

ANTONIO L. TURNES

EFRAÍN MARGOLIS

UN REALIZADOR EN LA
ADMINISTRACIÓN DE SALUD



Efraín Margolis

EG

Ediciones Granada



ANTONIO L. TURNES nació en Montevideo (Uruguay) el 17 de enero de 1943. Es médico desde diciembre de 1975, egresado de la Facultad de Medicina de UDELAR. Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina (2010). Fue Secretario Ejecutivo de la Confederación Médica Panamericana (1964-1971), Secretario del Coordinador Técnico del Ministerio de Salud Pública (1966-1967) y de la Dirección del Hospital Pereira Rossell (1967), Vinculado al Sindicato Médico del Uruguay (SMU) desde 1964 hasta 1976, en que se exilió en la República Argentina. Actuó como organizador profesional de congresos entre 1966 y 1969. Desempeñó desde 1985 hasta 2005 el cargo de Administrador General del SMU. Es miembro de las Sociedades Uruguayas de Historia de la Medicina y de Especialistas en Salud Pública (actualmente de Salud Colectiva, SUSAC) y del Colegio Uruguayo de Administradores de Servicios de Salud (CUDASS). Miembro de la Sociedad Iberoamericana de Derecho Médico (SIDEME). Ejerció la Medicina en Buenos Aires (1976-1981) y co-dirigió laboratorios de análisis médicos en el Departamento de Maldonado, Uruguay (1981-2002). Adjunto a la Dirección General del CASMU (1986-1987). Asistente Académico del Decano de la Facultad de Medicina (1989-1990). Miembro de la Comisión Honoraria de Salud Pública (2005-2008) y del Directorio de la Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios (2005-2008). Integrante de la Comisión Honoraria de Seguimiento de la Facultad de Medicina del CLAEH (2005-2008). Distinción Sindical del SMU (2008). Secretario y actual integrante del Consejo Directivo de SAIP Cooperativa (Servicio de Asistencia Integral Profesional) desde 2005 a la fecha. Fue integrante del Centro de Estudios en Salud (CES) del SMU (2006-2009), habiendo publicado en los *Cuadernos del CES* diversos artículos sobre leyes de Colegiación Médica, de Derechos del Usuario de Servicios de Salud, El Trabajo Médico a través de las Encuestas Médicas Nacionales, entre otros. Fue Coordinador de la Comisión Interinstitucional de Violencia contra los profesionales de la Salud (enero 2009-setiembre 2011). Miembro de la primera Comisión Electoral del Colegio Médico del Uruguay (CMU) (2010-2011). Autor y coautor de dieciocho libros sobre temas de Historia de la Medicina. Es columnista de *El Diario Médico*; colaborador de diversas publicaciones profesionales. Recibió los Premios de la World Sephardi Federation 2005 y el Jerusalem 2011.

ANTONIO L. TURNES

EFRAÍN MARGOLIS
(1925-1991)

UN REALIZADOR EN LA ADMINISTRACIÓN DE SALUD

Montevideo 2015



Ediciones Granada

ISBN: 978-9974-8521-2-9

Primera edición – Octubre de 2015

EFRAÍN MARGOLIS (1925-1991). Un realizador en la administración de salud.

© **Antonio L. Turnes**

Contacto: Antonio L. Turnes

alturnes@adinet.com.uy

José Ellauri 868. Apto. 202

C.P: 11.300

Montevideo - Uruguay

Queda hecho el depósito que ordena la ley

Impreso en Uruguay - 2015

Impreso y encuadernado en Mastergraf srl.

Gral. Pagola 1823 - CP 11800 - Tel.: 2203 4760*

Montevideo - Uruguay

E-mail: mastergraf@mastergraf.com.uy

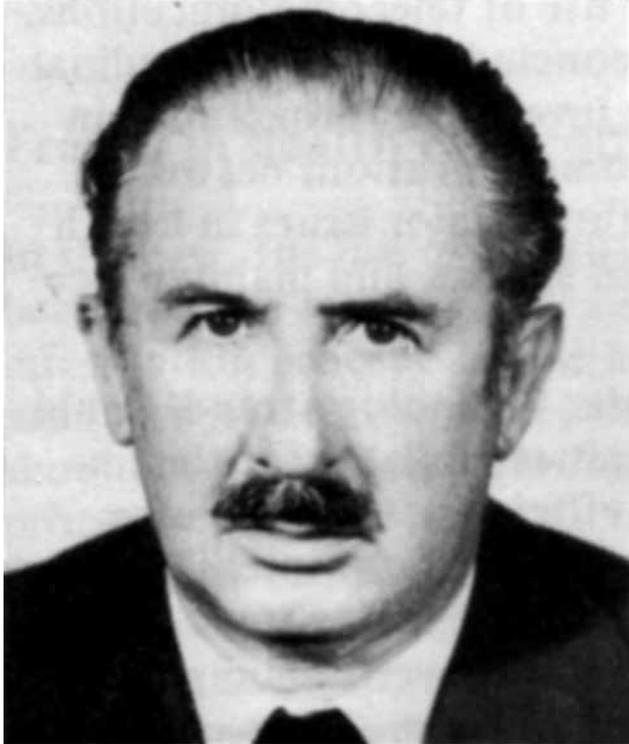
Depósito Legal: 368-xxx / 2015.

Octubre 2015 - Montevideo.

Motivo de contratapa: mural de Alceu Ribeiro, en el Sanatorio N° 1 "Dr. Carlos Ma. Fosalba" del CASMU, en Colonia y Arenal Grande, Planta baja derecha.

Diseño gráfico del libro y la tapa:  Augusto Giusti

Queda prohibida la reproducción parcial o total de este libro, por medio de cualquier proceso reprográfico o fónico, especialmente por fotocopia, microfilme, offset o mimeógrafo o cualquier otro medio mecánico o electrónico, total o parcial del presente ejemplar, con o sin finalidad de lucro, sin la autorización de los autores.



EFRÁIN MARGOLIS
(1925-1991)

A handwritten signature in black ink. The signature is highly stylized and cursive, appearing to read 'Efraín Margolis'. It features a large, sweeping initial 'E' and a long, horizontal flourish at the end.

La libertad, Sancho, es uno de los más preciosos dones que a los hombres dieron los cielos; con ella no pueden igualarse los tesoros que encierra la tierra, ni el mar encubre; por la libertad, así como por la honra, se puede y debe aventurar la vida; y, por el contrario, el cautiverio es el mayor mal que puede venir a los hombres.

Miguel de Cervantes
Don Quijote, 2a. parte, cap LVIII

Yo soy yo y mi circunstancia y si no la salvo a ella no me salvo yo.

José Ortega y Gasset
Meditaciones del Quijote (1914)
Obras Completas, tomo I, 322

Hay tres clases de administradores:

- Los que hacen que las cosas pasen.
- Los que dejan que las cosas pasen.
- Los que ni siquiera saben lo que pasa.

American Management Association

ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| Agradecimiento | 9 |
| 1 Introducción..... | 11 |
| 2 El salubrista | 15 |
| 3 Sus trabajos científicos | 25 |
| 4 Actuación en el ámbito gremial y docente | 33 |
| 5 La Extensión Universitaria: la Encuesta del Barrio Sur, los Seguros de Salud..... | 41 |
| 6 Algunos recuerdos personales..... | 77 |
| 7 Su formación académica..... | 85 |
| 8 Actuación nacional e internacional | 89 |
| 9 Medicina con humor | 125 |
| 10 Su relación con la industria farmacéutica..... | 131 |
| 11 Dos obras fundamentales | 137 |
| 12 Crisis personal con el Casmu | 163 |
| 13 Su prólogo para la primera edición de <i>Farmanuario</i> | 177 |
| 14 La racionalización del medicamento | 181 |
| 15 Actividad intensa y salud frágil..... | 199 |
| 16 Epílogo..... | 203 |
| Índice onomástico | 211 |

AGRADECIMIENTO

El autor agradece a las siguientes personas que han colaborado para hacer posible este recuerdo:

Sra. Raquel Hirt Reindel de Margolis, por su relato y aporte documental que fueron el eje central de este trabajo. (Archivo RHRdM).

Dr. Álvaro Margolis Hirt por su cooperación en la revisión del primer borrador y el auxilio permanente para buscar datos e iconografía. (Archivo AMH).

Dr. Aída Rey Álvarez por su contribución generosa de tiempo para reconstruir y revisar el relato de su trabajo junto a Efraín Margolis y los documentos de su actuación en el período. (Archivo ARA).

Ac. Hon. Aron Nowinski por su búsqueda de documentos relacionados con el biografiado y las sugerencias de iconografía. (Archivo FDAN).

Dr. Jaime Sznajder por haber mantenido viva la llama de la amistad con recuerdos de lo vivido en sus años compartidos con Margolis, así como en sus frecuentes visitas a Uruguay durante la década de la Intervención del SMU-CASMU, que permitieron confirmar detalles poco conocidos.

Lic. Leticia Zuppari Milich por su aporte del legajo de Margolis en el SMU.

Sr. Augusto Giussi por su colaboración en el diseño gráfico y sus precisas sugerencias.

* * *

INTRODUCCIÓN

Efraín Margolis Rom fue un médico graduado en Uruguay, especializado en Administración de Salud y de Hospitales en el exterior, que ejerció durante muchos años una acción fundamental en la orientación de los servicios de salud de nuestro país.

Había nacido en Polonia, y venido muy chico con sus padres a Uruguay, viviendo y creciendo en la ciudad de Castillos, Rocha, hasta que tuvo que venir a Montevideo para comenzar sus estudios Preparatorios de Medicina.

Su tarea ha sido de compromiso con la defensa de sus ideales de libertad e independencia, particularmente alejado de las corrientes ideológicas que atravesaron el siglo XX. Pero también de compromiso con las mejores tradiciones de la doctrina, política y planificación de la salud.

A lo largo de su vida ejerció múltiples funciones en la Federación de Estudiantes del Interior, en la Federación de Estudiantes Universitarios del Uruguay, en el Sindicato Médico del Uruguay y muy especialmente en el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (antes CASMU, hoy CASMU IAMPP), al que consagró la mayor parte de su vida laboral, en décadas dedicadas a un trabajo de alto valor, pero poco reconocido, y en algunos aspectos denostado.

Trabajando desde la Cátedra de Higiene y Medicina Preventiva en acciones de medicina social, de lo que dejó múltiples testimonios. O colaborando con el Rector de la Universidad Dr. Mario A. Cassinoni en los primeros pasos del Departamento de Bienestar Estudiantil, Margolis fue un universitario cabal. De bajo perfil, sin buscar protagonismos, pero elaboran-

do siempre, produciendo conocimientos que pudieran ser de utilidad para los demás, sin importarle quién fuera el destinatario de esos saberes que él articulaba tan bien.

En el SMU fue un socio inquieto que contribuyó con artículos, publicaciones, participación en Comisiones asesoras, dejando honda huella, plasmada en algunas publicaciones señeras.

Realizó en 1970, un viaje a Europa que incluyó una visita larga a la URSS, para asistir a un seminario de la OMS, produciendo un informe, como era su estilo, circunstanciado y minucioso sobre la realidad que pudo apreciar en aquel país, y dejando constancia de las fortalezas y debilidades que encontró en su estructura de atención de la salud tanto como en sus instituciones docentes. Un trabajo que merecería mayor atención, porque explica muchos de los acontecimientos y fracasos que se vivieron en ese conglomerado de repúblicas que quisieron transformar el mundo y ser un ejemplo universal.

En el MSP colaboró por corto tiempo con el Dr. Joaquín Purcallas Serra, cuando éste, gran amigo, ocupó la Subsecretaría, acompañándole con la elaboración de proyectos que tuvieron gran repercusión, y que hoy permanecen olvidados, como el Informe del experto norteamericano John A. Hall, que diseñó una nueva estructura para un Ministerio que se había anquilosado en su diseño organizacional.

En el Centro de Asistencia del SMU, al que tanto quiso y por el que siempre luchó, desempeñó diversas funciones, culminando como Director Asistente.

Tuvo especial destaque en la racionalización del uso de los recursos de las Instituciones de Asistencia Médica Colectivizada (IAMC) y fue un auxiliar de la mayor jerarquía entre los componentes del equipo de dirección que encabezó el Dr. Alberto R. Grille González, que fue su Administrador General por 20 años.

Durante la Intervención del SMU y sus Organismos Adscriptos, Margolis fue hostigado hasta que comprendieron que su aporte era fundamental para la supervivencia de la institución, y más aún, del sistema mutual.

El trabajo que realizó en el CASMU con la farmacóloga Dra. Aída Rey Álvarez, fue de los de mayor repercusión para la institución y para todo el sistema de las IAMC, por la solidez y fundamentación de sus planteos para articular un vademecum racional, que redujo grandemente el número de productos desechando todos aquellos que eran improcedentes, pero que representaban un alto costo para las instituciones. Sin que se privara a ningún abonado de los productos auténticamente eficaces. Orientando también al Cuerpo Médico sobre las buenas prácticas de la prescripción. Tanta repercusión tuvo esta faceta de su labor que determinó cambios en la industria farmacéutica, en la presentación de los productos que se ofrecían para la

dispensación mutua, modificando el número de elementos de cada envase con las dosis administradas durante el tiempo que duraría el tratamiento. Una picardía que antes se admitía y era fuente de ingentes gastos. Otro tanto fue la innovación de la tarjeta para los pacientes crónicos que no debían retornar sistemáticamente a la consulta para que le repitieran lo que obligadamente debían consumir por la naturaleza de su patología. Hechos que hoy parecen elementales, pero que durante décadas fueron ignoradas por quienes dirigían las instituciones, por los médicos, por los administradores y los compradores de medicamentos. Es incalculable el ahorro en decenas de millones de dólares que estos gestos generaron en las economías de las instituciones, ya de por sí muy inestables en aquellos y en estos tiempos, a pesar de todas las reformas. Porque las buenas prácticas no tienen fin, sino que deben ser una preocupación permanente de quienes tienen la responsabilidad de conducir organizaciones sanitarias.

Sus aportes al ámbito del uso racional del medicamento, uno de los insumos de mayor significación en el esquema de gastos de las instituciones de salud, resultó ser de tal magnitud, que marcan claramente un antes y un después de la publicación de sus aportes.

La racionalización de los medicamentos empleados por las IAMC, eliminando las asociaciones ineficientes, los productos que sólo producían beneficio a quienes los vendían (o los compraban para las instituciones) pero eran totalmente ineficaces para los pacientes, produjo importantes economías en la Institución para la que él trabajaba, pero también derramaron benéficamente sobre las demás instituciones que siguieron sus enseñanzas.

Procuró estructurar centrales de compras para medicamentos con otras instituciones mutuales, en lo que fue apoyado por las autoridades gremiales, luego de la Dictadura, pero que no alcanzó el éxito esperado, por razones diversas.

El análisis que realizó de la Medicina Colectivizada, profundo, documentado, con un fino espíritu crítico que señalaba cauces por donde transitar para defender y mejorar el sistema, se ha transformado en una obra de referencia ineludible.

