Abogados del Uruguay, que cedió, además, su sede, con el fin de centralizar las operaciones de la Comisión. Por parte del Colegio de Abogados, participaron en el cuerpo destacados juristas como Rodolfo Canabal, Rodolfo Schurmann Pacheco, Francisco José Ottonelli, Jorge Pessano, Mireya Argelayet y Enrique Echeverría, mientras que, por parte de los médicos, intervinieron los Dres. Atilio Morquio, Aquiles H. Delfino, Eduardo Yannicelli, Victoriano Rodríguez de Vecchi, Frederick Giuria, José Pedro Cirillo y Luis Pedro Falconi por el SMU, y los Dres. Gregorio Martirena, Robert Long, Tabaré Caputi, y Héctor J. Fontes por la FEMI.¹⁴⁰

Fue la FEMI, que, a partir de ahí, con el Colegio de Abogados, instala, con el SMU, una Comisión de Ética permanente, tras los pasos del asesinato de Roslik. Finalmente, la FEMI sanciona a Sainz y a otros médicos que participaron en la tortura, y paralelamente nosotros iniciamos una investigación de los médicos que fueron partícipes en las violaciones a los derechos humanos. Y preside esa comisión una maravillosa persona, Rodolfo Canabal, presidente del Colegio de Abogados. Un hombre blanco, wilsonista, muy comprometido con los derechos humanos, que jugó un rol fundamental. Y luego, durante el

período de Alberto Cid, ya en democracia, se da todo el análisis de los médicos militares –recordó el Dr. Marcos Carámbula.¹⁴¹

La doctora Graciela Dighiero, que comenzó a participar en la actividad gremial alrededor de 1985, y que en 1987 integró como suplente la lista de la agrupación Fosalba que llevó al Dr. Alberto Cid a la presidencia del Sindicato, dijo que «para ir la fogueando», el titular del Comité Ejecutivo la puso nada menos que al frente del Tribunal Arbitral. «Un momento difícilísimo, porque estaba el asunto de los médicos militares»,¹⁴² explicó.

Integraba ese Consejo Arbitral el profesor Yamandú Sica Blanco, [José] Álvarez Martínez, el profesor [Luis F.] Algorta y el profesor [Nobel] Tarallo, por la [agrupación] Praderi. Y nos tocó el tema de los médicos militares que eran socios del SMU. Los torturadores, por supuesto, se habían borrado. No los tuvimos para declarar. Pero era una lista interminable. Fuimos con Alberto Cid y Juan Lavigna, que era el secretario, a pedirle al general [Hugo] Medina [comandante en Jefe del Ejército durante la dictadura y entonces ministro de Defensa del gobierno de Julio María Sanguinetti] que nos entregara las actas que había pedido el abogado, el doctor Rodolfo Canabal. Y el general Medina nos dijo «están todas en el cofre fort y de ahí no van a salir». El argumento fue que de acá no salen¹⁴³ –dijo Dighiero, que apuntó, además, que la mayoría de los casos no arrojaron grandes sanciones.

En cambio, destacó que los médicos cuya participación en las torturas estaba probada o había sido denunciada por muchas víctimas, no pertenecían al sindicato. Hubo casos de médicos que denunciaron a otros por apremios, pero no fue posible someterlos al tribunal.

La Comisión tenía como propósito recibir y analizar las denuncias, recabar las pruebas necesarias y convocar al médico cuestionado, quien contaba con todas las garantías para su defensa; luego emitía un fallo (que no era una sentencia, dado que no se trataba de un tribunal judicial), llegando a sancionar al involucrado con la expulsión del cuerpo gremial. Para que la Comisión tomara un caso, el médico acusado debía tener, al menos, dos denuncias.

Uruguay Russi, expresidente de la FEMI y miembro de la Comisión Nacional de Ética Médica, recordó que cuatro médicos fueron expulsados de los gremios, y otros recibieron sanciones por faltas éticas de distinta entidad. Por entonces, «muchos querían mirar para el costado, pero los gremios dijeron “no, hay que investigar”». ¹⁴⁴

La Comisión estuvo en funciones hasta 1990, cuando presentó un informe detallado de su actuación, y archivó toda la documentación generada en el curso de sus actuaciones. El 13 de setiembre de 2019, el SMU y la FEMI entregaron a la Suprema Corte de Justicia los 80 expedientes de los dictámenes de la Comisión Nacional de Ética.

Esta información «no estaba oculta», y «siempre estuvo disponible para la Justicia, la que, en reiteradas ocasiones, la consultó y la hizo formar parte de actuaciones judiciales de diversas causas, algunas de las cuales aún están abiertas», ¹⁴⁵ dijo el Dr. Gustavo Grecco, presidente del SMU. Desde ese momento, con la cesión de los documentos se facilitó a la Justicia el acceso a los expedientes que ya no pertenecen al Sindicato.

109 Cubero Castillo, Enrique (2012). «La ética médica en Venezuela (1895-1918)». *Bitácora-e. Revista Electrónica Latinoamericana de Estudios Sociales, Históricos y*

- Culturales de la Ciencia y la Tecnología*. Mérida. Recuperado de: www.saber.ula.ve pág. 8.
- 110 A. A. *Código de Ética Médica* (1995), pág. 4. Recuperado de: www.sermedico.com.uy
- 111 Mañana Cattani, Julio (1992). *Historia del Sindicato Médico del Uruguay*, pág. 45. Montevideo: SMU.
- 112 Mañana Cattani, *op. cit.*, pág. 50.
- 113 *Idem*, pág. 50.
- 114 www.smu.org.uy
- 115 A. A. (s/f). *Bottero Mortara, Virgilio*. Recuperado de: columnauruguay.wordpress.com
- 116 Rojas Beltrán, *op. cit.*, pág. 66.
- 117 *Ibidem*.
- 118 *Ibidem*.
- 119 Broquetas, Magdalena (2012). *Los atentados de julio de 1962. Una aproximación a la violencia política en el Uruguay de los tempranos sesenta desde la perspectiva del ideario conservador*. Montevideo. Recuperado de: www.geipar.udelar.edu.uy pág. 8
- 120 Mañana Cattani, *op. cit.*, pág. 111.
- 121 Turnes, Antonio L. (2002) *Las agrupaciones en el SMU*, págs. 14-15. Recuperado en: www.smu.org.uy
- 122 A. A. (2008). «Congreso del Pueblo. Convocatoria y antecedentes (2) Jornada inaugural y desarrollo», *Revista Trabajo & Utopía*. Año 9, N.º 76. pág. 17. Montevideo.
- 123 Rojas Beltrán, *op. cit.*, pág.72.
- 124 Versión taquigráfica de la Asamblea General Extraordinaria del SMU y de Técnicos del CASMU (27 de junio de 1973). Recuperado en: www.smu.org.uy. págs. 7-8.
- 125 *Idem*, pág. 8.
- 126 Dr. Marcos Carámbula. Conversación con el autor.
- 127 Dr. Marcos Carámbula. Conversación con el autor.
- 128 Versión taquigráfica de la Asamblea General Extraordinaria del SMU y de Técnicos del CASMU (27 de junio de 1973), pág. 27.
- 129 *Idem*, pág. 47.
- 130 Dr. Marcos Carámbula. Conversación con el autor.
- 131 Petit, Juan Miguel; Bluth, Alejandro (1984). «Caso Roslik. Cronología». *Semanario Jaque*. Año 1. N.º 21, pág. 2. Montevideo.
- 132 Martínez, Virginia (2013). *Los rusos de San Javier*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental, págs. 111-112.
- 133 *Idem*, pág. 171.
- 134 *Idem*, pág. 173.
- 135 *Idem*, pág. 174.
- 136 *Idem*, pág. 178.
- 137 *Idem*, pág. 181.

138 *Idem*, pág. 188

139 El Dr. Carlos Alvariza fue detenido el 24 de julio de 1972, en el barrio Brazo Oriental, Montevideo. Fue trasladado al Batallón de Infantería N.º 14, sito entonces en bulevar Artigas y Colorado. Falleció al día siguiente, al caer al vacío desde varios metros. El comunicado de las Fuerzas Conjuntas señaló que se trató de un suicidio, sin embargo diversos testimonios de detenidos afirman que Carlos Alvariza es arrojado todavía vivo por una ventana desde un 4.º piso. Información recuperada de: fhuce.edu.uy/images/comunicacion/pasado%20reciente/asesinados%2068-73/ALVARIZA_MINEAU_Carlos_Alejandro.pdf, pág. 13.

140 Turnes, Antonio L. (2005). *La intervención del Sindicato Médico del Uruguay. 1975-1985. Veinte años después de su término*, pág. 13-14. Montevideo. Recuperado en www.smu.org.uy

141 Dr. Marcos Carámbula. Conversación con el autor.

142 Dra. Graciela Dighiero. Conversación con el autor.

143 Dra. Graciela Dighiero. Conversación con el autor.

144 A. A. (2019). *Entregan a la Justicia 80 expedientes de médicos que participaron de torturas en dictadura*. Recuperado en donde-estan.com

145 A. A. (2019). *Sindicato Médico entrega a la Justicia 81 expedientes sobre abusos médicos en dictadura. El Observador*. Recuperado en www.elobservador.com.uy

| CAPÍTULO 5 |

Publicaciones del SMU



El Sindicato Médico, desde su fundación, dedicó importantes esfuerzos a la difusión de sus actividades, tanto desde el punto de vista gremial –en el que sus publicaciones fueron mojones en la resistencia al autoritarismo– como profesional, en el campo de la actualización y el debate sobre temas médicos y sociales de relevancia.

En 1920, recién creado el SMU, apareció el *Boletín del Sindicato Médico*, un impreso impulsado por los Dres. Mario Simeto, Víctor Zerbino y Atilio Gaggero, y del que tomaría el testigo, hasta 1932, el Dr. Pablo Carlevaro.

El *Boletín* sería dirigido luego por el Dr. Carlos María Fosalba, que propuso un cambio de nombre y de características. Así nació, en 1934, *Acción Sindical*, más enfocada al periodismo médico doctrinario, que se publicó hasta 1967.

Paralelamente, en 1955 salió a la calle el *Boletín Noticias*, una publicación, originalmente, centrada en crónicas breves, comentarios e información general. Este boletín fue, en los tiempos de represión y resquebrajamiento de las instituciones democráticas, una herramienta de comunicación fundamental para el gremio médico. Su vida se extendió hasta 1975, cuando el SMU fue intervenido.