El libro sobre la Organización de la Atención Médica en el Uruguay, realizado con la Dra. Nelly Piazza de Silva, es uno de los exponentes más valiosos de toda su producción, que recoge en apretada síntesis lo que fue la evolución de las instituciones públicas y privadas de salud, sus virtudes, sus defectos, y las orientaciones para corregir los factores que impedían su desarrollo. Provisto, como siempre, de impecable información estadística y documental que enriquece al lector, refiriéndolo a fuentes de indudable valor. Como dicen los autores en su libro, no fue tarea fácil reunir la información allí contenida: *La información es abundante, tanto en los servicios públicos como privados, pero es poco difundida, de difícil acceso, a menudo confidencial y se usa*

escasamente. Muchos datos requeridos para este informe se lograron luego de trabajosas gestiones, o gracias a vinculaciones personales con algunos directores de servicios.

Hoy, tantos años después, resulta igualmente difícil obtener datos estadísticos fiables, y deben recorrerse los mismos caminos tortuosos para conseguirlos. Porque la transparencia sigue siendo una materia pendiente, tanto en materia de estadísticas de salud como particularmente las vitales y las económicas. No hay más que ingresar a un sitio web oficial para notar la orfandad de datos esenciales que ofrecen a quien quiera estudiar la realidad sanitaria nacional. Con los medios tecnológicos de que hoy se dispone, esta constatación es una muestra de las carencias que todavía tenemos en materia de políticas de salud. La falta de transparencia en la información.

Recogimos aquí algunos hitos de la actuación de Margolis en su larga y rica trayectoria, procurando que los médicos de hoy y especialmente los administradores de salud, recuerden lo que ha sido la vida y obra de uno de los mayores exponentes de esta disciplina en el siglo XX.

EL SALUBRISTA

Efraín Margolis Rom fue un médico salubrista que procediendo del interior del país, desarrolló intensa actividad como dirigente estudiantil, como gremialista médico y como sanitarista. Tuvo destacada actuación en el Sindicato Médico del Uruguay y particularmente en su Centro de Asistencia (CASMU).

Desarrolló actividad docente en la Cátedra y Departamento de Higiene y Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de la UDELAR. Fue figura de relieve internacional por su participación en diversos foros mundiales vinculados con la salud. Estuvo permanentemente ayudando, con la mayor discreción, tanto al Rector de la Universidad, como al Ministro de Salud Pública. Fue animador e integrante de la primera organización de administradores de salud, la Asociación Uruguaya de Administradores de Hospitales (AUAH). Dejó importante obra escrita sobre diversos aspectos de la salubridad y muy especialmente estudios fundamentales sobre la seguridad social, el seguro de salud en Uruguay, y trabajos de notable calidad en relación a las instituciones de medicina colectivizada.



Białystok, una ciudad ubicada al este de Polonia, y al nor-este de Varsovia, cercana a la frontera con Bielorusia, donde nació Efraín Margolis Rom.

Efraín Margolis nació en el seno de una familia judía, en Polonia (Białystok) el 5 de octubre de 1925, siendo su nombre completo Efraín Boruch Margolis Rom. Cuando tenía cinco años, en 1931, vino con sus padres a Uruguay. La familia se completó con dos hermanos menores, Dorita y Abraham.

Su padre Salomón Margolis y su madre Rebeca Rom, se instalaron con un almacén de ramos generales en la ciudad de Castillos (Rocha). Allí Efraín cursó la enseñanza primaria y en Rocha la Enseñanza Secundaria (primer ciclo). Por su escolaridad sobresaliente obtiene una beca en Rocha para realizar sus estudios de Preparatorios (segundo ciclo de Enseñanza Secundaria) en Montevideo.



Castillos, ubicada al nor-este de Rocha, actualmente a 59 km de la capital departamental por la ruta nacional no. 9.

Ingresa a la Facultad de Medicina en 1944 y participa en la Asociación de Estudiantes del Interior y luego la Federación de Estudiantes Universitarios del Uruguay (FEUU) de la que fue Secretario rentado.

Se incorpora tempranamente a la actividad docente en la Cátedra y Departamento de Higiene y Medicina Preventiva que dirigieron sucesivamente los Profesores Federico J. Salveraglio, Juan A. Borrelli y Obdulia Ébole. Comenzó como Ayudante de Clase y culminó como Profesor Agregado (honorario).

Realizó el concurso del Internado en el Ministerio de Salud Pública, con actuación en diversos servicios y centros hospitalarios, consolidando una excelente formación clínica. En ese tiempo mantuvo una estrecha relación con los Profesores Abel Chifflet en Clínica Quirúrgica y con Fernando Herrera Ramos en Clínica Médica.

Fue afiliado al Sindicato Médico del Uruguay (SMU) desde el 17 de noviembre de 1949, cuando cursaba 5° año de Facultad, alcanzando la categoría de Socio Honorario cuarenta años más tarde.

Montevideo, 19 de Julio de 1949

Dr. Presidente del Sindicato Médico del Uruguay

Deseo ser inscripto como afiliado del Sindicato

Médico, cuyos Estatutos conozco y acepto.

Nombre Efraín Margolis

Domicilio Maldonado 867

Presentado por Osvaldo Pereyra

Fecha en que se recibió de Médico

Firma: Efraín Margolis

Estudiante de 5º año Aceptado en la sesión de 17 nov. 1949

COMITÉ DIRECTIVO DEL SINDICATO MEDICO DEL URUGUAY
Pres. Efraín Margolis
Vice Pres. Dr. Osvaldo Pereyra
Sec. Gen. Dr. Juan José...

Osvaldo Pereyra

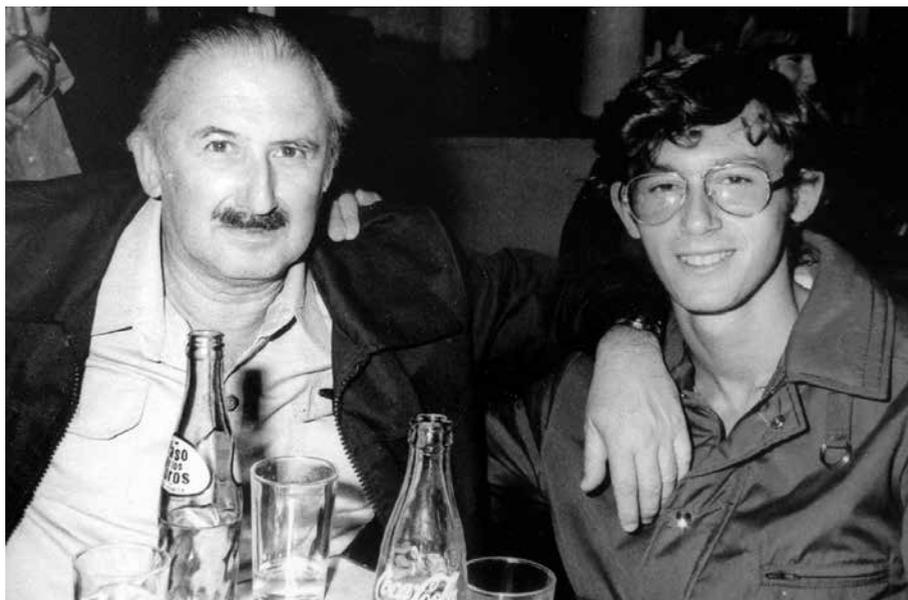
En el CASMU ingresó como Practicante de Zona. Al graduarse el 10 de marzo de 1958 pasó a desempeñarse como Médico de Zona.

Formó su familia siendo estudiante, construyendo un sólido matrimonio con Raquel Hirt Reindel (nacida el 16 de noviembre de 1932) realizándose la boda el 24 de abril de 1952. Allí la joven pareja fue a vivir en la entonces denominada Avda. Larrañaga 1455 Apto. 7, frente a la plaza que recuerda la memoria de una ciudadana polaca: María Skłodowska de Curie (Madame Curie). Su primer hijo Rodolfo nace el 17 de mayo de 1953 y años más tarde nace Álvaro el 22 de diciembre de 1960. El primero se dedicaría a la actividad empresarial en la construcción, siguiendo la actividad de su abuelo materno. El segundo, Álvaro, desarrolló la carrera de Medicina, con destaca actuación como Practicante Interno, Grado 2 y Grado 3 de Clínica Médica, actividades desarrolladas en la Clínica Médica que dirigió durante más de 20 años el Prof. Dr. Jorge Torres Calvete, primer presidente del Colegio Médico del Uruguay. Álvaro Margolis Hirt realizó una Maestría en Informática Médica, en la Universidad de Utah, en Salt Lake City



Efraín Margolis con su esposa Raquel Hirt Reindel, en una reunión social del SMU, circa 1960. (Archivo RHRdeM).

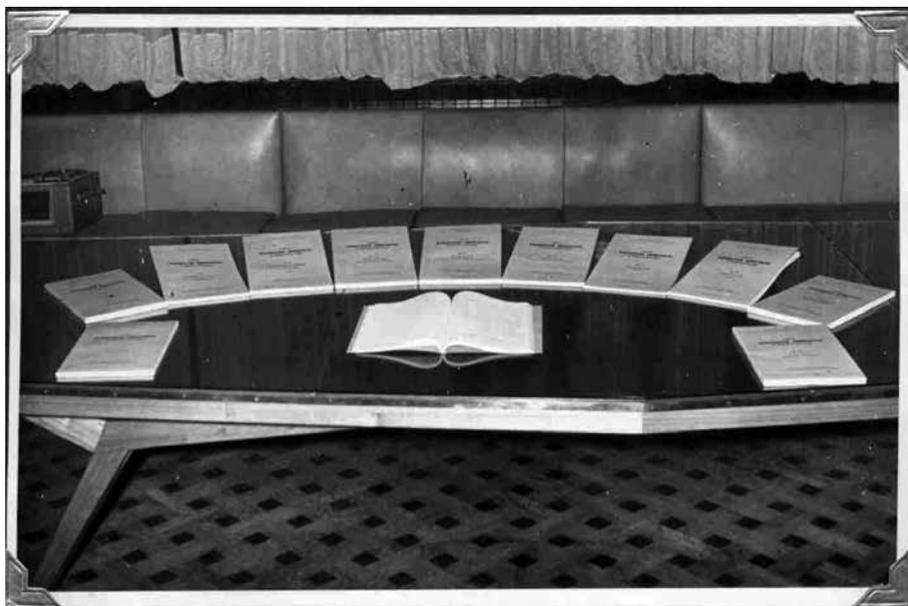
(Utah, Estados Unidos), siendo el primer uruguayo que alcanzó ese nivel académico. Tuvo larga actuación como Profesor Adjunto de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina, y posteriormente se dedicó a la actividad educativa a través de la integración de una empresa que hoy tiene relevancia internacional en la aplicación de programas de educación médica continua mediante la utilización de las TIC (tecnologías de la información y comunicación), manteniendo un vínculo con UDELAR a través de un cargo docente en la Facultad de Ingeniería.



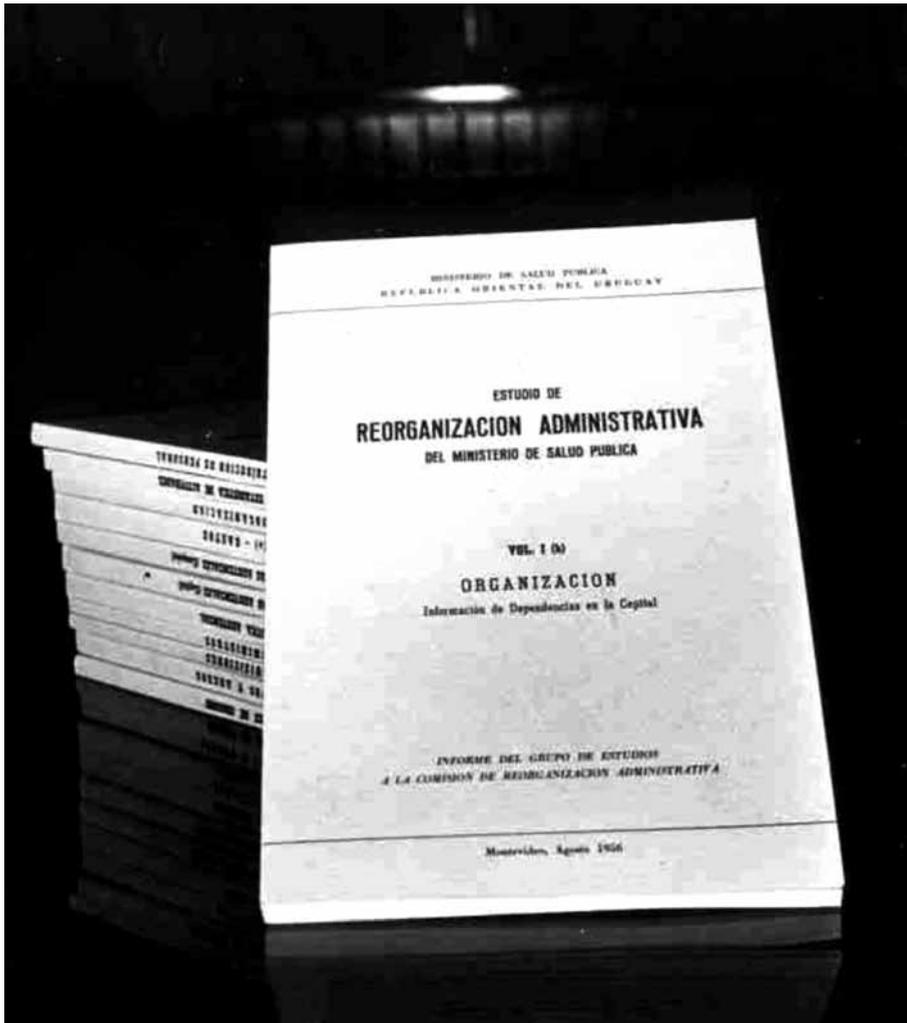
Con su hijo Álvaro, circa 1964. (Archivo AMH).

Efraín Margolis fue ciudadano Legal uruguayo desde el 12 de enero de 1949.

* * *



Los doce tomos del Informe de John A. Hall, extendidos sobre la mesa del Comité Ejecutivo en Colonia 1938, 2do. Piso. (Archivo histórico SMU).



(Archivo histórico SMU).

A nivel del MSP colaboró activamente con el Ministro Julio César Estrella (1906-1989) ¹, cuyo Subsecretario fue Joaquín Purcallas Serra. Allí durante el breve período que ocupó la cartera (11.03.55 – 23.05.56) hicieron con Margolis una revolución pacífica, reformando algunas cuestiones estructurales, particularmente el primer presupuesto por programa. Pero también contribuyeron a que viniera al país un experto norteamericano, John A. Hall, a realizar un relevamiento que fue una verdadera auditoría de gestión del MSP, que desde 1934, fecha de su creación no había tenido. La visión crítica y pormenorizada de Hall se tradujo en una publicación en

1 TURNES, Antonio L.: Julio César Estrella (1906-1989). Presidente del SMU y Ministro de Salud Pública. 26.07.2014. En: www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/julio-cesar-estrella.pdf (Consultada el 02.01.2015).



doce tomos, que analizó sector por sector, y que de haberse aplicado en los años siguientes hubiera significado un notable progreso que habría ahorrado muchos inconvenientes a la institución que por competencia debería ser el órgano rector de la salud en el país. Insistía este experto en la centralización normativa y la descentralización ejecutiva, principios que continuaron defendiendo Purcallas y Margolis aún luego de cesar en sus funciones ministeriales.

* * *



La casa de la Av. Dr. Luis Alberto de Herrera (ex Larrañaga) 1455, apto. 7. (Fotos ALT).



Entrada de la casa y detalles de la plazuela Madame Curie, frente a la misma. (Fotos ALT).





Casa y consultorio en la calle Pedro Campbell 1487, entre Palmar y Enrique Pouey.
(Fotos ALT).



SUS TRABAJOS CIENTÍFICOS

A lo largo de su carrera Margolis publicó numerosos y variados trabajos, como autor único o en colaboración, sobre diversas materias clínicas, que sorprenden por su diversidad y calidad, siempre con un punto de vista fundado en la salud pública.

Sus publicaciones comprenden más de 100 artículos, libros, ensayos, además de sus múltiples notas periodísticas en medios universitarios y profesionales. Enumeraremos apenas una selección de ellos:

1. Algunos aspectos del metabolismo de los operados. 66 observaciones. Efraín Margolis, Etna Negrín, Ricardo Magri Costa y Amanda Vallone. *Anales de la Facultad de Medicina*, T. 39, Nos. 5-6, 1954, pp. 448-475.
2. Acción hiperglicemiante del sorbitol. Presentación preliminar: José Pedro Migliaro y Efraín Margolis. Apartado de los *Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, Tomo XLV, Nros. 4-5-6, pp. 153-166, año 1954.
3. Seguro Materno Infantil, en la revista *Nuestro Tiempo*, editada en Montevideo, setiembre 1958, No. 6, pp. 3-13.
4. Organización de la Atención Médica en el Uruguay, junto a Nelly Piazza de Silva, en 1970. Un libro fundamental para comprender la situación de la organización sanitaria en aquel tiempo.
5. La informática en los sistemas sanitarios latinoamericanos.

6. Seminario de la OMS sobre cursos de perfeccionamiento para médicos en la URSS (en Moscú, del 12 al 31 de octubre de 1970).
7. 120 años de experiencia sobre seguro voluntario pre-pago de salud en Uruguay, Buenos Aires, Noviembre de 1971.
8. La Medicina Colectivizada y el Seguro de Salud. Exposición en la Cámara de Especialidades Farmacéuticas y Afines (CEFA), 6 de agosto de 1985.
9. La salud no es aún un derecho, sino un artículo que se compra. Colaboración en el semanario *Opinar*, 1984.
10. Boletín al Cuerpo Médico. Don Pablo. Medicina con humor. 1980.
11. Medicina Preventiva en los Hospitales. *El Día Médico Uruguayo*, enero de 1970, No. 63.
12. El Costo de la Atención Médica. Ateneo General del Hospital de Clínicas, dirigido por el Prof. Dr. Roberto Perdomo, 28 de setiembre de 1979.
13. Fundamentos conceptuales para un Plan Nacional de Salud (MSP). Comentarios Generales, octubre 1974.
14. Encuesta Sanitaria del Barrio Sur. *Gaceta de la Universidad*, No. 3, noviembre 1957.
15. Censo del Barrio Sur: *Gaceta de la Universidad* No. 4, 1958.
16. El Médico y la Administración. Relato presentado al XII Congreso Médico Social Panamericano, organizado por la Confederación Médica Panamericana, en Quito, Ecuador, abril de 1973.

* * *

Efraín Margolis fue Delegado de la Facultad de Medicina en la COMISIÓN HONORARIA DE TRABAJOS INSALUBRES, desde 1971.

* * *

Fue delegado uruguayo a la ASAMBLEA MUNDIAL DE LA JUVENTUD, en 1952, ocasión en la cual pudo realizar una gira por varios países de Europa, de lo cual rindió un pormenorizado informe en enero de 1953, en un mimeografiado tamaño oficio de 64 páginas. Allí, integrando un grupo de delegados, se ocupó entre otros aspectos del movimiento estudiantil en Europa, particularmente en Inglaterra, Bélgica, Francia e Italia. También realizó una visión sobre la Unión Internacional de Estudiantes (UIE) y sobre el Secretariado en Leyden del COSEC (Coordinating Secretariat of National Union of Students)², otra organización internacional estudiantil. Visitó las

² Ambas organizaciones internacionales de estudiantes universitarios eran antagónicas, en época de la Guerra Fría. Mientras la UIE tenía afinidad y se reunía en los países de Europa del Este, el COSEC tenía su Secretariado en Leyden (Holanda). Versiones recientes vinculan a esta última

Sedes de las organizaciones dependientes de las Naciones Unidas, en Inglaterra, las Oficinas de UNESCO en París; la Organización Internacional del Trabajo en Ginebra; el Palacio de las Naciones en Ginebra; la Asistencia Técnica de la E.C.E. y de la OMS en Ginebra, y de la FAO en Roma. Analizó los problemas de la Educación en Inglaterra (Cambridge), y los demás países visitados. Describió las cuestiones de carácter político-social y las asistenciales en esos países. Analizó los problemas sindicales y rurales, incluyendo las organizaciones de jóvenes granjeros en Inglaterra, las comunidades francesas y la reforma agraria en Italia. Se detuvo en la organización de viajes para estudiantes y la disposición de albergues; las relaciones entre los Gobiernos y Juventud, con el desarrollo de Clubes Juveniles. El papel de las organizaciones confesionales, las Asociaciones Cristianas y el movimiento Scout; el intercambio internacional de jóvenes y la educación para la comprensión internacional. Todo eso además de detallar la historia de la Asamblea Mundial de la Juventud (WAY), el análisis de sus disposiciones estatutarias y de afiliación; las resoluciones de Ithaca y Dakar. Aspectos críticos de la organización de la WAY apreciados en la gira. Un capítulo de conclusiones sobre los Comités Nacionales visitados y la afiliación uruguaya a la WAY. La constitución de un Comité Nacional de Juventud en Uruguay, y demás detalles de interés.

Debe destacarse que esta actuación que quedó en el olvido, pudo haber sido un paso significativo en el desarrollo de otra proyección de los servicios a la juventud estudiosa, que a fines del siglo XX, casi cincuenta años después, darían lugar en Uruguay a la formación del Instituto Nacional de la Juventud, con otras orientaciones. En materia de organizaciones estudiantiles universitarias, la actividad internacional se desarrolló hasta comienzos de los años 1970, particularmente por la actividad de Jaime Gofin, que culminaría con la organización en Montevideo de una Asamblea Mundial de la UIE en la primera mitad de dicha década, en el Paraninfo de la Universidad.

* * *

El estudio de ALGUNOS ASPECTOS DEL METABOLISMO EN LOS OPERADOS, registrando 66 observaciones, fue un trabajo realizado entre las Clínicas Quirúrgica del Prof. Abel Chifflet y la Médica del Prof. Fernando Herrera Ramos. Allí se estudiaron 66 enfermos sometidos a diversas operaciones de cirugía mayor, practicándoseles casi a diario durante

con la CIA (Agencia Central de Inteligencia de los EUA) y la NSA (Agencia Nacional de Seguridad del mismo país). Referencia: TRÍAS, Ivonne y RODRÍGUEZ, Universindo: Gerardo Gatti: Revolucionario. Trilce, Montevideo, Uruguay, 2012. Puede consultarse el texto en: https://books.google.com.uy/books?id=Gk6DC4YpOj0C&pg=PA51&lpg=PA51&dq=COSEC+leyden&source=bl&ots=tyO9AwuoWr&sig=Zia9wmo6Edbrq0JmP8M0DIA5LOU&hl=es&sa=X&ei=NUWtVObdIoGzggT2_YHoCw&ved=0CCYQ6AEwAQ#v=onepage&q=COSEC%20leyden&f=false (Consultada el 7.01.2015).

varios días del postoperatorio el recuento de eosinófilos y la dosificación del potasio en suero sanguíneo, y correlacionando las cifras obtenidas con la evolución clínica y la curva térmica. Se estudió la enfermedad postoperatoria enfocada desde el punto de vista metabólico, describiéndose en los operados un período metabólico en que aparecen síntomas clínicos dependientes de la alteración sobre todo del potasio. Se describe el metabolismo normal y post-operatorio del potasio, clasificando en diferentes tipos las curvas de potasemia y aconsejando la administración sistemática de este ion en los enfermos sometidos a intervenciones de entidad. Se analiza la acción de las hormonas de la corteza suprarrenal sobre la eosinofilia circulante y sus aplicaciones para obtener datos pronósticos y diagnósticos en el operado. Finalmente se vincula las curvas de potasemia y eosinofilia con las distintas afecciones y la evolución postoperatoria de los pacientes. Tal vez éste sea uno de los trabajos pioneros (realizado el 20 de abril de 1955) en el estudio metabólico de los pacientes quirúrgicos, en lo que insistiría particularmente el Prof. Dr. Pedro Larghero y su Escuela y que luego sería desarrollado por el Servicio de Recuperación Postoperatoria del Hospital de Clínicas, precursor de lo que a partir de 1971 sería el primer Centro de Tratamiento Intensivo del país.

* * *

En 1954 se publica el artículo sobre ACCIÓN HIPERGLICEMIANTE DEL SORBITOL, realizado en colaboración con el Profesor de Fisiopatología Dr. José Pedro Migliaro, se presenta un caso de un enfermo joven, diabético, con un coma insulínico no diagnosticado, que presentaba síntomas neurológicos. No salió del cuadro con los deplectivos habituales, pero sí instantáneamente con 50 cc de sorbitol al 50% intravenoso. Se repasan los actuales conocimientos sobre metabolismo y efectos del sorbitol. Se describe una experiencia clínica administrando sorbitol i/v a 15 enfermos y dosificando su glicemia antes y a los 20 minutos de la inyección. Dosificaciones similares se realizan en 14 enfermos a los que se inyecta por la misma vía 50 cc de suero glucosado hipertónico al 30%, y en 13 enfermos de control a los que se administra 50 cc de cloruro de sodio al 10% i/v. Se comprueba una acción hiperglicemiante constante del sorbitol, con un promedio de ascenso del 16.3% y un desvío standard del 11.7%. El promedio de ascenso de la glicemia en los enfermos a los que se le administró suero glucosado hipertónico fue del 31.9%, con un desvío standard de 14%. En los enfermos de control (a quienes se administró cloruro de sodio hipertónico [sic]) no hubo ascenso constante de la glicemia. Se discute el uso del sorbitol como edulcorante en las dietas de los diabéticos. Se extraen conclusiones provisio-

nales sobre el metabolismo del sorbitol y sus relaciones con los hidratos de carbono en el organismo humano.

* * *

Se publica un artículo en *El Día Médico Uruguayo*, Año XXII, No. 261, marzo de 1955, pp. 393-401 de autoría exclusiva de Margolis, titulado RECUENTO DE EOSINÓFILOS EN EL POST-OPERATORIO, a propósito de 60 observaciones. En sus conclusiones establece:

1. Se estudian 60 enfermos en que se sigue casi diariamente la eosinofilia en el post-operatorio de cirugía mayor.
2. Se considera útil clasificar las curvas eosinofílicas en 2 tipos, cada una de ellas con algunos subtipos:
 - a) Curvas de *reactividad normal*, 75%, incluyendo: curvas standard, 48%; curvas con hiperreacción, 8,5%, y curvas con complicación post-operatoria, 18,5%
 - b) Curvas con *reactividad anormal*, 25%, incluyendo: curvas sin caída de la eosinofilia, 5%, y curvas bajas durante todo el post-operatorio 20%.
3. Se hace notar cómo los enfermos neoplásicos y los que fallecen son los que más a menudo tienen curvas bajas.
4. Las curvas de hiperreacción se ven en portadores de quiste hidatídico, y en enfermos a los que se suministró insulina en el post-operatorio con fines experimentales, sin registrarse accidente alguno.
5. Es posible prever, mediante la curva de eosinófilos, la aparición de complicaciones post-operatorias antes de que se objetiven clínicamente, sobre todo en el caso de las evisceraciones agudas. Se discute el mecanismo de éstas y la probable participación de factores biológicos en su génesis.
6. Se estudia el post-operatorio a la luz de las ideas de [Hans] Selye sobre Síndrome General de Adaptación, describiendo las fases del mismo y las etapas de la convalecencia quirúrgica que refiere Moore. Se señala el recuento de eosinófilos circulantes como un índice bastante fiel de la actividad de la corteza suprarrenal.
7. Se propone la denominación de *período metabólico* del post-operatorio a aquél en que, pasados los riesgos de shock e infección, se hacen notorios los trastornos dependientes de la actividad del eje hipófiso-cortical que, con Leriche, llamamos "la enfermedad post-operatoria".
8. Se comentan los diferentes tipos de curva y los promedios globales día por día del post-operatorio, haciendo notar que la eosinofilia cae y aún desaparecen los eosinófilos circulantes en alto porcentaje a las 4

- horas de hecha la incisión operatoria, y algo menos de las 24-28 horas de la misma.
9. No se nota ninguna tendencia a hacer curvas especiales, en los operados con anestesia local.
 10. Se correlaciona la curva eosinofílica con la curva térmica, notando que en la mayoría de los casos cuando sube una, baja la otra, y viceversa.
 11. Se aconseja el recuento de eosinófilos en cámara (técnica de Randolph, sencilla y al alcance de cualquier laboratorio), en forma sistemática en el post-operatorio de cirugía mayor, pues presta la siguiente utilidad:
 - a) Para el diagnóstico de la actividad córtico-suprarrenal, con lo que se puede saber si el mecanismo de defensa que constituye la reacción de alarma ante los estímulos inespecíficos, está conservado.
 - b) Para el pronóstico: curvas bajas se ven en afecciones graves y en los casos mortales.
 - c) Para despistar precozmente las complicaciones post-operatorias, que hacen caer una curva de eosinófilos que va en ascenso después de la eosinopenia de los primeros días del postoperatorio.

* * *

En la Sociedad de Cirugía fue presentado el 10 de noviembre de 1954, un trabajo sobre *EL POTASIO EN EL POST-OPERATORIO*, que mereció ser publicado en el *Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay*, Tomo XXV, No. 5, pp. 583-610, año 1954. El Relator fue el Dr. Eduardo Anavitarte, y fue realizado por los practicantes Efraín Margolis y Etna Negrín, como el trabajo conjunto de las Clínicas Quirúrgica y Médica de los Profesores Chifflet y Herrera Ramos. En el mismo se presentan 50 observaciones de enfermos seguidos sistemática y diariamente con potasemias seriadas en el post-operatorio de cirugía mayor. Se resumen los actuales conocimientos sobre metabolismo del potasio en los operados, a la luz de las ideas sobre Síndrome General de Adaptación de Hans Selye, y se describen los caracteres del síndrome clínico de la deficiencia post-operatoria de potasio. Se clasifican los enfermos en 3 tipos:

1. *Curvas con descenso del potasio*: 84% de los casos, subdividiéndolas en 2 subtipos:
 - a) *Curvas standard*, que no descienden por debajo de una potasemia de 140 mgrs. ‰, 68% de los casos.
 - b) *Curvas metabólicas*, que alcanzan una potasemia inferior a 140 mgr. ‰, 16% de los casos.
2. *Curvas sin descenso de la potasemia*: 12% de los casos.