En 1974 apareció la Revista Médica del Uruguay, una publicación de divulgación científica, que cesó sus actividades tras un único número, para volver renovada en 1985, y que sigue editándose al día de hoy.

Con la recuperación democrática, en 1985, el SMU necesitaba volver a tener una vía de comunicación con sus afiliados, y así nació la revista *Noticias*, que se publicó ininterrumpidamente hasta 2010, cuando tomó la posta la revista *Ser Médico*, órgano de prensa vigente.

La irrupción de las nuevas tecnologías llevó, además, a que todas las publicaciones estén disponibles en la web del Sindicato (<https://www.smu.org.uy/>), que es, al mismo tiempo, una fuente de información permanente.

Además, el SMU propició la publicación de obras de divulgación y discusión estrictamente científicas. En su primera década, se editaron folletos con las transcripciones de las Reuniones Sindicales, en las que médicos de renombre y prestigio disertaban sobre temas médicos y sociales. Tanta fue su importancia que algunos de estos coloquios fueron fuente de legislación en materia de salud y seguridad social.

En 1934, el Sindicato Médico creó la División Científica que publicó varios libros fundamentales para el conocimiento de enfermedades y prácticas médicas, de consulta no solo en el país, sino a escala regional.

El Sindicato Médico en una nueva etapa de su lucha por la Reivindicación Médica

Boletín
de

Acción SINDICAL

G. I. D. V. G.

DIRECTOR Y REDACTOR RESPONSABLE
DR. R. E. TISCORNIA
CUARTEM. 1435

CUERPO DE REDACCIÓN
DRS. E. BORDABEHERE, A. GRILLE, O. TAPELLA, D. INVERNIZZI,
J. PURCALLA, C. CASTELLS
DRS. C. GÓMEZ MAEDO, D. ISRAEL CRESPO

AGOSTO DE 1951

6014 / TALLERES GRÁFICOS GOC
AVENIDA GENERAL FLORES 2250

LO QUE CLAMAN TODOS

Sr. Ministro de Salud Pública: ¿Es Ud. Técnico o Político?

Tenemos la plena seguridad que el panorama del Ministerio de Salud Pública sería de una claridad meridiana si los problemas graves y urgentes se resolvieran a través de un ministro que fuera netamente un técnico (nosotros preferimos un consejo de técnicos) y no un político 100 % como es en la actualidad.

El actual ministro político se encuentra atado por los compromisos y aunque es un técnico y quiere pensar como tal los países que da están canalizados por un derrotero que le imprime su fracción política. De esa manera se ve imposibilitado, muchas veces, de efectuar mejoras o reformas de importancia, porque debido a motivos X, perjudicaría a la colectividad política que representa.

Por más vueltas que le demos a la bola, siempre se hallará atado para aplicar sanciones, destituir o nombrar personas adecuadas a la capacidad técnica, porque los intereses del sector partidario le dan indicaciones o nombres con los que tiene que actuar, imponer o acomodar. Una y otra vez caerán sobre su mesa de trabajo las recomendaciones de influyentes personajes políticos con quienes debe tener una recíproca consideración para efectuar nombramientos en cargos administrativos y, lo que es más serio, en un personal que tendrá en sus manos a los pacientes de los hospitales. En general, unos y otros de ignorancia supina, muchas veces casi azababatos, en sentido de la responsabilidad, que entorpecen y hacen dudar el camino del médico para una correcta asistencia.

drá que seguir los vaivenes que le imponen. Tal vez suba aún más, LO MAS PROBABLE ES QUE CAIGA, que lo escríquen, olvidado por todos los políticos que un día lo llevaron al sillón ministerial.

PERO JAMAS, si Ud. observa la base del tripode de Salud Pública, enfermos, técnicos y auxiliares, haciendo abstracción de la fuerza ejercida por los clubes de sus banderías y de las otras donde lo primordial es cimentar la acción política, JAMAS, Sr. MINISTRO, será olvidado.

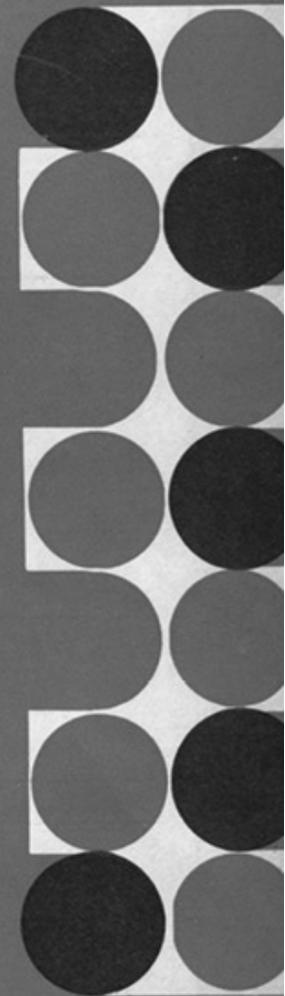
Si Ud. obra ante todo y por encima de todo como un técnico, como un colega que lucha por una correcta asistencia, como un gremialista que es, verá que la amalgama de las directrices provenientes de la rectitud moral en lo personal y la capacitación liberadora en lo funcional le darán la tranquilidad espiritual que se busca cuando se ha terminado la labor.

Entonces sí: al romper los eslabones de la cadena de los compromisos que lo sujetan, nunca, cuando vuelva de nuevo al llano, será ignorado, ni pasará indiferentes a su vera. Siempre la mano amiga estará extendida para quien desde un coraje de jerarquía, supo ver y resolver de acuerdo a las necesidades, los ingentes problemas de Salud Pública.

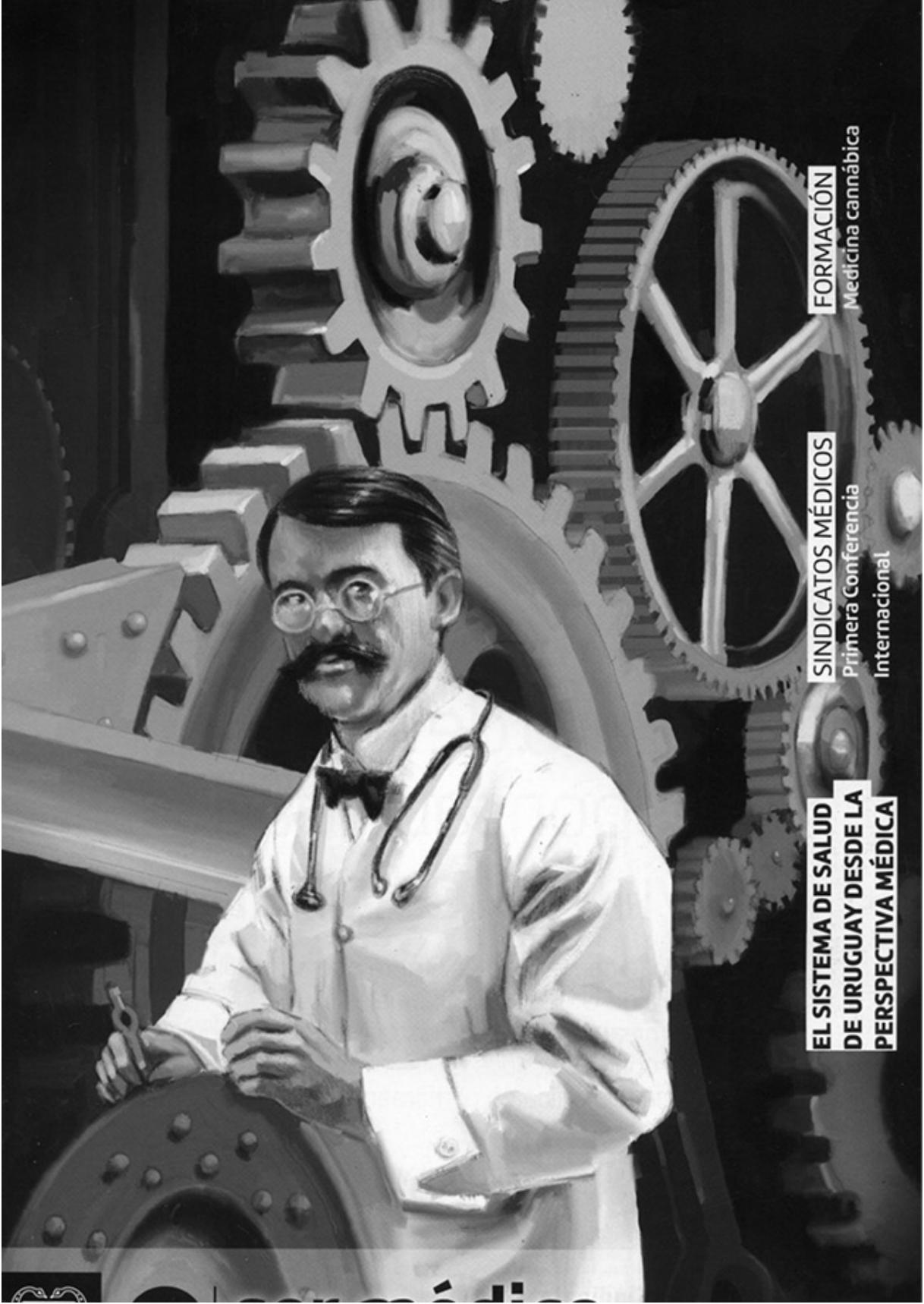
Sr. MINISTRO, COMIENCE SU LUCHA POR UN CONSEJO TÉCNICO DE SALUD PÚBLICA, SIN TRABAS, NI RESERVICIONES. ¡ADELANTE!

Sr. MINISTRO: CUMPLA CON LA PROMESA DE CRISTALIZAR UN NUEVO PRESUPUESTO.

la revista médica del uruguay







**EL SISTEMA DE SALUD
DE URUGUAY DESDE LA
PERSPECTIVA MÉDICA**

SINDICATOS MÉDICOS
Primera Conferencia
Internacional

FORMACIÓN
Medicina cannábica



MÉDICOS
POR LA
CALIDAD

ser médico

REVISTA DEL SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY



| CAPÍTULO 6 |

La mujer en el SMU



De los prejuicios a los actuales desafíos

A lo largo de poco más de un siglo de creada la Facultad de Medicina, y en cien años de Sindicato Médico, las mujeres han ido ganando espacios, lenta pero enfáticamente, desafiando las convenciones de las distintas épocas que les tocó atravesar, y los prejuicios que, lamentablemente, subsisten al día de hoy.

La matrícula femenina fue creciendo, desde una solitaria alumna en 1900, hasta la actualidad, en la que son mayoría en la Facultad y entre los egresados. Sin embargo, la presencia de la mujer en lugares de decisión sigue siendo escasa.

De cualquier manera, el SMU acompaña estos cambios y en los últimos años ha establecido las comisiones de Género y de Violencia Doméstica para atender la realidad de la mujer en el ejercicio de la profesión.

Primeras mujeres médicas¹⁴⁶

Si bien la Facultad de Medicina comenzó sus cursos en 1876 y sus primeros egresos datan de 1882, hubo que esperar hasta 1908 para que Paulina Luisi se convirtiera en la primera médica formada en el país.

En 1909 egresarían otras dos mujeres: en mayo lo hizo Tula Rovira de Ricci, y en diciembre María Armand Ugon.

Rovira de Ricci trabajó en el Hospital Maciel, el Asilo de Huérfanos y el Asilo Larrañaga, y en 1912, casada con el Dr. Serafín Ricci, se domicilió en

la ciudad de Minas siendo la primera médica mujer radicada en el interior del país.

Armand Ugon, que se dedicó en principio a la Pediatría (siendo socia fundadora de la Sociedad de Pediatría de Montevideo, en 1915), fue además destacada ginecobstetra, y llegó a ser la primera asistente mujer de la Clínica Obstétrica, en 1919.

Fue autora de varios trabajos académicos, e *Ictericia grave en un heredo sifilítico* (Rev Med Uruguay 1915;18:363-364) fue la primera comunicación científica realizada por una mujer médica en una revista periódica nacional. Ocupó distintos cargos relacionados con su profesión, y sobre el final de su carrera se dedicó a la terapia con rayos X, y fue médica de sala y policlínica de curieterapia del Hospital Pereyra Rossell.

En 1920 fue, con Inés Luisi y Aurora Curbelo, de las socias fundadoras del SMU.

Curbelo, nacida en Pan de Azúcar en 1884, se graduó en marzo de 1911, y se dedicó a la ginecobstetricia, siendo médica interna de la maternidad.

Alice Armand Ugon, hermana de María, nacida en 1887 en Colonia Valdense, se recibió en 1916. Se dedicó a la pediatría, y fue autora de numerosas publicaciones.

Inés Luisi, maestra como su hermana Paulina, se recibió en 1917, y fue médica encargada de Consultorio e Inspección de Niños del Asilo, además de desempeñarse como jefa de Clínica Médica del profesor Américo Ricaldoni, y decana de la Universidad de Mujeres, ubicada en el Instituto Alfredo Vázquez Acevedo. Tuvo también una destacada actuación en el campo de la divulgación, y fue la primera mujer en presidir el Tribunal Examinador de la Facultad de Medicina.

Largo es el listado de las mujeres que, poco a poco, fueron ganando espacios, tanto en el ejercicio de la medicina como en la militancia y

participación en el Sindicato Médico. Desde Paulina Luisi hasta nuestros días, muchas fueron destacadas en distintas áreas del quehacer profesional. Sin embargo, no fue hasta fines del siglo XX en que una mujer ocupó, por primera, y hasta ahora, única vez, la presidencia del Sindicato. Lo mismo ocurrió en el CASMU, donde hasta la fecha solo una mujer, María Rosa *Perla* Remedio, ocupó la presidencia del Consejo Directivo.

Paulina Luisi¹⁴⁷

Paulina Luisi nació en Colón, Argentina, en 1875, en el seno de una familia tan numerosa como liberal. Su padre fue un italiano socialista y masón, que había peleado junto a Garibaldi, y su madre, una maestra de origen polaco, transmitieron a sus hijos sus ideas de emancipación y libertad, así como un marcado interés por la cultura.

Los Luisi llegaron a Paysandú cuando Paulina tenía dos años, y permanecieron allí hasta que la niña, de 13 años, ingresó al Internado Nacional de Magisterio, en Montevideo.

Paulina Luisi se recibió de maestra en 1890, de maestra de segundo grado en 1893, y en 1889 obtuvo el título de bachiller. En 1900 ingresó a la Facultad de Medicina, y en 1908 se convirtió en la primera mujer en egresar de esa casa de estudios, con una especialización en Ginecología. Años más tarde, en Francia, se interesaría por la dermatología y las enfermedades venéreas, claves en la práctica de la «higiene social», una de sus grandes preocupaciones (en 1906 ya había presentado, ante la Dirección de Instrucción Pública, el primer proyecto sobre Educación Sexual en la historia del país).

Fue, en su carrera, docente de la Escuela Normal de Mujeres y de Enseñanza Secundaria, profesora de Higiene de Social y Educación Profiláctica de la Escuela Normal y jefa de la Clínica Ginecológica de la Facultad de Medicina.

A la Dra. Luisi se le debe el primer trabajo científico publicado por una médica de nuestro país en una revista extranjera: *El babeurre en las infecciones gastrointestinales de los niños* (Arch Lat Am Ped Buenos Aires 1906; 2:203-226).

Luego vendrían otros trabajos académicos, pero no fueron solo estos los que ocuparon sus días. «Leader feminista», como la llamaba la prensa de la época, tuvo activa militancia en favor del sufragio femenino a través del Consejo Nacional Feminista, en cuya fundación había participado. Además, dirigió la revista *Acción Feminista*, polemizó con sectores conservadores y con expresiones de la izquierda radical que se oponían, por distintos motivos, al voto de la mujer, y aún tuvo tiempo para cultivar la poesía y las artes escénicas.

«En este país, que sin embargo es el mío, carezco de la autoridad requerida para hablar de asuntos serios, científicos o sociales, porque la pícara naturaleza no me concedió el privilegio de pertenecer al sexo masculino», dijo en una conferencia en el Sindicato Médico, institución a la que adhirió tempranamente.

Su feminismo no solo se plasmó en la lucha por la igualdad de derechos y oportunidades, sino que impulsó, además, la creación de los sindicatos de Telefonistas y de Costureras de Sastrerías.

Iniciada la dictadura de Terra, renunció a todos los cargos oficiales y se opuso con tesón al régimen de facto, al tiempo que apoyaba la causa de la República española.

Paulina Luisi fue una incansable militante, pero nunca dejó de lado su compromiso con la salud, especialmente de los más débiles. Falleció en julio de 1950.



PAULINA LUISI

María del Luján Jauregui¹⁴⁸

El nombre de María del Luján *Lula* Jauregui es emblemático a la hora de representar el rol de la mujer en la vida del Sindicato Médico del Uruguay. Nacida en Colonia del Sacramento en 1925 y criada en la localidad de Tarariras, se graduó en 1955, y se especializó en Clínica Médica y Nutrición y Gastroenterología.

Si bien durante su juventud dudó entre dedicarse a la literatura o la medicina, esta última ganó la partida. Accedió por concurso a la Jefatura de Clínica en Gastroenterología, y se dedicó a actuar en servicios de emergencia, especialmente de carácter docente, como en el Hospital de Clínicas.

Jauregui se afilió al SMU en 1946, luego de pertenecer a la AEM durante sus años de estudios, y es recordada por su actuación en el campo de los derechos humanos. Durante más de cuatro décadas fue referente internacional en la atención y seguimiento de las personas en huelga de hambre, junto a los Dres. Guillermo Mesa, Mario de Pena, Alicia Ceres y otros profesionales.

Yo trabajaba en la Clínica de [Atilio] Morquio, era Profesora Adjunta, y Morquio me hizo el planteo y a mí me pareció bien (la atención de la huelga de hambre de los Bancarios, de 1969). Fue allá en la Catedral –los huelguistas llenaban los pasillos– y allí hicimos un régimen que todavía el SMU apoya porque ha demostrado ser apropiado. Después hubo varias huelgas más y ya Morquio no podía ir; entonces el Sindicato me mandaba a mí y a mí me gustaba –contó Jauregui a la periodista Silvia Scarlato.¹⁴⁹

Para Jauregui, una huelga de hambre encerraba «una gran contradicción», porque implica un «riesgo potencial de vida», y la función del médico es preservar esa vida. No obstante, señaló que:

el huelguista no es un psicótico sino que es un individuo que toma una medida muy espectacular, con un fin. Entonces, en realidad, las contradicciones son mucho menores que en otras situaciones de la Medicina [...] El médico que colabora en una huelga de hambre no puede ser un huelguista, sino solamente un médico. Uno de los peligros es confundirse y «ponerse la camiseta». Aunque la tengas puesta, no se te tiene que ver nunca durante la huelga –añadió.

El trabajo de Jauregui en la temática de las huelgas de hambre la llevó a ser una destacada especialista en la materia y, además de su aporte en los casos en los que le tocó actuar, compiló sus conclusiones en *Huelga de hambre. Actividad profesional y conflicto ético del equipo sanitario de apoyo*,¹⁵⁰ junto al Dr. Guillermo Mesa y Mario de Pena.

En este documento se analiza la experiencia de un cuarto de siglo de supervisión y de control de huelgas de hambre en el país, y establece la distinción entre «salvajes» y «regladas», así como la resolución de conflictos éticos en el trato con los huelguistas.

Ese compromiso con los derechos humanos la llevó, en 1991, a integrar el Grupo de Estudios del Sistema Carcelario del Uruguay, aunque ella sostuvo que llegó «medio de carambola», debido a la renuncia del delegado del SMU. Ese grupo estaba integrado por representantes del Sindicato, la Iglesia, el Servicio de Paz y Justicia (Serpaj), el Instituto de Estudios Legales y Sociales del Uruguay (IELSUR), y el Servicio de Rehabilitación Social (SERSOC), entre otros.



MARÍA DEL LUJÁN JAUREGUI

El Grupo de Estudios funcionaba sobre dos ejes: el de reflexión, por lo general derivado de la denuncia, y el trabajo de campo, que implicaba una

periódica visita a los centros de reclusión.