3. *Curvas con hiperpotasemia*: 4% de los casos.

Se estudia el *período metabólico* de la enfermedad post-operatoria, haciendo notar que a veces queda enmascarado por el “shock” y la infección, pero cuando se reúnen ciertas condiciones patogénicas puede hacerse notorio, traducido sobre todo en un trastorno del metabolismo iónico. Se extraen conclusiones sobre las 50 observaciones, y se analiza el efecto sobre la curva de potasemia, del tipo de operación, anestesia, incidencias clínicas post-operatorias, etc. Se indican cuáles deben ser las normas para la administración sistemática y preventiva de potasio en el post-operatorio de cirugía mayor, fijando las indicaciones, las contraindicaciones, los peligros, la dosis, la forma de administración y la marcha del tratamiento.

* * *

ACTUACIÓN EN EL ÁMBITO GREMIAL Y DOCENTE

El 28 de marzo de 1955 las autoridades del Comité Ejecutivo del SMU, Dr. Rodolfo Tiscornia (Presidente) y Br. Aron Nowinski (Secretario) le comunican el resultado del llamado a aspirantes realizado por aquel Cuerpo para seleccionar el cargo de Secretario General Permanente, luego de la renuncia del Dr. Walter Fernández Oria, al haberse graduado éste como médico y dedicado a la Anestesiología. Allí puede saberse que el 14 de marzo de 1955 el Comité Ejecutivo por unanimidad de sus miembros presentes designó al Br. José Enrique Ormaechea como Secretario General Permanente del SMU, luego de considerar el informe elevado por la Comisión Asesora designada para estudiar los méritos de los aspirantes a dicho cargo, presentados al llamado a concurso, y que se transcribe:

En Montevideo, el quince de febrero de mil novecientos cincuenta y cinco, se reúne la Comisión Asesora por el Comité Ejecutivo para establecer una ordenación de los aspirantes al cargo de Secretario Permanente del Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay, con la presencia de todos sus miembros Dres. Juan J. Osimani y Guillermo Tobler y Br. David Pardo.

Después de estudiar detenidamente los méritos presentados por los candidatos inscriptos, Sres. Ruben Gary, Efraín Margolis, José E. Ormaechea, Raúl Riso, Victoriano Rodríguez de Vecchi y Luis Villemur Triay, resuelve elevar al Comité Ejecutivo la siguiente ordenación:

1° Br. José E. Ormaechea, 2° Dr. Luis Villemur Triay, 3° Br. Efraín Margolis, 4° Br. Ruben Gary, 5° Br. Victoriano Rodríguez de Vecchi, 6° Raúl Riso.

Esta Comisión cree necesario destacar la actuación gremial extensa de los dos primeros candidatos habiendo sido necesario una comparación meticulosa para poder establecer una diferencia de acuerdo con lo que establece las bases del llamado.

La resolución fue adoptada por unanimidad de los dos primeros puestos de la ordenación. El Br. Pardo discrepa en el resto de la lista proponiendo la siguiente ordenación: 3°. Victoriano Rodríguez de Vecchi, 4°. Efraín Margolis, 5°. Ruben Gary y 6°. Raúl Riso.- (Firmados) G. A. Tobler, J. J. Osimani, David Pardo”.

* * *

Margolis fue contratado por el SMU en los meses siguientes, para la ORGANIZACIÓN DEL FICHERO GREMIAL del SMU, por lo cual elevó un detallado informe al Secretario General Permanente, con fecha 30 de julio de 1955.

En una labor de investigación minuciosa detalla que de la lista de médicos graduados y que han revalidado sus títulos en el país existente en la Facultad de Medicina, fueron listados por orden cronológico y alfabético todos los médicos egresados desde 1915 hasta junio de 1955. Realizó una gestión ante la División Técnica del MSP para obtener el acceso al fichero del mismo, con resultado negativo. Sin embargo, el subsecretario del MSP, Dr. Purcallas, está abocado a la tarea de realizar un registro de todos los médicos con cargos en organismos públicos. Clasificó los médicos de Montevideo en socios y no socios del SMU, anotando las direcciones de los socios. Inició la clasificación de los socios del SMU residentes en Montevideo, por especialidad. Estudió la organización a dársele al fichero (archivo de documentación) gremial, sobre lo que especifica la propuesta de un sistema de triple mecanismo:

1. Carpetas (legajos) personales para cada médico del país, numeradas del 1 en adelante, y siguiendo una numeración idéntica a los otros dos apartados. En cada Carpeta habrá una ficha donde conste: nombre y apellido del médico; domicilio y consultorio; dirección y teléfono; fecha de egreso de la Facultad; fecha de afiliación al SMU; fecha de afiliación al CASMU; Concursos y cargos desempeñados en la Facultad de Medicina, el MSP, en otros organismos públicos, cargos docentes desempeñados en organismos públicos; constancia de sanciones por actitudes antigremiales; constancia de su eliminación como socio del SMU especificando causa; cargos desempeñados en mutualistas, empresas de asistencia o cooperativas de producción mé-

dica; otros cargos; otras actividades. Además se incluirá copia de toda nota o resolución del SMU respecto del médico a que se refiera esa carpeta, así como notas enviadas por el mismo, etc.

2. Fichero tipo Hollerith. Con la asesoría de técnicos de la firma IBM, se está en condiciones de proponer el fichaje de todos los médicos del país mediante sistema Hollerith [fichas perforadas] para lo cual se cuenta con los servicios de IBM y del CASMU. La ficha de cada médico permitirá el manejo de grandes cifras, porcentajes, caracteres sociales de la profesión, número de especialistas por localidad o por zona, etc., dando las características de esta organización.
3. Padrones mensuales. Mediante el mismo sistema se pueden obtener mensualmente padrones en el que figuran todos los datos arriba anotados, para todos los médicos, cuando se desee conocer datos de un médico determinado o para fines estadísticos.

Proponía al mismo tiempo realizar una encuesta a nivel de todos los médicos del país, para registrar sus datos personales, fecha de egreso, domicilio y consultorio, dirección y teléfono, especialidad o especialidades que practica (adjuntando la nómina), si es afiliado a una sociedad científica, ídem para una sociedad gremial; cargos docentes desempeñados en la Facultad y concursos realizados; ídem para MSP, otros cargos docentes y otros cargos públicos.

Esta fue la base con la que se organizó el Archivo de Socios del SMU desde esa fecha hasta 1974 en que se puso en práctica el PADRÓN MÉDICO NACIONAL, que en base a modernas técnicas informáticas y tomando como referencia lo que realizaba la American Medical Association, propusimos y se organizó como el Padrón Médico Nacional, unificando todas las bases de datos existentes hasta el momento, actividad que fue mantenida a lo largo de décadas hasta el año 2010 en que se dejó de hacer, perdiendo con ello el SMU una herramienta fundamental para respaldo científico de su trabajo gremial.

* * *

A fines de 1955 presenta al Quinto Congreso Uruguayo de Cirugía un trabajo titulado *POTASIO Y OCLUSIÓN INTESTINAL*. El mismo comenta que en el individuo normal hay un equilibrio entre el potasio ingerido y el excretado, que mantiene el equilibrio de este ión, fundamentalmente intracelular, pues de los casi 200 grs. que existen en el organismo, sólo 2 o 3 grs. son extracelulares, y el potasio constituye el 85% del catión celular. Se elimina cerca del 90% del mismo por el riñón y, a diferencia del sodio, su excreción renal es obligatoria, haya o no aporte externo; el resto es elimina-

do por el intestino, y en total se pierden de 0.8 a 2.4 grs. diarios, restituyéndose fácilmente esa cantidad con una dieta balanceada.

La oclusión intestinal es una entre las múltiples causas médicas y quirúrgicas de deficiencia del potasio (síndromes digestivos, nefropáticos, endócrinos, neurológicos, post-operatorio).

El médico que maneje a un ocluido, debe saber en el momento oportuno pedir una potasemia e interpretar su resultado. La potasemia normal oscila entre 150 y 200 mg por litro, y en trabajos anteriores, hemos obtenido como promedio en el pre-operatorio de 181 mgr, con variaciones notables (entre 140 y 220 mgr aproximadamente, situamos la normalidad de nuestra serie de enfermos). Se ha hecho notar (Evans; Olivier y col.), que puede haber un déficit celular en potasio sin caída de la potasemia e incluso con aumento. Debe entonces saberse que en el ocluido se reúnen las condiciones patogénicas para la carencia celular en potasio, que se acompañará a menudo de hipopotasemia.

Finalmente establece un conjunto de Reglas para la Administración Sistemática de Potasio en el Post-Operatorio, con sus indicaciones, contraindicaciones, riesgos, dosis, forma de administración.

* * *

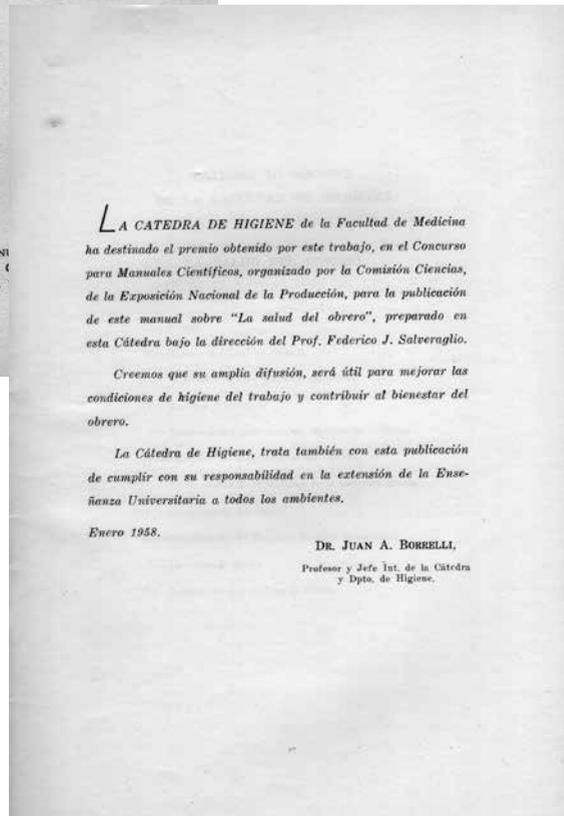
En 1958 la Cátedra de Higiene cuyo titular era el Prof. Dr. Federico J. Salveraglio, elaboró una obra, en la que tuvo fundamental participación Efraín Margolis, titulada *LA SALUD DEL OBRERO*. Esta obra fue premiada en el Concurso de Manuales Científicos organizado por la Comisión de Ciencias de la Exposición Nacional de la Producción. Fue la participación más destacada de la Facultad de Medicina a dicha Exposición, con un manual de 80 páginas.

En ella se abordaban diversos capítulos, luego de un prólogo realizado por el Profesor Interino Dr. Juan A. Borrelli, en enero de 1958, incorporando los siguientes ítems:

- Higiene del local de trabajo.
- El examen médico periódico del obrero.
- Vacunas preventivas.
- Enfermedades profesionales. Manera de evitarlas.
- Profilaxis de accidentes en los obreros.
- Lucha contra el alcoholismo en el ambiente obrero.
- Alimentación del obrero.
- Organización de Servicios Médicos industriales.
- La vivienda obrera.
- Legislación que protege al obrero.

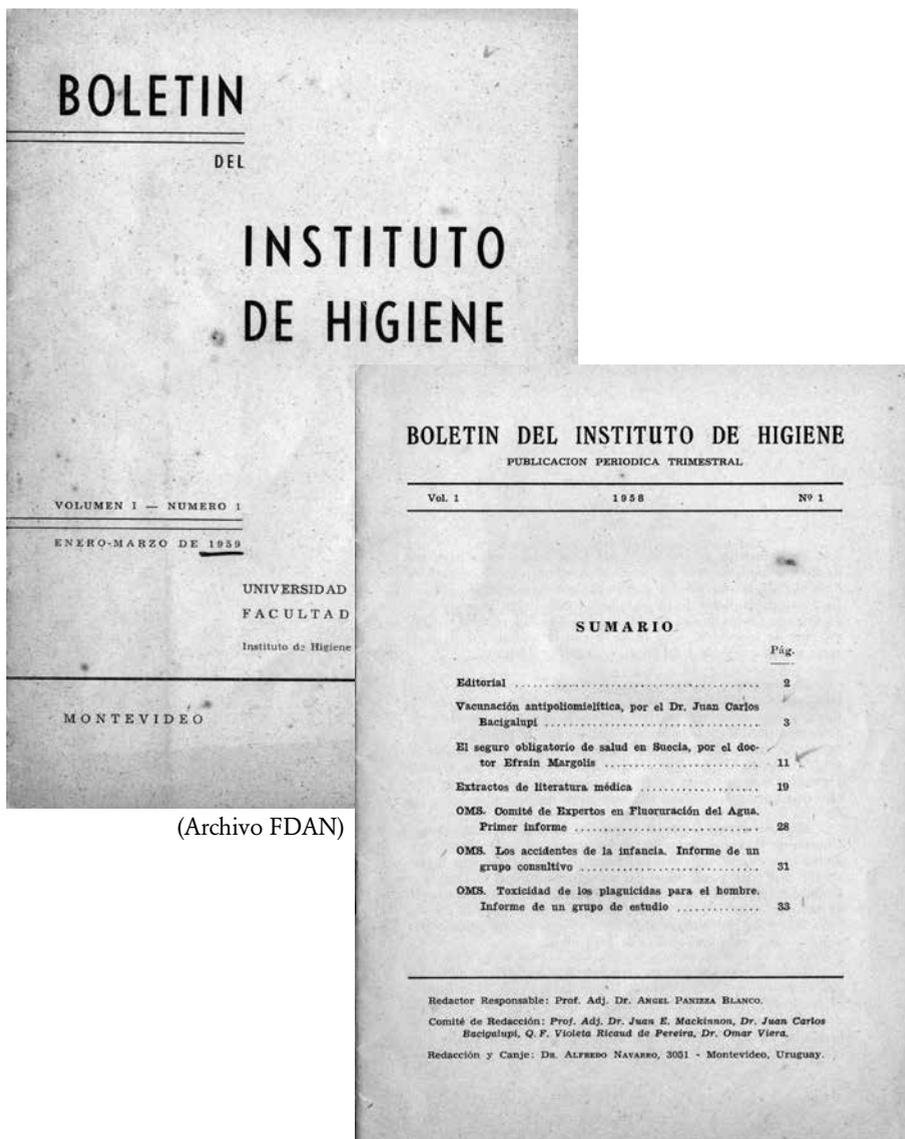


(Archivo RHRdeM)



A pesar del tiempo transcurrido, y de existir desde hace varias décadas una Cátedra y Departamento de Medicina Laboral, debe reconocerse este trabajo como un hito fundamental en la preocupación de la Facultad de Medicina por la salud en el trabajo.