Uno tiene que acordarse de una cosa que parece que todos olvidamos: el preso es alguien que está privado de su libertad de desplazamiento y de voto. Pero tiene derecho a una buena alimentación, a una vivienda digna, a estar en contacto con su familia... El 58% de los presos uruguayos estaba en [el Penal de] Libertad, en una cárcel hecha para destruir a la persona, pensada para presos políticos. Fue invivible durante la dictadura y después también. ¿Y el derecho a la educación? En Libertad había tres maestros: uno para la censura, otro para evaluar penas y ¡un tercero que aparentemente cumpliría sus funciones de maestro! ¡No es posible! ¿Y las cárceles del interior? ¡Hay más de una que parece una mazmorra! La situación carcelaria es terrible –lamentaba.¹⁵¹

Jauregui falleció el 2 de agosto de 2014, a los 89 años.

Graciela Dighiero

La doctora Graciela Dighiero es cardióloga, especialista en rehabilitación cardíaca. Fue presidenta de la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular y de la Fundación Manuel Quintela del Hospital de Clínicas, miembro honorario de las Sociedades Sudamericanas de Cardiología, y presidenta de la Sociedad Uruguaya de Cardiología, entre otras distinciones. Además, entre 1989 y 1991 fue presidenta, la primera, del Sindicato Médico del Uruguay.

Me recibí en pleno 1975, año de la Orientalidad, por eso nunca colgué el título. El SMU estaba intervenido. Cuando se empiezan a hacer las

primeras actividades, en el 85, mi esposo [Dr. Edmundo Batthyany] yo nos integramos. Había reuniones en casas de familia, no había local, no había nada. Retoman el doctor [Roberto] Avellanal, el doctor [Omar] Etorena, el doctor [José Pedro] Cirillo, que habían sido autoridades previo a la dictadura, y después, en el 87, es elegido Alberto Cid como presidente –recuerda Dighiero.¹⁵²

Dighiero ingresó como suplente en ese Consejo Directivo y, apuntalada por Cid, fue integrándose a distintas comisiones e instancias de la vida sindical. Fue entonces cuando se le encomendó ser presidenta del Tribunal Arbitral, que juzgó el comportamiento de los médicos militares durante la dictadura. «Eso me dio muchísima experiencia, porque yo iba con vergüenza y timidez. Creo que eso me hizo mucho bien», señala, pese a que los resultados objetivos no fueron los deseados, porque «las principales figuras [de la dictadura] no eran socias del SMU; esos nunca participaron, se borraron del Sindicato, no había manera de llamarlos».¹⁵³

Para las elecciones de 1989, cuando los estatutos no preveían la reelección, Dighiero encabezó la lista de Fosalba, con la única condición de que, de resultar electa, daría un paso al costado para que Alberto Cid volviera a presidir el Ejecutivo.

Cid era un hombre que tenía mucha capacidad, había sido un gran gremialista. Yo, conscientemente, nunca habría aceptado ser presidenta. Sabía mis limitaciones. Me estaba formando, no me gustaba, no me gusta hablar. No me gusta escribir, sé que puedo decir disparates. Nunca me interesó la política, y sí el trabajo en lo gremial. Y en el primer Ejecutivo que hubo, [las agrupaciones] Castells y Praderi me proponen a mí, que había sido de la lista más votada; yo lo propongo a Alberto, y paso a vicepresidenta. Así fue la historia. Con el compromiso de quedarse los

dos años. Asumimos en marzo, abril, y todo bárbaro, y en octubre, Alberto, en una asamblea, se enoja porque salió el tema del corporativismo de los anestésico-quirúrgicos, que recién empezaba, y renunció. Me vi, de buenas a primeras, como vicepresidenta en ejercicio, y después me nombran presidenta, hasta abril del 91, cuando asume el doctor [Rodolfo] Méndez Chiodi.¹⁵⁴

Dighiero recuerda que fue una gestión «muy difícil», en la que hubo que afrontar negociaciones por los Consejos de Salarios, cuando los médicos, especialmente los más jóvenes, percibían remuneraciones bajísimas, problemas financieros en el CASMU y otros avatares.

A todas esas vicisitudes plantó cara, y se extraña de haber sido la primera y única mujer en desempeñar el rol de presidenta del Ejecutivo.

Me llama la atención. No tengo empacho en decirlo. En ese momento, a pesar de que todos sabemos de la Dra. Luisi y todo eso, a la mujer no la reivindicaban de la manera en la que se la reivindica ahora, no le daban un protagonismo.

Ante todo, traté de hacer un trabajo de equipo. Y en ese marco me sentí muy apoyada. Tal vez me brindaron más apoyo por ser mujer, no sé. Más allá de mis compañeros de trabajo, me han dicho que la imagen que da una mujer al frente de una gestión pública es de tranquilidad, de seguridad y serenidad, que a la gente le gusta.

Yo reconozco ante todo la calma. El estilo de denunciar en calma, sin agresividad. El lenguaje también es muy importante. Sencillo, directo. Yo hablo en las asambleas y en la TV como en mi casa. Eso a la gente le cae bien¹⁵⁵ –resumía, al final de su gestión.

Tras su paso por la presidencia del Ejecutivo no se quedó quieta. Alejada de los focos, siempre se mantuvo en lugares de responsabilidad, e integró casi todas las comisiones del Sindicato, como la del Fondo de Solidaridad y la Comisión Fiscal, en la que estuvo más de una década.

María Rosa -Perla- Remedio

La Dra. María Rosa Remedio, conocida como “Perla”, nació en 1931 y falleció en 2005.¹⁵⁶ Oriunda de Florida, estudió en la Facultad de Medicina, en Montevideo, en la «escuela» del Dr. Hermógenes Álvarez. Fue profesora agregada y directora interina de Clínica Ginecitológica «C», y se desempeñó durante largos años en el cargo de Consultante de Ginecología y Obstetricia en el CASMU. En esa institución fue, entre 1995 y 1997, presidenta de la Junta Directiva, siendo la primera mujer en ocupar ese puesto.

La Dra. Remedio tuvo una destacada actividad gremial en el SMU y en la Sociedad Ginecitológica del Uruguay. Se ocupó, durante su carrera, de la educación médica continua, abogando por una permanente actualización de los profesionales.

Su colega y amiga, la Dra. Selva Ruiz, apuntó que:

Perla tenía mucha paciencia para entender una opinión que no fuera la suya (como yo la conocía desde hacía muchos años, enseguida me daba cuenta cuando una idea no le gustaba), y gran capacidad para discutir y lograr, luego, cambiarla. Pero ella nunca se enojaba, apelaba al cambio de ideas, a la práctica del disenso, con tanta calidad que al final no se sabía quién y cómo había planteado la postura que finalmente quedaba.¹⁵⁷

Ana Rosenberg Martuscello¹⁵⁸

Ana Rosennberg nació el 19 de diciembre de 1958, y en 1977 ingresó a la Facultad de Medicina. Allí militó en la Asociación de Estudiantes de Medicina (AEM), que funcionaba en la clandestinidad, tras haber sido ilegalizada por la dictadura cívico-militar en 1973. Comprometida con la militancia gremial, participó en la publicación –entonces también clandestina– *El estudiante libre* y en la lucha por la liberación de la estudiante de Medicina Alicia Sassarini, secuestrada en el Hospital de Clínicas por efectivos de la Inteligencia Militar vestidos de civil; apoyó el «No» a la reforma constitucional propuesta por el gobierno de facto y se opuso al examen de ingreso a la Facultad.

Recuperada la democracia, se afilió al Sindicato Médico como practicante de Medicina, y obtuvo su doctorado en Medicina interna en 1990. Trabajó en su especialidad tanto en la esfera pública como privada, y destacó nuevamente en la militancia gremial. Es, en la historia del Sindicato, el único caso de Distinción Sindical –*in memoriam*– al mérito gremial y en el ejercicio profesional.

146 Rizzi, Milton. (s/f) *Las mujeres en Medicina en el Uruguay. Médicas en Uruguay 1908-1953*. Montevideo: SMU. Recuperado en: www.smu.org.uy

147 Beramendi, Fernando. *La pícara naturaleza de una pionera*. (s/f) Montevideo. SMU. Recuperado en: www.smu.org.uy

148 Turnes, Antonio L. (2014). *María del Luján Jauregui Marieyhara*. Montevideo: SMU. Recuperado en: www.smu.org.uy

149 Scarlato, Silvia (1996). *Fuera de consulta*. Tomo II. pág. 95. Montevideo: SMU-Ediciones de la Banda Oriental.

- 150 De Pena, Mario; Jauregui, María del Luján; Mesa, Guillermo. (s/f) *Huelga de hambre. Actividad profesional y conflicto ético del equipo sanitario de apoyo*. Montevideo: SMU. Recuperado en: www.smu.org.uy
- 151 Scarlato, *op. cit.*, pág. 97.
- 152 Dra. Graciela Dighiero. Conversación con el autor.
- 153 Dra. Graciela Dighiero. Conversación con el autor.
- 154 Dra. Graciela Dighiero. Conversación con el autor.
- 155 A. A. (24 de marzo de 1991). «No creía que fuera un puesto difícil para una mujer». *La República de las Mujeres*, pág. 8
- 156 Pou-Ferrari, Ricardo; Pons, José Enrique (2012). «Historia de la Ginecología y la Obstetricia en el Uruguay». *Archivos de Ginecología y Obstetricia*. Volumen 50, número 1: 1-98 | Número especial Aniversario, pág. 56. Montevideo. Recuperado en: ago.uy
- 157 Pellegrino, Guillermo. (2005). «Tenaz humanidad». *Revista Noticias* N.º 132, pág. 26.
- 158 Recuperado en www.smu.org.uy

| CAPÍTULO 7 |

Acción social y cultural en el SMU



La preocupación por los aspectos sociales y culturales

El Sindicato Médico, desde siempre, no solo intentó defender los intereses del cuerpo profesional, sino que, además, tuvo una gran preocupación por lo referido a lo social, desde la protección de la familia hasta el esparcimiento.

Así, en su siglo de vida acometió proyectos que redundaron en beneficio de sus afiliados, y propició convenios con otras instituciones y empresas, siempre con la mira puesta en el bienestar de la comunidad médica.

Actualmente pueden mencionarse numerosos acuerdos con centros de enseñanza, desde educación inicial hasta posgrados, instituciones deportivas y bancarias, etc. Además, el Sindicato ofrece, sin costo alguno para sus afiliados, el valioso seguro de responsabilidad civil profesional, y brinda asesoramiento tributario.

Desde el SMU siempre se buscó la integración y la interacción social de sus afiliados. Existe, desde hace largos años, una Comisión del Reencuentro y la Amistad, integrada fundamentalmente por médicos jubilados, pero abierta a todos los profesionales socios de la institución, que organiza charlas y talleres de los temas más diversos: no le escapa a la medicina, pero abarca la literatura, la astronomía, la historia. Además, ofrece conciertos, lecturas y actividades físicas y recreativas, cerrando cada diciembre con su ya tradicional almuerzo de fin de año.

En lo cultural y formativo, el SMU se planteó, desde sus estatutos «Coadyuvar a la ampliación de la cultura general y el perfeccionamiento de la preparación técnica de los médicos (Art. 2 Inciso d)». Su extensa y bien

surtida biblioteca, que incluye una hemeroteca alimentada con las más prestigiosas revistas médicas y científicas del mundo, es de consulta permanente. Hoy, con la necesidad de información constante y la dinámica de las nuevas tecnologías, el Sindicato cuenta con la Biblioteca Virtual en Salud, con más de 20.000 títulos de revistas y 3.000 libros electrónicos.

Y, si la práctica de deportes no solo es buena para la salud, sino que, además, fomenta los lazos de amistad y de sana competencia, el SMU no puede estar ajeno. En su Campo Deportivo y Recreativo (ubicado en Camino Los Naranjos, a la altura del km 22,500 de la Ruta 8) se ofrecen canchas de fútbol, parrilleros y espacio para picnics, clases de equitación y equinoterapia. Además, el Campo Deportivo tiene un convenio con el Círculo de Tenis de Montevideo, por el que sus asociados pueden acceder a la práctica del deporte blanco a costos asequibles.

Asimismo, desde 2006, el SMU está afiliado a la Liga Universitaria de Deportes en la que compete en distintas disciplinas y categorías.

El Fondo de Solidaridad Social

El estatuto del Sindicato Médico tenía como objetivo la protección del médico y su familia. En 1947, luego del trabajo de una comisión de estudio, se aprobó en la Asamblea del 13 de noviembre el Fondo de Solidaridad Social.

Este Fondo, organismo adscrito al SMU, cuyas autoridades eran honorarias y elegidas en las elecciones del Sindicato, proveía básicamente de un subsidio a las familias de médicos por fallecimiento en actividad, y se ocupó, además, de otorgar subsidios por enfermedad.

Entre los objetivos que planteaba la creación del Fondo, se incluían los «servicios por subsidios que cubran los riesgos de incapacidad por enfermedad o maternidad, el fallecimiento y la situación de retiro», aunque

con el tiempo se incorporaron otros beneficios, como el subsidio por matrimonio. La gran mayoría de los adherentes al Fondo de Solidaridad Social fueron, históricamente, técnicos del CASMU.

El Fondo de Solidaridad Social fue disuelto en mayo de 2012, cuando la Asamblea del SMU entendió que «no representaba un beneficio que justificara el aporte que venían realizando los médicos y practicantes afiliados, en un contexto de superposición –no siempre racional– en materia de seguridad social y de una fuerte presión tributaria».

La Colonia de Vacaciones

En 1961, el Sindicato Médico inauguró su Colonia de Vacaciones (COLDEVAC). El proyecto de contar con un lugar de esparcimiento y descanso para los médicos afiliados y sus familias se hacía realidad en el Balneario Solís, en Maldonado, a 83 kilómetros de Montevideo y a orillas del arroyo Solís Grande.

La Colonia de Vacaciones funciona desde entonces en el edificio que fue antes el Hotel Alción, construido en la década del 40, y que dejó a sus nuevos ocupantes, además de sus instalaciones, cómodas y lujosas para la época, la totalidad de su equipamiento, incluyendo vajilla y platería. En su extenso predio, también se estableció una envidiable área de camping y espacios en los que practicar deportes.

Pero la Colonia no solo constituyó un centro de descanso y relajación, sino que permitió al SMU desarrollar distintas actividades de carácter institucional. Allí se realizaron las Primeras Jornadas Médico Gremiales Nacionales, en 1963, la VII Asamblea General Ordinaria de la Confederación Médica Panamericana y la Asamblea del Claustro de la

Facultad de Medicina, ambas en 1964, y la VI Convención Médica Nacional, entre otras. La dictadura cívico-militar hizo de las suyas durante la intervención del SMU y en la Colonia de Vacaciones organizó uno de sus cónclaves.

Restaurada la democracia, en 1987 se desarrolló parte del seminario «El Médico ante la Ética y la Tortura», y en 1991 fue sede del Primer Encuentro de Médicos del Mercosur, organizado por el SMU. Además, la Colonia abrió sus puertas para la realización de actividades gremiales y sociales de distintas instituciones y colectivos.

La Colonia de Vacaciones no ha estado ajena a los vaivenes económicos y sociales del país, y hoy se encuentra a la espera de una inversión que le permita reconvertirse: su mantenimiento es oneroso, y el Uruguay del siglo XXI es bien distinto al de la década del 60 del siglo pasado. No obstante, el sentimiento de pertenencia es muy grande: decenas de familias pasaron por sus instalaciones a lo largo de los años, allí crecieron sus hijos, que volvieron, ya adultos, como vacacionistas.

Tal es el sentido de pertenencia al centro vacacional que existe una organización de Amigos de la Colonia y que, en momentos de crisis, se creara el SBA (Servicio Básico de Alojamiento), con una sobrecuota que muchos asociados continúan pagando al día de hoy, pese a que la Colonia está cerrada.



Colonia de vacaciones, Solís, Maldonado.

El SMU y la cultura

Lo cultural siempre estuvo presente entre los intereses del gremio médico (desde aquellos doctores que hoy son referentes en las letras nacionales, como Isidro Más de Ayala y Elías Regules Uriarte), y la Comisión de Cultura apostó, desde hace largos años, a acompañar y fomentar esos intereses. Por ese motivo, los concursos anuales de artes plásticas y literatura concitan tal atención entre los afiliados. Varias de esas obras engalanan la sede del SMU, y más de un médico hizo luego una carrera como escritor tras haber sometido sus primeros papeles ante el jurado del certamen.

Ese no es, ni fue, el único cometido de la comisión: charlas, conciertos, talleres, jornadas para conversar de distintas temáticas, desde la historia a las letras son, hasta hoy en día, alimento espiritual de los afiliados.

Hubo muchos hitos a lo largo de la centenaria vida del sindicato, sería imposible enumerarlos. Basten un par de recuerdos para honrar una historia tan vasta y llena de importantes mojones.

Darnauchans y su pago

El cantautor Eduardo Darnauchans tuvo una fraterna relación con el SMU. Su padre, médico del interior, y él mismo, mal estudiante de Medicina, hicieron crecer ese sentido de pertenencia.

Darnauchans, nacido en 1953, transcurrió los primeros años de su vida entre Minas de Corrales y Tacuarembó, donde su padre, Pedro Darnauchans, ejercía su profesión de médico. El propio Eduardo intentó complacer el deseo paterno de convertirse él mismo en doctor, pero ganó esa partida su amor por la música y las letras.

De todas maneras, el artista siempre estuvo cerca del Sindicato. Animador de eventos artísticos relacionados con el SMU, actor y voz permanente en los reclamos por libertad y derechos humanos (en carne propia sufrió la censura y la prohibición durante la dictadura cívico-militar) fue un músico comprometido con la sociedad y su tiempo.

En su obra discográfica, riquísima pese a su relativa escasez, Darnauchans cantó sus composiciones y las de poetas de todo el orbe y las épocas, y su melancólica voz rindió tributo al amor, la amistad, las pequeñas cosas.

En *Zurcidor*, su álbum de 1980, la canción «Pago» hablaba de su padre, el médico, del pago como lugar de vida y de identificación, y del pago como forma de saldar una deuda. En 1998, en oportunidad del Día Internacional del Médico, Darnauchans cedió los derechos de autor de la canción al Sindicato Médico.

«Yo le debía esta canción doctor, guárdela dentro de su maletín», dice «Pago» en su primera estrofa. «Mi padre era médico del SMU como casi todos los médicos. Hay médicos que no lo son, pero como decía el amigo Vallejo: “Allá ellos, allá ellos, allá ellos”»¹⁵⁹ reflexionaba Darnauchans aquel diciembre del 98, en el Teatro El Galpón.

Es una institución noble que forma bien a la gente. Representa a un gremio que es amado y odiado, como el gremio médico. Hay médicos que se merecen ser odiados y hay médicos que no tenés con qué pagarle, porque con tres palabras te solucionaron un problema –explicaba, no sin ironías.

Mi padre fue un médico de campaña, allá entre Rivera y Tacuarembó, de Corrales a Cortinas, cuántas leguas quedarán. Nunca cambió de auto. Un Volkswagen del 63. Era su orgullo porque era alemán, no era brasilero. Pero nunca tuvo más que eso: una casa, un auto, una mujer y dos hijos. Como la mayoría de los médicos son así, y los que integran el SMU son así, yo intento simbólicamente saldar una deuda, porque eso es evidentemente la canción «Pago». Pago es un lugar donde uno nace y también es saldar una deuda.

Así, el trovador (fallecido años después, en 2007) pagaba una deuda con su padre, y con todos los médicos a los que «no tenés con qué pagarle».



EDUARDO DARNAUCHANS

Juan Carlos Macedo, médico y poeta

Juan Carlos Macedo nació y se crio en el pueblo Arroyo Blanco, no muy lejos de Vichadero, en Rivera, en 1943. Estudió en la Facultad de Medicina, en Montevideo y, en 1972 se afincó en Mígues, ciudad canaria que por entonces apenas superaba los 2.000 habitantes.

Allí Macedo, que luego sería presidente del SMU entre 1997 y 2001, se dedicó con pasión a la medicina general y familiar, llenando cientos de cuadernos sobre el tema, que más tarde tomarían forma de tratado.

Pero Macedo tenía también un desbordante fervor poético. Leía, estudiaba, escribía. No solo poesía. En 1974, junto a Hugo Dibarboure, Barrett Díaz y Homero Bagnulo, fundó la *Revista Médica del Uruguay*, una publicación del SMU «como un acto de reafirmación de la presencia del gremio, de la legitimidad de su vigencia como acto de claridad y de reunión de nuestra especificidad, como acto de civilización en tiempos de barbarie». ¹⁶⁰ Con esas palabras Macedo plantaba cara a la represión de la dictadura, que no soportó la afrenta y clausuró el periódico.

Años más tarde, en 1978, se puso al frente de la revista *Compendio*, con similar espíritu que la *Revista Médica del Uruguay*.