Sin embargo, pese a haber transcurrido más de 50 años, y de las múltiples leyes que se han promulgado en la misma dirección, son escasas las



(Archivo FDAN)

empresas que cuentan con servicios que atiendan la salud de sus trabajadores, haciendo excepción de las grandes empresas del Estado y alguna gran empresa privada vinculada a la alimentación. La mayor parte de las organizaciones y empresas se preocupan solamente de la certificación por enfermedad del trabajador, los días de inasistencia, dejando la atención de salud a la cobertura que hoy cuenta quien trabaja a través del Sistema Nacional Integrado de Salud, cuya ley de creación es de finales de 2007 (Ley 18.211)³. La

3 Ley 18.211 de creación del SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD, promulgada el 5 de diciembre de 2007. En: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=>

Medicina del Trabajo todavía tiene un largo y arduo camino que recorrer en el reconocimiento del mundo empresarial y no ha sido tampoco un reclamo permanente y sostenido de las organizaciones sindicales, que padecen una notable desviación de sesgo político con alta incidencia en las decisiones gubernativas, pero con poca preocupación por los aspectos vinculados a la salud de los trabajadores, particularmente en cuanto a la prevención de lo que se hacía clara exposición en 1958 en este Manual, posiblemente desconocido por las autoridades actuales.

* * *

En 1958 publicó a pedido de la Cátedra de Higiene, un mimeografiado sobre EL SEGURO OBLIGATORIO DE SALUD EN SUECIA, en un documento de cinco páginas que sintetiza lo principal del Seguro Nacional de Salud implantado en Suecia desde 1955, para una población de 6 millones de habitantes. Este artículo fue publicado en el *Boletín del Instituto de Higiene*, volumen I, número 1, enero-marzo de 1959, páginas 11-18. Detalla allí sus equivalencias con la moneda uruguaya y la sueca, y entre otros detalles, refiere párrafos para:

- la esfera de aplicación del Seguro de Salud sueco,
- Prestaciones en especie en caso de enfermedad, comprendiendo
 - o Costos de médico general, especialista y análisis
 - o Gastos de traslado del paciente
 - o Costo de asistencia hospitalaria
 - o Medicamentos
 - o Libre elección por el paciente tanto del médico como del establecimiento público o privado donde asistirse.
- Prestaciones en metálico en caso de enfermedad
 - o Compensaciones por día de trabajo perdido, luego de los tres días.
 - o Beneficios adicionales, que pagaban los $\frac{3}{4}$ del costo de tratamientos especiales como ser masajes, fisioterapia, reeducación del lenguaje.
 - o Asignación infantil: en caso de enfermedad del asegurado había una compensación por hijo que vive en el hogar
- Accidentes y enfermedades profesionales: el Seguro cubre este riesgo al igual que el de enfermedad, durante los primeros 90 días de ausencia del trabajo con idénticas compensaciones. En el 95% de los accidentes y enfermedades profesionales no se pasa el límite de los 90 días. Por encima de ese plazo el trabajador recibe compensación a cargo de un Seguro profesional pagado exclusivamente por el empleador.

- Seguro de Maternidad, que comprende
 - o Retribuciones en especies
 - o Retribución en dinero
- Financiación del Seguro de Salud, refiriéndose a las contribuciones de los asegurados, de los empleadores y del Estado que financiaban respectivamente el 44%, el 27% y el 29%.
- Organización del sistema, que es administrado por asociaciones locales, asociaciones centrales y el Servicio Nacional de Salud, destacando que hay 31 asociaciones centrales, 631 asociaciones locales electas por los municipios, que son las encargadas de la administración directa de los fondos y pago de las compensaciones. El Servicio Nacional de Salud supervisa la actividad de las asociaciones y les da directivas. Reparte entre ellas la contribución gubernamental y patronal. Es juez de alzada en apelaciones de los asegurados contra decisiones de su asociación local o central.

Sin duda, este breve pero excelente trabajo, no fue conocido ni tomado en consideración por quienes diseñaron el Sistema Nacional Integrado de Salud, (que tiene tantos puntos débiles, a pesar de estar presidido por las mejores intenciones).

* * *

En 1958 realizó también para la Cátedra de Higiene un documento mimeografiado de ocho páginas, sobre la ORGANIZACIÓN DE UN SERVICIO MÉDICO-PREVENTIVO DE LA INDUSTRIA, donde insiste en los elementos que ya comentamos en otro apartado: lograr un ambiente laboral saludable y exento de peligros; propender a que el trabajador viva en un medio sano; poner la producción industrial en manos de hombres y mujeres física y espiritualmente sanos.

* * *

LA EXTENSIÓN UNIVERSITARIA: LA ENCUESTA DEL BARRIO SUR, LOS SEGUROS DE SALUD

Durante el Rectorado de la Universidad a cargo del Prof. Dr. Mario A. Cassinoni Rodríguez (1907-1965), Margolis colaboró estrechamente con él en temas que luego verían su concreción en el origen del Departamento de Bienestar Universitario, cosa que pocos conocen, incluso aquellos que estuvieron al frente de dicho Departamento en las décadas siguientes hasta bien entrado el siglo XXI. Allí, lejos de realizar una actividad burocrática, Margolis desplegó sus esfuerzos para hacer realidad la definición social de la Universidad, particularmente manifestado en la Encuesta Sanitaria del Barrio Sur, publicado en *Gaceta de la Universidad*, No. 3, de noviembre de 1957, que ocupa dos páginas centrales de un ejemplar de ocho páginas.

En la introducción se da cuenta que el 21 de agosto de 1957 la Cátedra de Higiene de la Facultad de Medicina y la Asociación de los Estudiantes de Medicina, realizaron el relevamiento censal de las condiciones médico-sociales y sanitarias del Barrio Sur de la capital. La iniciativa surgió de la necesidad, sentida por docentes y estudiantes de la FM, de acercarse a los problemas sanitarios y sociales de nuestro pueblo y ayudar, en el logro de soluciones a los mismos.

El Barrio Sur, ubicado entre la calle Maldonado y la rambla entre Ejido y Ciudadela (aproximadamente) reunía varias características que lo hacían particularmente apto:

- Presentaba diversos problemas agudos en materia de higiene de la vivienda (censo de Arquitectura: el 50% de la población habita viviendas inadecuadas) [estaban allí concentrados los principales conventillos de Montevideo].
- Los vecinos de la zona estaban preparados para la encuesta, gracias a la colaboración del Comité Popular que los agrupa, a la lucha que libran por un bloque de Viviendas Económicas y al anterior censo de los estudiantes de Arquitectura (29 de mayo de 1957).
- Los vecinos estaban interesados en lograr una policlínica, cuyo planeamiento podía surgir de la Encuesta, la que así llenaría una función útil. Además, la Cátedra de Higiene pasó a integrar la Mesa Redonda pro Vivienda Económica para el Barrio Sur, otra forma de colaboración entre la Universidad y el pueblo.
- La zona había sido bien delimitada gracias al citado censo del 29 de mayo, conociéndose datos básicos – 24 manzanas y 6.000 habitantes – que permitían una adecuada previsión del trabajo. Por otra parte, una colectividad reducida hacía factible que con los escasos materiales de que se disponía se pudiese llenar las exigencias de la encuesta.

En suma: el Comité Popular del Barrio Sur había solicitado del Centro de Estudiantes de Arquitectura (CEDA) la colaboración a fin de lograr viviendas higiénicas para los habitantes de la zona. La Cátedra de Higiene y la Asociación de los Estudiantes de Medicina estaban en óptimas condiciones para hacer un nuevo enfoque del asunto y contribuir con su esfuerzo a la solución de un candente problema social.

Los resultados de la Encuesta pueden resumirse de esta forma:

El análisis estadístico se limita a las 1.344 familias censadas, que constituyen una muestra ampliamente representativa de los habitantes del Barrio Sur.

1. POBLACIÓN. Se censó a 4.387 personas. El promedio de integrantes de cada familia es de 3,2. Estos datos coinciden con los del censo del CEDA, que hacía ascender la población de la zona a unos 6.400 habitantes.
2. SEXO: 52% femenino y 48% masculino.
3. ESTADO CIVIL. Hay 44% de solteros, 47% de casados, 6% de viudos y 1% de divorciados. Menos de 0,25% respondieron unión consensual sin legitimización, cifra que por razones obvias debe estar por debajo de la real.



Mario Alcides Cassinoni Rodríguez (Rector de la Universidad de la República). (Archivo histórico SMU).

Considerando que hay 1.250 menores de 21 años casi todos solteros, restan sólo 700 solteros mayores (15% de la población), por lo que estamos frente a un grupo social con alto porcentaje de casados.

4. **COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN.** Se ha clasificado los habitantes por grupos de edad. Veamos algunas cifras. Los mayores porcentajes se encuentran en los grupos comprendidos entre 22 y 64 años, que en total suman más del 60% (sólo entre 50 y 64 años está el 20%). Incluso hay unas 300 personas (7%) mayores de 65 años.

Estamos por lo tanto en presencia de una población que en términos de estadística vital se denomina “adulta” o “envejecida”, lo cual en general se manifiesta en países mejor estudiados que el nuestro por: baja natalidad y mortalidad infantil; poca incidencia de enfermedades infectocontagiosas; predominio de afecciones propias de la edad adulta y senectud, denominadas “degenerativas” (cáncer, cardiovasculares, reumatismo, diabetes, etc.); buena cultura sanitaria; tendencia a mejorar las condiciones económico-sociales; etc. Del estudio de los restantes capítulos de la encuesta se verá si esta población llena los demás requisitos de una población “envejecida”.

5. **INMUNIZACIONES.** Salvo los grupos pre-escolares, el Barrio Sur está bastante bien vacunado. Lo cual es índice de buena cultura sanitaria en general pero de déficit de prevención en el capítulo materno-infantil.

- **VACUNA ANTIVARIÓLICA.** Hay un 75% de vacunados en la población en general. En los niños en edad escolar hay un 95%, que se puede atribuir a la obligatoriedad de presentar el certificado correspondiente en la escuela.
- Pero por debajo de los 3 años de edad, los valores oscilan entre el 25 y el 35%. Dado que las técnicas médico-preventivas aconsejan esta vacuna a los 6 meses de edad, por dar menos reacciones locales y generales, las antedichas cifras sugieren que se debe captar a esos grupos e inmunizarlos correctamente.
- **VACUNA TRIPLE** (antitetánica, antidiftérica y anti-tos convulsa). Hasta los 14 años de edad hay un 30-40% de vacunados, lo que en parte se debe a la obligatoriedad de la antidiftérica en los escolares. Es así que la vacuna contra la difteria supera netamente a las otras en el grupo de 6 a 14 años (más del 70%).
- Sin embargo, al igual que en la antivariólica, la vacuna triple no llega a cifras significativas en los menores de 1 año de edad (menos del 20%). La Medicina Preventiva aconseja, en cambio, vacunar a todos los niños con la triple antes de los 6 meses (en particular interesa la prevención de la tos convulsa, enfermedad que causa su mayor número de defunciones en el lactante).

- En cuanto a la vacuna antitetánica, en adultos, oscila entre el 10 y el 20%, cifras bastantes bajas considerando que el riesgo de heridas tetanígenas es común a todos los grupos de edad.
- VACUNA ANTIPOLIOMIELÍTICA. Los grupos exhortados a protegerse contra la parálisis infantil en la última campaña del Ministerio de Salud Pública fueron los menores de 6 años, que aparecen en el Barrio Sur vacunados en un 40%. Puede considerarse como un resultado bastante satisfactorio. Por encima de los 6 años las cifras decrecen rápidamente.
- En suma: todo plan sanitario para el Barrio Sur deberá incluir los elementos para la vacunación intensiva de su población, en especial en los menores de 6 años (lactantes y pre-escolar).

La presente encuesta se integra en la importante tarea de acercamiento entre la Universidad y el pueblo. Las realizaciones que de ella surjan deberán sumarse con el resto de acción de nuestra Casa en tal sentido, a través de la Comisión de Extensión Universitaria.

La Universidad vislumbra un camino nuevo, acorde con una definición social de sus fines. En esa labor, profesores, estudiantes y egresados deben actuar en conjunto para beneficiar la población, a la que la Universidad le debe todo no habiéndole dado casi nada hasta ahora.

La extensión universitaria será así una expresión adecuada a los anhelos universitarios de servir más y mejor a los sectores necesitados de nuestro pueblo.

En un estudio titulado *Extensión Universitaria en la Universidad de la República*, producido en 2002 por Gabriel Isola, hay un extenso parágrafo dedicado al *Período Margolis*, en este nuevo instituto de la Universidad:⁴

2.4 Centralización de la Extensión Universitaria.

2.4.1 – el Período MARGOLIS

La gran cantidad de iniciativas que surgen en el primer quinquenio de la década del '50 llevan a la necesidad de constituir un organismo central encargado de la Extensión Universitaria.

Así en 1956, en el novel Rectorado de Cassinoni, se crea a partir del CDC la Comisión de Extensión Universitaria y Acción Social. Esta estaría encargada de realizar las actividades de extensión a partir de un servicio centralizado con presu-

4 ISOLA, Gabriel: La Extensión Universitaria en la Universidad de la República. 2002. En: www.geocities.ws/uaexam/HISTORIADELAEXTENSION.doc (Consultada el 25.08.2014).

puesto específico para ello. La comisión que se instala en 1957 bajo la dirección de la Dra. Adela Reta consta de dos delegados estudiantiles y cuatro docentes. Su actividad hasta 1959 incluye preparación de su programa, en el que se definen los términos “extensión” y “acción social”. Se promueve la creación de comisiones de Extensión en cada Servicio, y se logran vínculos con otros niveles de la educación pública. Se crea una audición semanal de la Universidad por la estación del SODRE. Se generan fuertes vínculos con la Universidad de Buenos Aires.⁵

En especial se formalizan las “plantas piloto” universitarias en tres ámbitos específicos: una planta rural, una urbana y una suburbana.

La planta piloto suburbana será inaugurada el 14 de junio de 1958, en el Barrio Municipal, abarcando la zona comprendida entre Av. San Martín y Aparicio Saravia, y la Av. Instrucciones. Se ubicó en la biblioteca municipal del barrio y las actividades que se plantearon realizar abarcaron el área educativa, cultural, deportivos, sanitarios, y sociales.

La planta piloto rural se eligió teniendo en cuenta el trabajo de las misiones socio pedagógicas, especialmente a una “misión permanente”: en Pintos, Piedras y Costas del San José (Flores). En esta experiencia ya trabajaban varios universitarios, y tras la creación de la Comisión de Extensión Universitaria y de Acción Social, estos pasaron a integrar el equipo de trabajo de la planta.

La planta piloto urbana comenzó a funcionar en mayo de 1957 en el Barrio Sur, con estudiantes de Medicina, Arquitectura, y las Escuelas Universitarias de Enfermería y de Servicio Social. La iniciativa en este caso provino de un Comité Popular de los vecinos de la zona, quienes propusieron a la Universidad un trabajo conjunto para resolver diferentes problemáticas barriales.⁶

El período⁷ de dirección de Efraín Margolis va desde 1958 a 1960 (sustituido luego por Jorge Galup) y es en ese transcurso que se llaman por concurso seis cargos para estudiantes (se repartirían de a dos en cada planta piloto); se arma un Reglamento del Dpto.; se logran articular varios trabajos a partir de diferentes sectores, entre ellos un Censo en la Ciudad Vieja, organizado por estudiantes, y un Censo en el Cerro, a pedido del Comité de Desocupados del Cerro. La Escuela de Bibliotecología estudia la instalación y reorganización de bibliotecas populares en Barrio Sur, Casavalle, y Barrio Municipal.