Pero Macedo leía, estudiaba, escribía. No solo poesía, pero también poesía.

El lugar que su vida y su escritura elevaron a categoría de *Aleph* fue Mígues, espacio multitemporal, enmarcado en el presente perpetuo de los pueblos olvidados. A él se refiere en «Bases de acuerdo: fragmentos»: «En Mígues, Arroyo Blanco, u otros pueblos, hoy, hay quienes desconocen que unos y otros existieron. Entre los tres ninguno se recuerda. Dicen que hoy, comprende a todos en la misma fecha; que es la misma historia. No es cierto. No es el tiempo, sino la duración en la poesía, el sitio de reunión posible». Se trata de duración en el afecto

ceñido, y crecido, por el decir. En la conversación, puntualizaba que durar ya era vencer¹⁶¹ –escribió la poeta Tatiana Oroño sobre Macedo.

La obra de Macedo no fue prolífica, pero sí intensa. Su estilo, que remitía al del argentino Roberto Juarroz, forzaba «normas gramaticales, límites disciplinares, códigos nosológicos»¹⁶² y se erigía único. Por ello, la UNESCO incluyó varios de sus poemas en la publicación bilingüe *Poesie Uruguayenne du XXe Siècle*, editada en Suiza en 1998. De su amistad con Manuel Espínola Gómez y su mutua admiración nació, también, el libro *Ocho poesías de Juan Carlos Macedo sobre ocho cuadros de Manuel Espínola Gómez*, publicado póstumamente en 2004, con el auspicio del SMU.

En la vida y obra de Juan Carlos Macedo, fallecido en 2002, se sintetiza de alguna manera el aliento humanista que impulsa al Sindicato, desde el lejano agosto de 1920.



JUAN CARLOS MACEDO

159 La intervención de Eduardo Darnauchans puede consultarse íntegramente en:
www.smu.org.uy

160 VV. AA. (2004). *Macedo*. Separata de la *Revista Noticias*, pág. 4. Montevideo.

161 *Idem*, pág. 9.

162 *Ibidem*.

| CAPÍTULO 8 |

Relaciones internacionales del SMU



Los vínculos internacionales

Desde sus inicios, el SMU mantuvo relaciones con médicos de Europa y la región. El nuevo sindicato buscaba estrechar lazos con los profesionales de otras latitudes, y así, cuando un socio emprendía un viaje, fuera por razones científicas o personales, se convertía en embajador llevando información sobre las actividades del gremio en nuestro país e interiorizándose de lo que los colegas hacían fuera de fronteras.

Tempranamente, el Sindicato se vinculó con organizaciones médicas de Chile, Perú, Argentina, Francia e Italia, y en 1926 se relacionó con la Asociación Internacional de Médicos, que tenía sede en París y en la que participaban casi todos los países europeos. Esta asociación funcionó hasta 1939, cuando dejó de existir con el inicio de la Segunda Guerra Mundial.

Años más tarde, en 1946, se desarrolló en La Habana, Cuba, el primer Congreso Médico Social Panamericano, del que el SMU formó parte, representado por el Dr. Manuel Ambrosoni, que instó a impulsar la organización de los médicos en entidades gremiales, tanto locales como internacionales.

Aquel congreso sentó las bases de la Confederación Médica Panamericana (CMP), que aprobó sus estatutos en 1949. Se integraron a esa confederación, además del SMU, otras organizaciones médicas uruguayas, como el Colegio Médico, una escisión del Sindicato, de corta vida, y asociaciones gremiales del interior del país. Sin embargo, en 1957 y luego de un estudio realizado por la Confederación, esta optó por reconocer al SMU como única organización representativa del gremio médico uruguayo.

En marzo y abril de 1964, Uruguay fue sede del VIII Congreso Médico Social Panamericano, en el Hospital de Clínicas, así como de dos Asambleas de la CMP: una de ellas, celebrada en el Consejo Directivo Central de la Universidad de la República, para modificar sus estatutos y pasar de tener una sede fija en Cuba a una sede rotativa, y la otra, realizada en Solís, Maldonado, que eligió a nuestro país como sede del Comité Ejecutivo Central para el período 1964-1970. Cumplido ese plazo, la sede pasó a estar en Chile, donde, con el golpe de Estado de Augusto Pinochet (y la muerte del presidente Salvador Allende, que también había presidido la CMP) cesó su actuación. Recién en 1997, la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe (CONFEMEL) retomaría los preceptos de la CMP y actuaría como su continuadora. Allí también el SMU tendría un rol preponderante.

CONFEMEL

La Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe (CONFEMEL) sigue la línea de la Confederación Médica Panamericana, y son sus fines:

representar a las instituciones médicas miembros, en todas las instancias, propendiendo a la unidad idearia y accionaria; actuar humana, científica, tecnológica y políticamente a favor de la salud de los pueblos, teniendo como premisa que la atención médica debe ser universal, integral, de acceso igualitario, con equidad, oportunidad, calidad y calidez; colaborar con los Estados, Gobiernos, Universidades e instituciones afines de América Latina y del Caribe en el desarrollo científico, tecnológico y social de la medicina, y el bienestar del profesional que la ejerce, su

familia y el entorno en que labora, con especial interés docente, gremial, ético y social; fortalecer las organizaciones médicas del continente e intercambiar información; apoyar la defensa del médico y/o instituciones de salud en problemas de su ámbito y quehacer general; apoyar a las instituciones médicas o de salud con problemas políticos o institucionales; velar por el prestigio y la dignidad de la profesión médica difundiendo el cumplimiento de las normas ético-profesionales; crear y fomentar instancias que permitan realizar acciones y elaborar análisis en procura de mejorar el conocimiento del médico latinoamericano y de sus instituciones; propender a la integración médica latinoamericana, según el principio de que la Medicina no reconoce fronteras y la profesión médica es una fraternidad universal e incentivar la organización en cada país de organizaciones que agrupen la totalidad de los médicos.¹⁶³

A propuesta del SMU, CONFEMEL tiene su sede en Uruguay, y su participación en el contexto regional y global ha sido de relevancia en las últimas décadas, muchas veces generando la interacción entre este organismo y la Asociación Médica Mundial.

Asociación Médica Mundial

En 1947, tras la Segunda Guerra, se fundó en Europa la Asociación Médica Mundial (AMM), con el principal fin de «establecer normas éticas para los médicos del mundo».¹⁶⁴ Este organismo surgió de las reuniones que los médicos de los países aliados mantenían en la sede de la Asociación Médica Británica para discutir sobre la problemática médica en tiempos de paz. Las conversaciones para crear una organización internacional cristalizaron en la

realización de la primera Asamblea Médica Mundial, realizada en París; el SMU envió un representante y se integró a la organización en 1959.

En 1948, la AMM instaló su sede en Nueva York, dadas las ventajas de proximidad con organismos internacionales como la ONU, y en 1974 se trasladó a Ferney Voltaire, Francia, por su cercanía con Ginebra, Suiza, donde estaban asentadas la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Asociación Internacional de la Seguridad Social (ISSA).

El órgano principal de toma de decisiones en la AMM es la Asamblea General, que se reúne una vez al año. La Asamblea elige el Consejo, cada dos años, con representantes de África, Asia, Europa, América Latina, América del Norte y Pacífico. Actualmente, como en 14 de los últimos 20 años, el SMU es el representante de América Latina en este organismo.

El presidente del Consejo es la cabeza política de la organización, mientras el jefe en las ceremonias es el presidente, elegido anualmente por la Asamblea.

En la joven AMM cumplió un papel destacado el Dr. Constancio Castells quien, entre otros aportes, tuvo un rol importante en el fortalecimiento económico de la institución. Como distinción del organismo, en 1964 se encomendó a la representación uruguaya la edición en español de la *Revista Médica Mundial*. Además, Uruguay fue sede de dos reuniones del Consejo de la AMM. La 69.^a, primera realizada en nuestro país en 1969, y la 150.^a, celebrada en 1999.

La AMM tomó desde su creación la responsabilidad de establecer un conjunto de normas éticas para los profesionales de todo el mundo, y ya en su II Asamblea General, en 1948, adoptó la Declaración de Ginebra. La III Asamblea General adoptó un Código Internacional de Ética Médica y, en 1952, un comité permanente de Ética Médica con el fin de atender las faltas

deontológicas y los crímenes cometidos por médicos en tiempos de guerra, así como para implementar dispositivos de protección en la experimentación humana.

Desde entonces, la AMM, a través de sus declaraciones, ofrece orientación ética a los médicos de todo el mundo, y sirve de guía para las asociaciones médicas nacionales, gobiernos y organizaciones internacionales. Las declaraciones de la AMM abarcan una amplia temática que va del Código Internacional de Ética Médica a los derechos de los pacientes, atención a los heridos y enfermos en conflictos armados, uso y abuso de drogas, contaminación, planificación familiar e investigación en seres humanos.

Tres de las declaraciones de la AMM son un faro en materia deontológica a escala mundial. Los citados Código de Ética Médica y Declaración de Ginebra, y la Declaración de Helsinki, de 1964. En las dos últimas, la participación del SMU fue de relevancia.

La Declaración de Helsinki es el cuerpo de principios éticos que guía a la comunidad médica en la experimentación con seres humanos, y se trata del documento más importante sobre el tema, reconocido por la comunidad científica y los gobiernos. La declaración actual, con sus modificaciones, fue aprobada en la 64.^a Asamblea Médica Mundial de Fortaleza, Brasil, en 2013. En esa oportunidad se realizaron siete enmiendas, para cuya discusión la AMM designó un Grupo de Trabajo integrado por un representante de cinco asociaciones médicas seleccionadas. Ese grupo estuvo integrado en dos oportunidades por el Dr. Alarico Rodríguez en representación del SMU.

La Declaración de Ginebra, en tanto, aprobada en 1948 como un documento sustitutivo del Juramento Hipocrático pretendía, en su intención, ser una reacción a los crímenes médicos cometidos en la Alemania nazi,

recién derrotada en la Segunda Guerra Mundial. Se la conoce internacionalmente como Juramento Hipocrático Moderno, y su nombre oficial, otorgado por la AMM, era Juramento de Hipócrates-Fórmula de Ginebra.