Se estudia la posibilidad de crear una Cooperativa universitaria, y una serie de cursos sobre Cooperativismo.

5 La UBA, y especialmente directores como Guillermo Savloff, Gino Germani, o Risieri Frondizi, fueron una fuente de inspiración organizacional con respecto a la Extensión Universitaria. En 1956 tras ser derrocado el gobierno Peronista se crea el Departamento de Extensión Universitaria de la UBA.

6 En el Barrio Sur vivían alrededor de 10 mil personas en viviendas ruinosas, con un importante hacinamiento, y pésimas condiciones sanitarias. (Extensión Universitaria: Balance y Perspectivas)

7 Una descripción más detallada de las actividades llevadas a cabo en este período se puede encontrar en Extensión Universitaria: Balance y Perspectivas.

Se realizaron varias actividades de prevención en salud, con apoyo del Hospital de Clínicas, la Escuela de Enfermería, el Instituto de Pediatría, la Clínica del Niño y el Instituto de Obstetricia.

Durante el período de Margolis, se da la conquista de la Autonomía y se aprueba la Ley Orgánica de la Universidad, cuyo texto incluye en su Art.2 “La Universidad tendrá a su cargo la enseñanza pública superior en todos los planos de la cultura, la enseñanza artística, la habilitación para el ejercicio de las profesiones científicas y el ejercicio de las demás funciones que la ley le encomiende. Le incumbe asimismo ... acrecentar, difundir y defender la cultura; impulsar y proteger la investigación científica y las actividades artísticas y contribuir al estudio de los problemas de interés general y propender a su comprensión pública; defender los valores morales y los principios de justicia, libertad y bienestar social, los derechos de la persona humana y la forma democrático – republicana de gobierno.”

Al decir del Rector del momento⁸, Mario, A. Cassinoni, “... es cierto que en esta Universidad se hace política, porque todas las universidades desde que existen, tienen un sentido de acción en lo político y en lo social. [...] Desconfiemos de aquellos que dicen que la posición de la Universidad debe ser antipolítica o no política. Como lo demostrara elocuentemente un Rector de una de las Universidades de Venezuela en la asamblea que aludí, esa posición antipolítica es siempre una forma oculta, avergonzante, y a veces cínica de hacer política. Es la posición de los que quieren la Universidad encerrada, para que su pensamiento no trascienda, para que se sigan conservando las estructuras actuales, para que nada se modifique, para que no corran riesgos sus intereses o su provecho.

La Universidad no hace política de partido, actúa como debe. Por otra parte, ya no podemos actuar desde el momento en que comienza a regir esta Ley Orgánica de otra manera. Estamos obligados por la propia ley a defender las libertades, a expandir la cultura, a procurar la justicia y el bienestar social. Esto que la Universidad quiso y que nos ha impuesto el Parlamento por la vía de la ley, es lo que estamos realizando.”

En 1959 tras haberse aprobado la Ley Orgánica, se constituye una nueva Comisión de extensión que tendrá a su cargo la dirección del Departamento. específico, esta vez con nueve miembros, tres de los cuales eran estudiantes.

Las Finalidades del Departamento de Extensión Universitaria y Acción Social, se explicitan en su propio reglamento. Con el objetivo de “... llevar a la práctica las nuevas orientaciones sobre sus relaciones con el medio social en que actúa y su consiguiente repercusión sobre la enseñanza y la investigación” las finalidades del Dpto. son:

⁸ Discurso de M.A.Cassinoni en la instalación del nuevo CDC, el 17 de octubre de 1958.

1. “*Capacitar a la comunidad para la comprensión y solución de sus problemas mediante el esfuerzo organizado de la propia comunidad.*”
2. “*Ampliar la esfera social de la Universidad, poniéndola al alcance de sectores que no tienen acceso a ella por razones socio – económicas.*”
3. “*Crear una vinculación solidaria entre la Universidad y los sectores populares, a los efectos que haya una interacción activa entre ambas.*”
4. “*Realizar el estudio de problemas de interés general propendiendo a su comprensión pública en estrecho contacto con el pueblo (Art. 2º de la Ley Orgánica).*”
5. “*Divulgar los conocimientos culturales – artísticos, técnicos, científicos, a la población en general, a las comunidades organizadas y a los órdenes universitarios.*”
6. “*Impartir a los estudiantes una enseñanza activa, en contacto con el medio social en que deberán actuar una vez graduados.*”
7. “*Propender a la creación del hábito de trabajo en equipo de las diferentes técnicas que integran la Universidad, mediante su interrelación en los programas que se realicen.*”
8. “*Vincular a la Universidad, a través de actividades prácticas, con las otras ramas docentes y con instituciones que efectúan labor social afín a la extensión.*”

* * *

Debe destacarse que este enfoque social de la actividad universitaria, en la que Margolis insiste en sus párrafos finales, antecede en más de un año a la sanción por el Parlamento de la Ley Orgánica de la Universidad, que le comete esos mismos fines, con mayor amplitud, la cual fue aprobada en octubre de 1958.

* * *

En el número siguiente de *Gaceta de la Universidad*, [No. 4], que carece de fecha de edición, se concluye con *Nuevos datos estadísticos de la Encuesta Sanitaria del Barrio Sur*. Presumimos que la publicación debe ser del primer semestre de 1958, por cuanto se consigna en la tapa la muerte del Maestro de Conferencias el Dr. Carlos Vaz Ferreira, ocurrido el 3 de enero de 1958, y el otorgamiento del título de Doctor Honoris Causa de la Universidad al Dr. Alfredo L. Palacios,⁹ con una nota gráfica al respecto.

Allí de brindan datos sobre:

9 Otorgado en Acta del 3 de abril de 1957 por el Consejo Directivo Central de la Universidad de la República. En: http://www.universidad.edu.uy/renderPage/index/pageId/477#heading_1467



De izquierda a derecha, de atrás para adelante: Domingo Carlevaro, Ricardo Yelpo, Gerardo Gatti, Edgardo Carvalho, Álvaro Coirolo, Alfredo Errandonea, Luis Héctor Echave, Víctor Sanz, Mario Wschebor, Marcos Canetti, Lizarraga, Carlos de Mattos, Ruben Prieto, Gustavo Beyhaut, Efraín Margolis, José Jorge Martínez, Waldemar López, s.f. [c. 1958] Archivo General de la Universidad de la República (Trayectorias Universitarias) Foto obtenida del sitio: <http://www.cmat.edu.uy/~wschebor/fotos/> (4.01.2015).

- ESTADO OCUPACIONAL. En la población adulta se han registrado los siguientes índices:

| | |
|-------------------------|-----|
| o Empleados | 26% |
| o Obreros | 15% |
| o Funcionarios públicos | 4% |
| o Comerciantes | 4% |
| o Jubilados | 5% |

El resto en su gran mayoría son mujeres que tienen como ocupación las tareas del hogar. Es decir, se trata de una población compuesta en su inmensa mayoría por obreros y empleados, o sea, de clase media y trabajadores, lo cual reafirma el interés social de que la Universidad desarrolle acción de extensión universitaria en ese núcleo.

- ASISTENCIA MÉDICA. Alrededor del 70% de las familias (en general todos sus integrantes pero a veces sólo algunos) reciben asistencia en las llamadas mutualistas, de las cuales algunas verdaderamente lo son y otras constituyen simples empresas comerciales de muy bajo rendimiento sanitario. Las familias restantes se asisten, redondeando

números: el 20% en Salud Pública, Hospital de Clínicas y Servicios estatales, el 10% mediante la asistencia privada.

- Los hechos más importantes a anotar son los siguientes:
 1. Casi la totalidad de los habitantes del Barrio Sur cuentan con alguna forma de asistencia médica en caso de necesitarla.
 2. Prácticamente ha desaparecido el ejercicio privado de la medicina, pues sólo el 10% de la población recurre a este sistema. La profesión médica sufre así una colectivización obligada e irracional, es decir puramente empírica, fenómeno mundial y no sólo del Uruguay.
 3. La gran masa de población está afiliada al mutualismo y empresismo médicos. Son conocidas las deficiencias de muchas de estas sociedades asistenciales, lo que habla de la precariedad que en materia de reparación de la salud cuenta nuestro pueblo.
 4. El Ministerio de Salud Pública y organizaciones similares asisten un quinto de los habitantes del Barrio Sur, más de mil personas, que constituyen un núcleo homogéneo y numeroso como para que se le busquen soluciones específicas.
 5. En cuanto a Medicina Preventiva, salvo lo que hacen las Cajas de Asignaciones y algunos Dispensarios, la labor realizada es muy escasa.

Se extiende la publicación sobre las enfermedades actuales, la instrucción y cultura, algunos aspectos sobre la vivienda y las conclusiones.

ENFERMEDADES ACTUALES: 6% reumatismo crónico; 5% enfermedades cardiovasculares; 1,6% tifoidea (incluye casos actuales y pasados); 1% c/u: fiebre reumática, alcoholismo e invalidez sensorial; 0,7% c/u: tuberculosis, afecciones mentales, invalidez física. Más del 10% de la población sufre alguna de las denominadas afecciones “degenerativas”, propias de la edad adulta y la vejez, como son el reumatismo crónico y las cardiovasculares. Este es un nuevo dato a favor, de que la población del Barrio Sur es de tipo adulto o “envejecida”. Se destaca un índice relativamente alto de tifoidea, lo que señala deficiencias de higiene ambiental que son las causas de su persistencia. Las cifras de alcoholismo, dice Margolis, pensamos que están por debajo de la realidad, pero el conocimiento de que hay por lo menos un centenar de alcoholistas inveterados y confesos en la zona indica la existencia de un delicado problema sanitario y social.

INSTRUCCIÓN Y CULTURA. Hasta los 14 años de edad, sólo un 80% de los niños concurren a la escuela o han completado el ciclo prima-

rio. Un ausentismo o deserción escolar del 20% constituye un hecho de suficiente gravedad como para obligar a profundizar las causas y buscar soluciones.

Entre los mayores de 15 años las cifras son aterradoras: 44% completaron el ciclo escolar, 9% finalizaron los cuatro años de secundaria, 1% finalizaron los dos años de preparatorios. Casi la mitad de la población adulta no ha concluido primaria y sólo el 10% finalizó el primer ciclo de secundaria, que hoy se considera indispensable para una buena formación general. Estas cifras se comentan por sí solas y son el reverso de la pregonada gratuidad de la enseñanza.

Dentro del capítulo de instrucción y cultura se estudió también: 14% practica deportes; 56% concurren en forma asidua al cine; 26% están afiliadas a algún sindicato, club, comité popular, etc.

Se puede apreciar la difusión del cine, medio de distracción eminentemente popular, que puede y debe ser un factor de cultura al alcance de sectores económicamente poco pudientes; la necesidad de solucionar el problema de los deportes dentro del propio Barrio para el elevado número de personas que lo practica, etc.

ALGUNOS ASPECTOS SOBRE LA VIVIENDA. Más de la cuarta parte de las familias del Barrio Sur viven en inquilinatos (conventillos); 28% casas independientes; 44% departamentos; 28% inquilinatos.

Sólo el 8% son propietarios. El 31% de las familias tienen cuarto de baño colectivo, es decir, compartido por dos o más familias.

Estos aspectos fueron más extensamente estudiados por el Censo de Arquitectura. Las cifras citadas y las que falta recopilar, reafirman el grave problema de la vivienda en el Barrio Sur.

CONCLUYENDO. La Universidad va completando su visión del Barrio Sur. Ya tenemos datos suficientes como para subrayar el déficit de viviendas en la zona y apoyar la campaña del Comité Popular que agrupa sus vecinos en la lucha por la construcción de un Bloque a cargo del Instituto Nacional de Viviendas Económicas en el lugar y para sus habitantes.

Las tareas en este sentido están progresando, gracias a la tesonera labor de los propios vecinos, con la colaboración de una Mesa Redonda que integran delegados oficiales de las Facultades de Arquitectura y Medicina y representantes estudiantiles, obreros, etc. A ellos se suma la preocupación de la Comisión de Extensión Universitaria de la Universidad, que acaba de organizar un ciclo de charlas radiales en su espacio de CX6 [emisora del SODRE] abordando varios conferenciantes este tema.

Por su parte la Cátedra de Higiene de la Facultad de Medicina está acumulando informaciones para planear soluciones médico-preventivas.

El nuevo camino que toma la Universidad significa una verdadera renovación, adecuándola a sus fines sociales y compenetrándola de los postulados de la Reforma Universitaria que aún no han sido totalmente logrados en nuestra Casa.

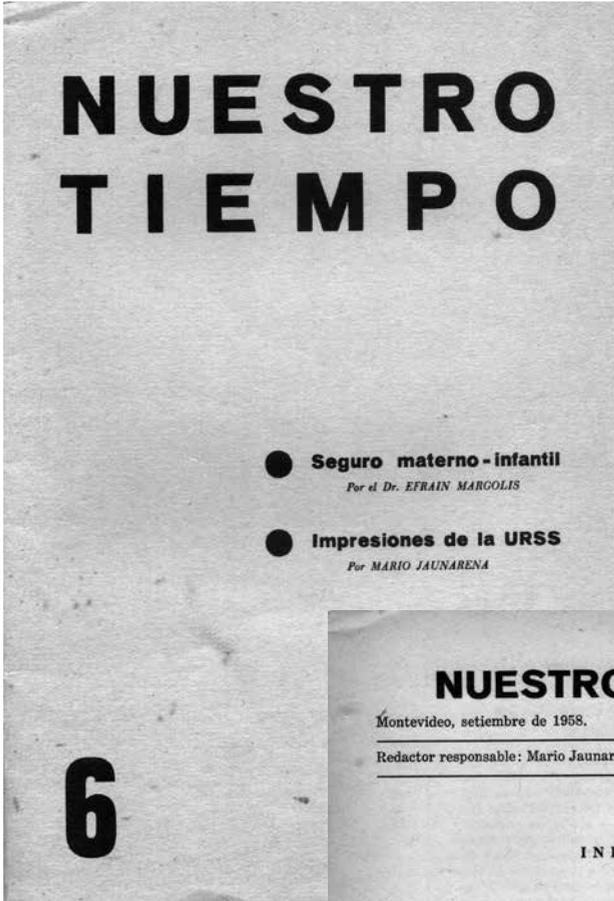
* * *

La realización de esta actividad por parte de la Universidad y la Facultad de Medicina, a través de la Cátedra de Higiene, donde participaron docentes y estudiantes, tuvo sin duda influencia tardía en la modificación de las condiciones de vida en el Barrio Sur. Los conventillos desaparecieron, muchos años más tarde, y modernos bloques de vivienda se edificaron en esta populosa zona, que cambiaron parcialmente las características del Barrio. Si se hubieran tomado antes en consideración los señalamientos realizados en el año 1957, esta situación podría haberse corregido, con beneficio de la salud y condiciones de vida de la población, mucho antes. Todavía quedan muchas cuestiones pendientes de resolver, particularmente en el plano de la vivienda en esta zona de Montevideo. Ni qué hablar que el mismo problema lo padecen otros barrios donde ni siquiera se han realizado estudios similares que tuvieran repercusión en producir cambios, lo que está en el debe de la labor universitaria y gubernativa.