Esta fórmula tuvo cuatro enmiendas, en las asambleas de la AMM de 1966, 1983, 1994 y 2017. Para esta última, aprobada en la 68.^a Asamblea, celebrada en Chicago, Estados Unidos, se contó con el aporte del SMU, que impulsó la incorporación como asunto central de la autonomía y la autodeterminación del paciente, y la referencia a la salud del médico relacionando el cuidado del cuidador con la calidad de la atención médica. Además, impulsó el cambio de título: pasó de ser «Juramento», relacionado con lo divino, a ser la «Promesa del médico».

En los últimos años, el SMU buscó fortalecer la influencia de los médicos uruguayos en el ámbito internacional y alcanzar mejoras en las organizaciones supranacionales en las que participa. Así, en 2004, y en oportunidad de la representación de Latinoamérica en el Consejo de la AMM, en simultáneo con la Presidencia y Tesorería de CONFEMEL, propuso reformas de relevancia en los estatutos y aportes financieros de este último organismo, se gestionó la incorporación de Brasil y Chile, que no estaban participando, y se obtuvo el estatus de Organización con Relaciones Oficiales con OPS/OMS. También se consiguió que médicos uruguayos integraran el cuerpo de asesores de los tres comités permanentes (Ética, Asuntos Médicos Sociales y Planes y Finanzas), y se logró que el presidente y el secretario general de la AMM participaran en la Asamblea Anual de CONFEMEL.

En 2005 se creó, en el marco de ese organismo latinoamericano, la Comisión de Asuntos internacionales, que trazó un plan para el relacionamiento internacional y se marcó como objetivo la creación de un

Foro Iberoamericano de Entidades Médicas (conseguido en 2007, con la constitución del FIEM), la obtención de una sede para una Asamblea Médica Mundial y la elección de un médico latinoamericano para presidir la AMM.

El segundo de los objetivos se consiguió en 2008, cuando la AMM designó a Uruguay como sede de la 62.^a Asamblea Médica Mundial, en 2011. Por primera vez nuestro país, a través del SMU, fue anfitrión de este encuentro en el que participaron representantes de organizaciones profesionales de 94 países. Solo existían en la región tres antecedentes de asambleas médicas: Brasil, Chile y Venezuela.

Este acontecimiento implicó para el SMU una intensa agenda de contactos que comenzó en 2005. El Poder Ejecutivo apoyó la preparación de la candidatura con un aporte económico y con el auspicio de los ministerios de Relaciones Exteriores y Turismo. La Asamblea de 2008, desarrollada en Seúl, había votado que la Sesión Científica de su próxima reunión llevara como tema «Políticas de Cesación del Tabaquismo», un tema caro al Uruguay, pionero en el mundo en aplicar el Convenio Marco para el combate contra esa enfermedad en todo el territorio nacional. Por ese motivo, la presentación central de esa sesión estuvo a cargo del Dr. Tabaré Vázquez, impulsor de esa lucha durante su primera presidencia de la República.

Entre los temas tratados en esa asamblea, así como en las declaraciones realizadas, todas las delegaciones presentes manifestaron a Uruguay su apoyo en el conflicto con la tabacalera Philip Morris, iniciado por la multinacional en 2010 y concluido en 2016, con un fallo favorable a nuestro país.

En la 189.^a sesión de esa Asamblea, el Dr. José Luis Gomes do Amaral, brasileño, asumió como presidente de la AMM. Esta elección fue el

corolario de varios años de trabajo en el fortalecimiento de los lazos a nivel iberoamericano, que permitió alcanzar la meta planteada tiempo atrás.



Participación en la Asamblea Médica Mundial.

Conferencia Internacional de Sindicatos Médicos

En 2016 se celebró en Alemania el primer Encuentro de Sindicatos Médicos con el fin de tener un espacio de intercambio en el que entidades gremiales de todo el mundo reflexionaran sobre temáticas en común. Entre los puntos conversados estuvieron la negociación colectiva, el mejoramiento de las condiciones de trabajo y la consolidación de derechos laborales, entre otros.

El SMU participó activamente en ese encuentro. En esa instancia, las organizaciones presentes reconocieron la reforma del mercado laboral

impulsada en Uruguay a instancias del Sindicato, y los logros obtenidos en los ámbitos de negociación colectiva, y al año siguiente se convirtió en anfitrión. Esta II Conferencia Internacional de Sindicatos Médicos se llevó a cabo en abril de 2017, en la sede del Sindicato, y debatió sobre la Jornada Laboral y las Migraciones de los Recursos Humanos de la Salud.

La amistad con referentes internacionales

Si a lo largo de su historia el SMU buscó entablar y estrechar relaciones con gremiales y entidades profesionales y del mundo entero, no es menos cierto que fomentó y cimentó la amistad con diversas personalidades del quehacer médico. A modo de homenaje de tantos referentes, recordaremos a los Dres. Salvador Allende y René Favaloro, amigos del Sindicato.

Salvador Allende, el amigo del SMU

El 16 de setiembre de 1959, el Comité Ejecutivo del SMU recibía al médico chileno Dr. Salvador Allende, en su calidad de presidente de la Confederación Médica Panamericana. Ciertamente su fama lo precedía. Por entonces, ya había sido presidente del Colegio Médico de su país, y ministro de Salud Pública. Era, en esos días, senador nacional y presidente del Departamento de Asuntos de Salud Pública del Colegio Médico de Chile.

En esa oportunidad, Allende repasaba su pensamiento acerca de la medicina social, enfocada en el pueblo y sus necesidades, trazaba

paralelismos y alguna discordancia con la labor del SMU, y elogiaba el alcance de sus logros.

Indiscutiblemente que hay distancia entre lo que yo concibo como Medicina Social y lo que Uds. llevan realizado, pero al mismo tiempo aprecio que Uds. han alcanzado un progreso al que aún no han llegado otros sectores médicos del panorama americano. Es por eso que me permito reclamar la presencia activa de Uds., como organización, en los trabajos del Congreso Médico Social, que la actitud de Uds. –digamos– pujante y clara con que plantean los médicos uruguayos sus puntos de vista; creo que nosotros recibiremos un gran aporte para prestigio del Congreso [de la Confederación Médica Panamericana] que se efectuará en Santiago en 1961.¹⁶⁵

La alocución de Allende fue celebrada con palmas, y en aquella instancia se trabó una relación entre el prestigioso visitante y el Sindicato Médico que perduró a través de los años, incluso venciendo a la muerte.

La historia es conocida: el 4 de noviembre de 1970 Allende asumió la Presidencia de Chile, al frente de la Unidad Popular. El SMU saludó en esa ocasión al flamante mandatario, congratulándose de que fuera:

un gremialista médico, expresidente del Colegio Médico de Chile y expresidente de la Confederación Médica Panamericana, el que a nivel político haya concitado la confianza y el apoyo de todo el pueblo chileno para su conducción hacia un mejor destino.

El Gobierno de Allende fue marcado por la honda crisis social y económica que enfrentó a las clases dirigentes de su país, al amparo, la mayoría de las veces, de las empresas multinacionales que actuaban en el país y que no veían con buenos ojos los cambios impulsados desde el

Ejecutivo, y finalizó con los trágicos episodios del 11 de setiembre de 1973. No hacía tres meses que Uruguay vivía, también, horas aciagas, y veía cómo la dictadura cívico militar arrasaba con las instituciones y el Estado de Derecho.

Aún hoy ignoramos el detalle de las circunstancias de su muerte. Sabemos sí, ciertamente, que tal como lo había juramentado, de su puesto, solo pudieron sacarlo muerto. Tuvo tiempo para hablarle a su pueblo. Para pedirle a los obreros, a los estudiantes y a los campesinos, resistencia y lucha; para ratificar, por última vez, su convicción revolucionaria, su fe en el pueblo. Para acusar a los traidores y denunciar la conjura. Para rechazar la seducción de una entrega ofertada¹⁶⁶ –decía el decano de la Facultad de Medicina, Pablo V. Carlevaro, en un acto en homenaje a Allende, celebrado el 19 de setiembre.

En aquella instancia se colocó una placa en el segundo piso del Palacio Sindical, la vieja sede de Colonia y Arenal Grande, en la que se leía la frase acuñada por el Dr. Juan Carlos Macedo: «Salvador Allende, Héroe de América Nueva». Pocos días después la placa fue retirada por orden de las Fuerzas Conjuntas. El Dr. José Pedro Cirillo, entonces presidente del SMU, tuvo que enfrentar largos trámites burocráticos para recuperarla. Cuando los representantes del gobierno de facto le preguntaron qué haría con ella, Cirillo no dudó: «La volvemos a colocar». Al poco tiempo de reinstalada, volvió a ser secuestrada por los militares que ya no la devolvieron.¹⁶⁷ En su lugar, restaurada la democracia, se instaló una réplica.

También en junio de 2008 se realizaron jornadas en recuerdo del centenario del nacimiento de Allende, y se descubrió una placa en el policlínico del CASMU de 8 de Octubre y Abreu, con la presencia de

autoridades del SMU y del presidente del Colegio Médico de Chile, Dr. Ricardo García.



SALVADOR ALLENDE

Años más tarde, en octubre de 2017, la entonces presidenta de Chile, Dra. Michelle Bachelet, visitó el Sindicato Médico en oportunidad de la Conferencia Mundial de las Enfermedades No Transmisibles. En esa instancia fue nombrada Socia de Honor del SMU y destacó la amistad que une a los pueblos chileno y uruguayos. El Dr. Gustavo Grecco, presidente del Sindicato, mencionó, además, que «el Dr. Allende, antes de ser el presidente Allende, fue un amigo del Sindicato Médico del Uruguay».¹⁶⁸

René Favaloro: con Artigas en el corazón

René Favaloro nació en Argentina, en un barrio humilde de la ciudad de La Plata, en 1923. Hijo de un carpintero y una modista, desde pequeño tuvo interés por la medicina. Egresó de la Universidad Nacional de la capital bonaerense en 1949 y, pudiendo haber iniciado su carrera en el mismo centro como médico auxiliar del Hospital Policlínico, prefirió alejarse y ejercer la medicina en Jacinto Aráuz, un pueblo perdido en La Pampa. Esta decisión no fue inocente: Favaloro, con los méritos suficientes para ocupar la plaza en el centro universitario, se negó a firmar una declaración de apoyo al gobierno de la época.

Ese requisito resultaba humillante para alguien que, como él, había formado parte de movimientos universitarios que luchaban por mantener en [Argentina] una línea democrática, de libertad y justicia, razón por la cual incluso había tenido que soportar la cárcel en alguna oportunidad.¹⁶⁹

Radicado en La Pampa, Favaloro, junto a su hermano Juan José, también médico, crearon un centro asistencial que mejoró sustancialmente la calidad de vida de sus vecinos. Mientras tanto, quitaba horas al sueño para estar al

tanto de los avances de la profesión, y viajaba a menudo a La Plata para realizar cursos de actualización.