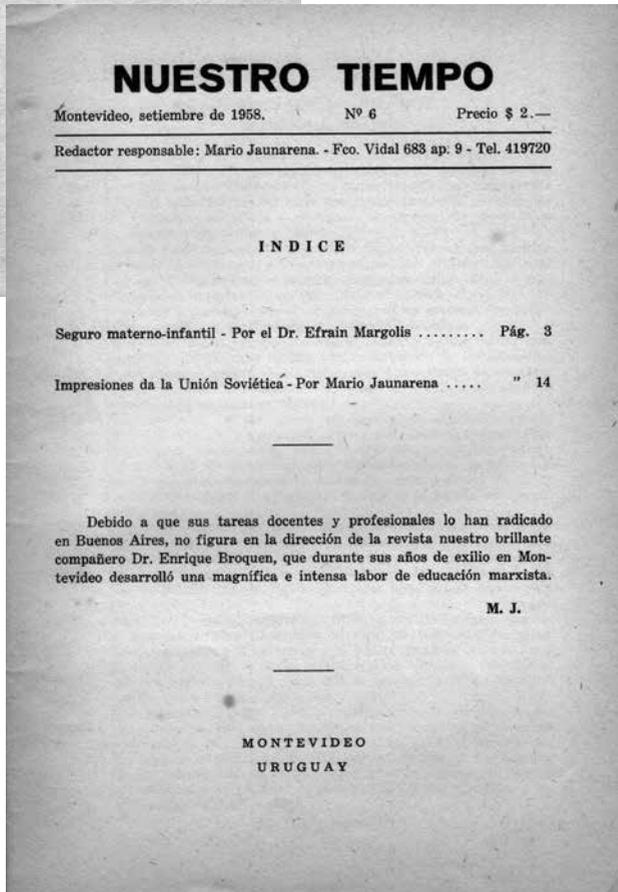
* * *

En setiembre de 1958, se publicó en la revista *Nuestro Tiempo*, No. 6, dirigida por Mario Jaunarena, donde Efraín Margolis realiza un excelente informe sobre SEGURO MATERNO-INFANTIL, que comprende las páginas 3 a 13 de la publicación. En la portadilla de esta revista aparece una declaración firmada por M. J. [Mario Jaunarena] que expresa: *Debido a que sus tareas docentes y profesionales lo han radicado en Buenos Aires, no figura en la dirección de la revista nuestro brillante compañero Dr. Enrique Broquen, que durante sus años de exilio en Montevideo desarrolló una magnífica e intensa labor de educación marxista.*¹⁰

10 Sobre Enrique Broquen pudimos encontrar una referencia publicada en 2007 por el Prof. Julio A. Louis: "Viejo, cuando yo era un muchacho un obrero me dijo: 'Tenés que leer el Manifiesto Comunista'. ¡Los obreros lo leían!". Con bronca Enrique Broquen, ideólogo argentino radicado en Montevideo y formador junto a Vivian Trías de la generación de los 50 en el Partido Socialista, me lo comentaba al término de su vida. A sus tertulias sabatinas asistíamos y le escuchábamos entre otros Eduardo Galeano, Carlos Macbado, Comrado Hoffmann y Adhemar Sosa. Eduardo, un referente indiscutido. No obstante, pocos de sus lectores conocen sus fundamentos ideológicos, que son los del materialismo dialéctico. Durante generaciones, varias camadas de militantes fuimos educados en el marxismo. ¡Y qué polémicas! Entre quienes nos considerábamos marxistas, o entre marxistas y anarquistas, o con los ballistas. Ref: <http://www.lr21.com.uy/editorial/266950-el-marxismo-ese-ocultado> (consultada el 01.01.2015)- Véase también el blog: <http://contratapopular.blogspot.com/> (Consultado el 01.01.2015).



(Archivo FDAN)



La amplitud mental de Margolis le permitía participar en publicaciones de este tipo, ya que él era de origen libertario y para nada compartía los valores del marxismo. En el mismo número el otro artículo, más extenso y que completa las 48 páginas de la revista, corresponden a Mario Jaunarena, con un artículo titulado *Impresiones de la Unión Soviética*. Jaunarena había sido secretario de Emilio Frugoni, que fuera el primer embajador de Uruguay en la URSS a partir de 1944. Todos los que participaron de aquella Embajada hicieron publicaciones relevantes a su retorno a Uruguay. El propio Frugoni escribió *La Esfinge Roja*; el médico pediatra rochense Lauro Cruz Goyenola, que participó como asesor científico de la Embajada, escribió a su retorno *Yo ví Rusia por dentro*, lo que generó una polémica con un abogado del Partido Comunista Pedro Ceruti Crosa, que escribió una réplica *Yo también ví Rusia por dentro*. El propio Jaunarena, fuera de esta publicación, hizo otras muchas, y retornó de Moscú casado con Yenía Dumnova, una ciudadana soviética, artista plástica, que actuaba como traductora de la delegación, y que encontró en el matrimonio la vía de escapar del régimen estalinista. Ambos Mario y Yenía, fueron frecuentes colaboradores de *Marcha* y luego de *Brecha*. Fallecieron por un pacto suicida el 7 de julio de 2000.¹¹

* * *

En este artículo temprano sobre EL SEGURO MATERNO-INFANTIL, decía Margolis:

En un enfoque de la realidad sociológica de nuestro tiempo, no pueden escapar los intentos de los regímenes vigentes de asegurar las distintas emergencias que comprometen la supervivencia del hombre. En especial, la del individuo medio, cada vez menos protegido por una sociedad en crisis que no puede – no sabe – solucionar sus necesidades básicas: vivienda, ropa, alimento, salud.

Así nació como concepto la Seguridad Social. No es una doctrina social que hable de estructuras o superestructuras, que considere las bases mismas de nuestra organización político-económico-social. Todo lo contrario. Parte de la imperiosidad de garantizar al hombre contra los riesgos que existen justamente en los actuales cuadros sociales, en forma racional, poco onerosa y coordinando los esfuerzos colectivos.

La Seguridad Social, en realidad, es el objetivo último de las concepciones revolucionarias, que buscan una modificación de las relaciones humanas del régimen estatal-capitalista como único método de asegurar a cada individuo la plena libertad y, por ende, la completa satisfacción de las mencionadas necesidades básicas.

Quienes militamos en esas corrientes ideológicas, consideramos que el cambio social es lo único que puede ofrecer seguridad al hombre. Pero so pretexto de un mundo

11 <http://www.lr21.com.uy/sociedad/15856-murieron-de-un-fuerte-amor-sin-duda> (Consultada el 01.01.2015).

mejor para nuestros nietos, no podemos negarnos a considerar las soluciones para los desheredados de hoy y de aquí, siempre que esas soluciones se mantengan dentro de las líneas de libertad y de justicia y que signifiquen un avance en la autodeterminación de los individuos.

Los Seguros Sociales son habitualmente el mecanismo de la Seguridad Social. Constituyen una salida, en cuanto resuelven muchos problemas, pero sólo colateral. En última instancia, ayudan a mantenerse una sociedad capitalista que se resquebraja y que se enfrenta a las soluciones de un mundo opuesto, debiendo ofrecer igual o más que él para supervivir.

La organización estatal-capitalista invierte mal los recursos que obtiene del trabajador, para garantizar su vida, su trabajo y su salud. Los Seguros racionalizan la inversión y la hacen rendir al máximo, mediante el sencillo expediente de la administración técnica y coordinada. De ahí que los Seguros pueden constituir la bandera política – a veces sólo electorera – de partidos burgueses.¹²

Cuando la gente de pensamiento avanzado entra a colaborar en los Seguros, lo hace con otro concepto. Piensa que en la actual sociedad, la administración a cargo de los mismos trabajadores, es semilla que se siembra para la sociedad del futuro. Por eso, y porque los Seguros son el aluvión indetenible que hay que seguir o caer aplastado por él, es que hoy enfocamos un capítulo de la Seguridad Social vinculado a los actuales problemas del país.

En la mayoría de los países del mundo, los Seguros Sociales se han ido implantando paulatinamente, y en algunos llevan experiencia de décadas. El Uruguay escapa de ese número, y tal vez ello sea una ventaja para nosotros, pues contamos con experiencias vecinas y lejanas que nos impedirán caer en errores cometidos reiteradamente.¹³

La Seguridad Social desea proteger contra los riesgos de imposibilidad de ganarse el salario con que solventar vivienda, alimento y vestido, en caso de paro forzoso o vejez. Igual protección concede en caso de enfermedad, maternidad, accidentes y enfermedades profesionales, pero en estas disyuntivas brinda además la asistencia médica, que consume buena parte de los recursos.

El Seguro de Salud es tal vez el de mayor volumen dentro de los enumerados. Comprende las prestaciones económicas equivalentes al salario o a parte importante de él, con motivo de las ausencias del trabajo debidas a enfermedades; embarazo, parto, puerperio y lactancia; accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. También abarca las prestaciones en especie, es decir, la asistencia médica.

12 A la luz de los hechos ocurridos en Uruguay a partir de 2005, puede verse que no sólo los partidos burgueses podían hacer ese uso de los Seguros de Salud y de la Seguridad Social.

13 La ignorancia de esos antecedentes está en la raíz de los errores cometidos en el diseño del Sistema Nacional Integrado de Salud, puesto que se buscaron experiencias lejanas, mal adaptadas, desconociendo los antecedentes a que refería Margolis, y sin conocer su vasta obra sobre el tema, de la que fue uno de los principales estudiosos durante décadas.

Es así que las organizaciones médicas han jugado y lógicamente juegan un papel de primera línea en la planificación, administración, crítica y a veces resistencia, del Seguro de Salud.

En la aplicación del Seguro de Salud – también conocido como Seguro de Enfermedad – hay dos elementos básicos: el usuario, que es el trabajador, y que debe controlar la administración de los recursos por él aportados; el médico, encargado de organizar para el obrero las correctas prestaciones en servicios médicos, que todavía la actual sociedad no ha puesto a su alcance. El Seguro de Salud es así un intento de terminar con la medicina para pobres y la medicina para ricos, pues trata de darle a quien individualmente no puede solventarlo, un adecuado nivel de atención de su salud y enfermedad.

En nuestro país la Seguridad Social es completamente deficiente. El seguro de vejez es miserablemente sustituido por un régimen de jubilaciones y pensiones que ofrece a los trabajadores las migajas del banquete de la burocracia estatal. El Banco de Seguros administra el riesgo de accidentes y afecciones profesionales muchas veces con criterio comercial, de menor rendimiento económico, y deja fuera de él a un elevado número de trabajadores que se ven obligados a largos e improductivos juicios contra su patrón en caso de accidente. No hay seguro de enfermedad. En algunas industrias hay un seguro de paro muy limitado, y existen ciertas disposiciones restringidas para proteger la maternidad y la niñez.

Mantener todo este sistema le cuesta al trabajador igual o más que un sistema global de seguros. Veamos por ejemplo el caso de la asistencia médica en caso de enfermedad. El obrero contribuye con buena parte de su sueldo para: la Caja de Subsidios de su fábrica que le pagará parte o todo el sueldo durante parte o toda la enfermedad; el presupuesto del Ministerio de Salud Pública, solventado por todos los habitantes del país en mayor o menor grado; si puede, una cuota mensual para una mutualista; etc. Y además, los descuentos jubilatorios, asignaciones familiares, pago de un médico particular o de remedios cuando las mutualistas supuestamente baratas le estafan la asistencia prometida, etc.

¿Todo eso a cambio de qué? De una mísera cama de hospital, de una atención mutua por debajo de normas mínimas, de una jubilación ridícula, de una asignación por hijo de pocos más de diez pesos, etc.

El obrero – en especial sus organismos de lucha, los sindicatos – sabe que está pagando mucho por muy poco y a veces nada. De ahí que los Seguros sean un alud incontenible, pues los reclaman sectores que los necesitan con urgencia y que tienen clara conciencia de los beneficios que les ofrecen. Con mucho menos que lo anotado, otros países han montado sistemas aunque más no sea mejor organizados y más completos.

Por eso, el estudioso de las realidades sociales debe comenzar a preocuparse sobre el significado de los Seguros en el país y cómo evitar las posibilidades primeras de su burocratización y politización. Pues el Seguro de Salud se implantará con o contra nuestra voluntad, y ante esa realidad aportaremos el grano de arena para que salga lo que entendemos es lo mejor. (...)



Margolis rodeado de Pediatras en el SMU (circa 1959): de izq a der: Salomón Fabius, Efraín Margolis, Cyro E. Giambruno, Euclides Peluffo y Carlos S. Boccoleri.¹⁴ (Archivo histórico SMU).

Fundaba Margolis su enfoque del Seguro Materno-Infantil por estos fundamentos:

La razón de este planteamiento parcializado reside en que el Parlamento tiene en consideración un proyecto de ley del Consejo Central de Asignaciones Familiares por el que se instituye un Salario de Maternidad y una protección a la madre y al niño que equivalen al Seguro referido.

Estando por lo tanto en su etapa legislativa el Seguro Materno-infantil, existe premura en fijar los principios generales que deben regir la Seguridad Social en su aplicación práctica y los principios específicos a este ramo que se proyecta.

La proyección del binomio madre-hijo es esencial en toda organización médico-social. Los servicios que se prestan o pueden prestar en esta materia son de doble naturaleza: en dinero y en especie.

Las prestaciones en dinero incluyen: una asignación familiar por hijo, que sea de volumen suficiente como para permitir al trabajador mantener el presupuesto del hogar acrecentado con nuevos miembros, lo que significa una nueva concepción del salario – el salario familiar; licencia a la embarazada con sueldo durante un período fijo antes y después del parto y variable según la patología vinculada a esos estados,

14 TURNES, Antonio L.: foto de los archivos del SMU, publicada en La Sociedad Uruguaya de Pediatría en su Centenario, Montevideo, noviembre 2014, Zonalibro, pág. 383. Para la época de la edición no se había podido identificar al Dr. Giambruno, destacado cardiólogo pediátrico prematuramente fallecido.

garantizándole el empleo; facilidades para el amamantamiento (horas especiales, guardería infantil, etc.); primas por nacimiento.

Las prestaciones en especie se refieren a la asistencia médica de la madre durante el embarazo, el parto y el puerperio, y la del niño hasta una edad convencional. La labor en ese aspecto ha de ser asistencial, pero también – y fundamentalmente – de carácter preventivo.

Un Seguro Materno-Infantil correcto debe prever y planear todas estas prestaciones.

En nuestro país el régimen vigente ha pasado por una serie de alternativas, regidas por el artículo 37 del Código del Niño, la Ley de Trabajos Insalubres de 1950, la aprobación legislativa del Convenio 103 con la Oficina Internacional del Trabajo y el sistema de las asignaciones familiares instituido por la ley de Consejos de Salarios.

Aborramos a los lectores la consideración detenida de la evolución sufrida por nuestro derecho positivo en la materia. No somos juristas y para quien interese el problema, nos remitimos al trabajo del Dr. Américo Plá Rodríguez sobre “Protección de la Maternidad” publicado en la Revista de la Sociedad de Medicina del Trabajo del Uruguay (año V, No. 19-20, setiembre-diciembre de 1955, páginas 68-91).