Interesado por las intervenciones cardiovasculares, sus antiguos profesores José María Mainetti y Alfonso Roque Albanese lo convencieron de que partiera a perfeccionarse al exterior, y le recomendaron la Cleveland Clinic, en Ohio, Estados Unidos. Arribó allí en 1962, y en 1967 comenzó a trabajar en la técnica del *by pass* coronario, que le daría renombre internacional. Pese a los ofrecimientos para seguir desarrollando sus estudios en América del Norte, retornó a su país en 1971 con la idea de crear un centro médico de excelencia como la Cleveland Clinic. Allí trabajó en el porteño Sanatorio Güemes, hasta la creación de la Fundación Favaloro, en 1975.

Un par de años antes, en 1973, Favaloro llegó por primera vez de forma oficial a Uruguay, para participar en un homenaje al Dr. Eduardo C. Palma. Allí fue invitado por los Dres. Luis Folle y Juan Carlos Canessa, presidente y vicepresidente, respectivamente, de la Sociedad Uruguaya de Cardiología, para participar en el congreso de la especialidad que se realizaría, a fines de ese año, en la Colonia de Vacaciones del SMU. Desde entonces, Favaloro viajó a nuestro país con frecuencia, entablando una profunda amistad con el Dr. Jorge Dighiero.¹⁷⁰

Dighiero falleció el 27 de junio de 1978, día en que la dictadura cumplía cinco años de instalada en el país, y los homenajes escasearon. «Mi padre falleció y se le enterró casi en el anonimato. Tuvo la desgracia de morir en el aniversario de la dictadura y por entonces era mucho el miedo», recordó la Dra. Graciela Dighiero.¹⁷¹

En 1979, para conmemorar el primer aniversario de su muerte, la Dra. Dighiero propuso que la mejor forma de recordar a su padre era mediante la realización de un evento científico, al que Favaloro asistió.

Al bajar del avión y en pleno aeropuerto pletórico de periodistas, Favalaro dijo: «Vengo a homenajear a mi amigo, el profesor Dighiero, que tanto hizo por la cardiología en el Uruguay». Fue la reivindicación por aquel silencio de un año atrás. A partir de entonces mi familia llevó por siempre un enorme cariño y una deuda de gratitud hacia su persona¹⁷² –señaló la Dra. Dighiero.

Años después, ya restablecida la democracia en ambos lados del Plata, Favalaro ofreció una celebrada conferencia sobre José Artigas, personaje de su admiración. El 11 de diciembre de 1993, en el marco del Congreso Uruguayo de Cardiología, el Dr. Favalaro habló del prócer, al que definió como un «criollo enloquecido de patriotismo americano auténtico».¹⁷³

En aquella intervención, el médico argentino ensalzó, a través de la figura del héroe, la vocación de servicio del médico. Sin nombrar a la medicina, Favalaro expuso sobre ética, derechos humanos, humanismo, encerrados en aquella frase sacada del bronce: «los más infelices serán los más privilegiados».

El devenir político y económico de la Argentina lo redujo, ya sobre el final del siglo que lo había visto nacer, a ser «un mendigo en su país». Acuciada su Fundación por deudas, y, a la vez, con una cartera de incobrables que ni siquiera le atendían el teléfono, Favalaro vendió primero sus bienes personales, para luego quitarse la vida, el 29 de julio de 2000. La historia, esa otra pasión de Favalaro, lo ha puesto en el lugar que merecía, y el SMU lo recuerda como un buen amigo de los médicos del Uruguay.

- 163 Estatutos de la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe, págs. 2-3.
Recuperado en: www.confemel.com
- 164 A. A. (s/f) *Historia de la AMM*. Recuperado en www.wma.net
- 165 A. A. (1959). *Acta del Comité Ejecutivo del SMU*, pág. 6-7. Montevideo: SMU.
Recuperado en: www.smu.org.uy
- 166 «Discurso pronunciado por el Prof. Dr. Pablo V. Carlevaro, decano de la Facultad de Medicina de Montevideo, en el acto homenaje a la memoria del Dr. Salvador Allende Gossens» (1973), pág. 2. Montevideo: SMU. Recuperado en: www.smu.org.uy
- 167 Turnes, Antonio L. (2007). *Obituario. Dr. José Pedro Cirillo Apolito*. Montevideo: SMU.
Recuperado en: www.smu.org.uy
- 168 A. A. (2018). «Justo reconocimiento». *Revista Ser Médico*. Número 25, pág. 31.
Montevideo: SMU.
- 169 Recuperado en: www.fundacionfavaloro.org
- 170 López Mercao, José (2000). «La armonía de una vida». *Revista Noticias* N.º 106.
Montevideo: SMU. Recuperado en: www.smu.org.uy
- 171 López Mercao, José, *op. cit.*
- 172 *Idem.*
- 173 *Idem.*



El SMU celebró 100 años de vida.

La defensa de los derechos laborales fue el motivo de su creación en 1920 pero la visión colectiva y el compromiso social del colectivo médico trascienden ese punto.

El proceso histórico abarca aspectos tales como la preocupación por la calidad de la asistencia plasmado en la fundación del CASMU en 1936; el posicionamiento político antitotalitario en las asambleas de los años 40 durante la Segunda Guerra Mundial; la defensa de los derechos humanos en los años dictadura militar, el compromiso con la ética expulsando a los colegas que participaron en la tortura; el aporte al funcionamiento del sistema de salud a través de las nueve convenciones médicas y los encuentros de Solís I, II y III.

En estas páginas se recoge también el aporte de figuras destacadas como Augusto Turenne, Manuel Quintela, Carlos María Fosalba, Juan José Crotoggini, Manuel Liberoff o Jorge Barret Díaz, entre otros.

Es necesario conocer la magnitud toda esta acción colectiva para entender el presente y proyectarnos al futuro, porque desde allí nos lanzamos al siglo XXI.

Dr. Gustavo Grecco
Presidente del SMU 2017-2021



Primera edición: diciembre de 2022
Edición en formato digital: abril de 2023

© 2023, Sindicato Médico del Uruguay
© 2023, de la presente edición en castellano para todo el mundo:
Penguin Random House Grupo Editorial
Colonia 950, piso 6. C.P. 11.100 Montevideo, Uruguay

Penguin Random House Grupo Editorial apoya la protección del *copyright*.
El *copyright* estimula la creatividad, defiende la diversidad en el ámbito de las ideas y el conocimiento, promueve la libre expresión y favorece una cultura viva. Gracias por comprar una edición autorizada de este libro y por respetar las leyes del *copyright* al no reproducir, escanear ni distribuir ninguna parte de esta obra por ningún medio sin permiso. Al hacerlo está respaldando a los autores y permitiendo que PRHGE continúe publicando libros para todos los lectores.

ISBN 978-9915-678-13-9

Diseño editorial: Gabriela López Introini
Redacción: Jorge Costigliolo
Ilustraciones: Nico Barcia
Conversión a formato digital: Libresque

Índice

Sindicato Médico del Uruguay. 100 años

Prólogo

Capítulo 1. El Sindicato Médico del Uruguay

Antecedentes y motivaciones

Fundación del Sindicato Médico

Los sindicatos médicos locales

Las conferencias del SMU

El Hospital de Clínicas

El Ministerio de Salud Pública

La Universidad, la Facultad de Medicina y el Orden de Egresados.

La representación de los estudiantes en el Ejecutivo del SMU

El Código de Ética de Montpellier

El Primer Consejo Arbitral

Las encuestas médicas

Un reconocimiento a los grandes nombres

Juan José Crottogini: vida de médico

Atilio Morquio: La ética ante todo

Las últimas décadas y los nuevos desafíos

Salario, negociación colectiva y SNIS

Un hecho necesario y doloroso: la escisión Casmu-SMU

Mejoras de las condiciones de trabajo alta dedicación

El futuro ya llegó

Capítulo 2. Las Convenciones Médicas Nacionales y los aportes a la agenda sanitaria

Las primeras convenciones (1939 - 1972)

VII Convención Médica: El foco en la ética

VIII Convención: Hacia el Sistema Integrado de Salud y la colegiación

IX Convención Médica Nacional: Mejora y transparencia del trabajo médico

Otros aportes a la agenda sanitaria: CIESMU, CES y los encuentros Solís I, II y III

Cristalización de las propuestas médicas en la legislación

Capítulo 3. El Centro de Asistencia

Antecedentes del Centro de Asistencia

Nacimiento del Centro de Asistencia

Bases conceptuales de la creación del Centro de Asistencia

La intervención y sus antecedentes

Del fin de la intervención a la escisión del SMU

1727 Emergencias

Capítulo 4. La ética médica. Defensa de la libertad y los derechos humanos

La ética en el SMU

Defensa de la libertad y los derechos humanos ante la dictadura de Terra

Apoyo a la República Española y condena del fascismo y el nazismo

Los convulsionados 60: el avance del autoritarismo y el Congreso del Pueblo

El golpe de Estado y la huelga general de 1973

La Asamblea del 27 de junio de 1973

El final de la huelga General

Las repercusiones de la huelga y las Elecciones Universitarias de 1973

El asesinato de Vladimir Roslik

La resistencia y «los subterráneos de la libertad»

La Comisión Nacional de Ética Médica

Capítulo 5. Publicaciones del SMU

Capítulo 6. La mujer en el SMU

De los prejuicios a los actuales desafíos

Primeras mujeres médicas

Paulina Luisi

María del Luján Jauregui

Graciela Dighiero

María Rosa -Perla- Remedio

Ana Rosenberg Martuscello

Capítulo 7. Acción social y cultural en el SMU

La preocupación por los aspectos sociales y culturales

El Fondo de Solidaridad Social

La Colonia de Vacaciones

El SMU y la cultura

Darnauchans y su pago

Juan Carlos Macedo, médico y poeta

Capítulo 8. Relaciones internacionales del SMU

Los vínculos internacionales

CONFEMEL

Asociación Médica Mundial

Conferencia Internacional de Sindicatos Médicos

La amistad con referentes internacionales

Salvador Allende, el amigo del SMU

René Favaloro: con Artigas en el corazón

Sobre este libro

Créditos