Es en cambio útil referir el estado actual de la seguridad materno infantil, englobada en diversas normas legales que se han derogado parcialmente y han creado en ocasiones controversias jurídicas que sólo sirven para disminuir el campo de por sí restringido de su aplicación.

Tenemos entonces que hoy, 1958, una obrera o mujer de trabajador tiene aseguradas las siguientes prestaciones:

- *Asignación familiar de unos \$ 12.00 a 14.00 por hijo, suma que apenas significa un jornal de trabajo y que de ninguna manera constituye un monto apreciable como para hablar de salario familiar;*
- *Licencia antes y después del parto, pudiendo discutirse si se aplica el Código del Niño (un mes antes y un mes después) o el régimen del citado Convenio 103 (doce semanas, de las cuales por lo menos seis semanas serán posteriores al parto) que es más generoso;*
- *Garantía del empleo, establecida en la ley de Trabajos Insalubres;*
- *Primas de nacimiento, otorgadas por algunas Cajas de Asignaciones Familiares;*
- *Asistencia médica del embarazo y del parto, que realiza Asignaciones Familiares por medio de una extensión de sus facultades de legalidad discutible.*

Las omisiones más notorias del régimen actual son las siguientes:

- *Falta la protección durante el período de lactancia, es decir, el derecho de amamantamiento que es impedido por las jornadas de trabajo en vigencia en el país.*
- *Los que se pueden acoger a los beneficios del sistema son todas las asalariadas para el caso de la licencia por maternidad y la garantía del empleo. Pero hay*

un tope de ingresos familiares para las prestaciones que brinda Asignaciones Familiares (asignación por hijo, prima de natalidad, asistencia obstétrica y pediátrica), que es de \$ 500,00 mensuales. Ese tope deja fuera a gran cantidad de hogares obreros.

- *La ausencia más grave está vinculada a la sanción legislativa del Convenio 103 de la OIT en noviembre de 1953, que entró en vigencia recién el 7 de setiembre de 1955 (ver trabajo citado del Dr. Plá Rodríguez). Hasta ese momento regía la ley de Trabajos Insalubres de octubre de 1950, por la que el patrón tenía la obligación de pagar el sueldo o salario íntegro de la mujer trabajadora durante la ausencia del trabajo por indicación médica hasta un lapso de cuatro meses, y medio salario entre los cuatro y los seis meses. Es decir, se reconoce el derecho de la trabajadora a recibir parte o todo su sueldo cuando con motivo del embarazo, parto o puerperio faltare a su empleo hasta 6 meses; y al mismo tiempo, se indica quién paga ese sueldo o salario, es decir, el propio patrón.*
- *Al sancionarse el Convenio 103, entran a regir las disposiciones de su artículo 4º inciso 4, que dice en su primera parte: “Las prestaciones en dinero y las prestaciones médicas serán concedidas en virtud de un sistema de seguro social obligatorio o con cargo a los fondos públicos”. O sea, que elimina la responsabilidad patronal de abonar el salario por el período de ausencia obligatoria (12 semanas) o facultativa (indicación médica por patología de esos períodos). De hecho, la ratificación de un Convenio que tendría por finalidad mejorar la protección materno-infantil en los países signatarios, significó un retroceso en el nuestro, por cuanto los patronos se acogieron – con el respaldo de la jurisprudencia nacional – a las disposiciones citadas y no pagan más el salario de maternidad.*
- *Esta es otra razón por la cual existe apremio en poner en vigencia un Seguro Materno-Infantil, para llenar el gran hueco laboral vigente. (...)*

Luego de un exhaustivo análisis de los contenidos del proyecto de ley a examen y de la doctrina establecida por la Asociación Médica Mundial, las Convenciones Médicas Nacionales, Sindicato Médico del Uruguay, sociedades científicas como las de Ginecología y Pediatría, así como la OIT, remataba su artículo de esta forma:

Resumiendo lo expresado a través de este artículo, diremos que la seguridad social está estrechamente vinculada al régimen de producción y distribución de la riqueza y de organización social. Dentro de nuestros actuales cánones, ninguna legislación podrá brindarla en forma absoluta, pues las crisis sociales, económicas y políticas que periódicamente lanzan al paro y a la miseria a un elevado número de trabajadores impiden su financiación en los períodos en que es más necesaria, los de crisis.

Sin embargo, los trabajadores pueden imponer un régimen de seguridad [social] que les ponga a cubierto de ciertos riesgos, en especial los de enfermedad, accidente y maternidad. De los mismos obreros depende que el seguro sea político o autónomo, burocrático o vital, dirigido de arriba o administrado desde la base. Un ejemplo de cómo no debe ser un Seguro Social, en el proyecto de ley propiciado por el Consejo Central de Asignaciones Familiares que hemos comentado.

El dinero que los trabajadores invierten actualmente para proteger su salud puede técnicamente distribuirse mejor, y desde ese punto de vista, la seguridad social es una planificación de los recursos que cuenta la sociedad contra el paro, la vejez, la enfermedad, la maternidad.

* * *

En octubre de 1959 realizó un trabajo de tres páginas, dactilografiado, dentro de sus funciones como Ayudante de Clase de la Cátedra de Higiene, presentado a las VI Jornadas de Medicina del Trabajo, realizadas en dicho mes en Montevideo. El título de este trabajo es HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTAL Y SU INFLUENCIA EN LA SALUD (CONCEPTOS DOCENTES). Allí expone:

*El enfoque docente de este tema se centra principalmente en qué debe conocer el médico práctico acerca de la higiene del medio ambiental y su influencia sobre la salud. En nuestro medio, es el médico práctico quien debe en general atender los problemas de la industria, pues el especialista aún no se ha formado en número suficiente como para sustituirlo.*¹⁵

Es responsabilidad de la Cátedra de Higiene de la Facultad de Medicina dar al médico práctico la formación necesaria que le permita afrontar los problemas de la Higiene Ocupacional. En tal sentido, desde hace muchos años dedica una parte del curso práctico para estudiantes del 6° año de la carrera, a temas de medicina del trabajo.

Ha organizado ejercicios vinculados a accidentes del trabajo y seguridad industrial, mediante visitas a la fábrica "Alpargatas", que en cierto momento ofrecía una organización ejemplar en nuestro medio; para estudiar un servicio médico para la industria, se concurría al de la ANCAP; para apreciar el problema de las tecnopatías y del control del medio ambiente, se contó con la colaboración de los funcionarios de la Comisión Honoraria de Trabajos Insalubres. En el corriente año se centró el estudio en cuestiones relativas a la polución del aire industrial, visitándose fábricas de baterías y de vidrio y molindas de cuarzo.

15 Nótese que a 55 años de aquella Jornada, el número de médicos especializados en Medicina Laboral sigue siendo una notable carencia de nuestra estructura sanitaria y de nuestra realidad laboral. Particularmente en un país que ha visto crecer sustancialmente su actividad económica e industrial en las últimas décadas, incrementando por tanto la necesidad de contar con este recurso imprescindible en cantidad y calidad adecuada a la protección de la fuerza de trabajo.

El criterio general que sustentamos en la Cátedra a cargo del Prof. Juan A. Borrelli, es que un médico general como el que actualmente egresa de la Facultad, esté en condiciones por lo menos elementales, de actuar en servicios de medicina industrial. A menudo es llamado a hacerlo bajo diversas circunstancias: sea contratado por la empresa para asistencia médica y/o certificación, o como médico de un seguro de enfermedad de una fábrica o industria, o más raramente como parte del equipo integrante de un Servicio completo de Medicina Ocupacional.

Es de señalar que, infelizmente, en nuestro medio la situación más frecuente dentro de las relatadas es la de médico certificador, y que aún falta mucho para que los trabajadores de nuestro país cuenten con una adecuada organización médico-preventiva de la industria.

Luego se extiende en el detalle de la propuesta de lo que debiera ser la docencia para fortalecer el conocimiento del pregrado respecto a los temas de la salud ocupacional.

* * *

En *El Día Médico Uruguayo*, año XXVI, Mayo de 1960, No. 325, se publica un artículo de Margolis sobre la VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE TIFOIDEA. Allí repasa la morbi-mortalidad por Fiebre Tifoidea en Uruguay en el período 1947-1959, en base a la Estadística Vital del MSP.

En 1947 se registraban 829 casos con 133 defunciones, en tanto que para 1959, con cifras provisorias, se registraron 409 casos con 24 defunciones. Ya para entonces, había aparecido la medicación específica para el tratamiento de esta salmonelosis (el cloranfenicol).

El autor se extiende sobre las características de la enfermedad y particularmente sobre la producción de la vacuna antitífica, el valor de dicha vacuna, las reacciones y contraindicaciones, las indicaciones, concluyendo que:

1. La Fiebre Tifoidea constituye aún en nuestro país un gran problema de salud pública.
2. Está indicada por lo tanto, una mayor difusión de la vacuna antitífica, cuya eficacia está probada aunque no es absoluta.
3. La vacunación antitífica tiene indicaciones y contraindicaciones precisas, que requieren especial vigilancia.
4. En nuestro medio se justifica realizar estudios para apreciar el valor de:
 - a. La lipovacuna.
 - b. La introducción de la vía intradérmica;
 - c. La asociación con el toxoide tetánico.

* * *

En agosto de 1961 participó en una Mesa Redonda organizada por el Departamento de Extensión Universitaria y Acción Social de la Universidad de Montevideo [hoy Universidad de la República, UDELAR], sobre DESARROLLO DE COMUNIDADES. Del panel de expositores formaron parte el Asistente Social Herman Kruse, Profesor de Organización de Comunidades de la Escuela Universitaria de Servicio Social; los maestros Miguel Soler y Weyler Moreno, del Instituto Cooperativo de Educación Rural; el Ing. Agr. Carlos Rucks, Profesor de Extensión Agrícola de la Facultad de Agronomía; la Dra. Obdulia Ébole, Prof. Adjunto de Higiene de la Facultad de Medicina; el Arq. Luis A. Basil, en su calidad de Presidente de la Comisión de Extensión, que presidió la Mesa Redonda; el Dr. Efraín Margolis, en carácter de Jefe del Departamento de Extensión, que ejerció la Secretaría. En el debate subsiguiente intervinieron el Prof. Juan Carlos Carrasco y el Br. Raúl Weis, miembros de la Comisión de Extensión, el Prof. Jorge Bralich, de la Escuela Universitaria de Servicio Social, el maestro Abner Prada, del Instituto Cooperativo de Educación Rural; el Ing. Agr. Ignacio Ansorena, del Instituto Interamericano de Ciencias Agrícolas; la Br. Alba Rodríguez y los funcionarios del Departamento, Bres. Enrique Iglesias y Gloria Perdomo de Amilivia. Las exposiciones fueron registradas en forma taquigráfica y publicadas en un folleto de 64 páginas cuyo cuidado estuvo a cargo del propio Efraín Margolis, con la colaboración de Gutenberg Charquero y fotos de Mario Handler, con un tiraje de 700 ejemplares.

Las Conclusiones de dicha Mesa Redonda se circunscribieron a los siguientes párrafos:

Aun cuando quedaron muchos aspectos por aclarar o profundizar, la Mesa Redonda cumplió ampliamente con los objetivos planteados y despertó un gran interés en los círculos universitarios vinculados a la Extensión, así como en sectores magisteriales, agronómicos y otros.

Constituyó un hecho desusado la reunión de técnicos en educación, salud, agronomía y servicio social, para discutir sus respectivos puntos de vista y brindar los aportes de sus disciplinas a la doctrina del trabajo con comunidades.

Queremos destacar particularmente la presencia del grupo de maestros del Instituto Cooperativo de Educación Rural, que a través de las palabras de Miguel Soler, W. Moreno y Abner Prada, hicieron llegar a los universitarios los conceptos y la experiencia de un sector extra-universitario que tanto ha contribuido en el país a la educación de comunidades rurales.

La Organización y el Desarrollo de la Comunidad son técnicas nuevas no sólo en nuestro país; se han difundido en la post-guerra última y han sido propiciadas por organismos internacionales y por institutos de ayuda técnica de varios países. Integran

el curriculum del Asistente Social, constituyendo una de sus especializaciones, y son estudiadas con interés por médicos, maestros, urbanistas, agrónomos, sociólogos, etc.

Pero aún no se han aplicado con carácter generalizado, y sólo hay experiencias fragmentarias y escasas en torno a la escuela rural, a algunos Centros de Salud o a áreas de extensión agrícola. Los organismos oficiales aún ignoran que el desarrollo de nuestro país en conjunto será posible en tanto la gente de sus comunidades sienta que les va algo en ello y pongan su esfuerzo para el logro de ese desarrollo.

De ahí que la Comisión de Extensión Universitaria entendiera de importancia un aporte al enfoque doctrinario sobre el problema. Se hizo sentir la necesidad de poner a punto en nuestro medio la filosofía y los conceptos generales que rigen a los agentes de cambio que trabajan en programas de comunidad.

Evidentemente, cuando la Universidad uruguaya se vuelca al medio social, se hace muy difícil concebir su acción limitada a los esquemas de ciertos teóricos internacionales del Desarrollo de la Comunidad, que aplican su técnica al servicio de bloques políticos o potencias económicas.

Por eso, fue muy legítima la pregunta que surgió en la Mesa Redonda: ¿es factible realizar desarrollo de comunidades dentro de las actuales estructuras sociales, es decir, libre empresa, latifundio, propiedad privada?

La respuesta puede ser afirmativa, pero en conocimiento de las limitaciones que las estructuras referidas puedan colocar a un efectivo desarrollo de los pueblos. Y así surge también que Organización y Desarrollo de la Comunidad no implica necesariamente elevación de niveles de vida, es decir, metas materiales.

Desde luego, cabría también preguntarse si es función de esta Universidad, organismo oficial del Estado, plantearse los problemas de esta manera y postular determinados cambios sociales en la sociedad uruguaya y latinoamericana.

La respuesta no la puede dar nuestro Departamento ni un debate entre técnicos, sino la Universidad entera. Confiemos que las Primeras Jornadas Nacionales de Extensión Universitaria, en vías de organización, aporten nuevos elementos de juicio sobre el problema.

Para los universitarios que se inician en Extensión, y para los estudiosos de los temas de trabajo con la comunidad, el Departamento ofrece la presente publicación, como aporte a la bibliografía nacional sobre el tema.

* * *

El Sindicato Médico del Uruguay organizó del 19 al 22 de diciembre de 1963, las Primeras Jornadas Médico Gremiales Nacionales, que convocaron a médicos de todo el país, en la Colonia de Vacaciones del SMU, Hotel Alción, en el Balneario Solís.



En las Primeras Jornadas Médico Gremiales Nacionales, Balneario Solís, Hotel Alción, diciembre de 1963: Aparecen entre otros, Moisés Cohen, Antonio Tamayo, José D'Elía, y a la derecha Efraín Margolis y Julio Mañana Cattani. (Archivo histórico SMU).

De la actividad participaron no sólo médicos, sino también dirigentes gremiales de las centrales sindicales y de los entes vinculados a la administración de los Seguros Parciales de Enfermedad, que por diferentes leyes amparaban a una cantidad creciente de actividades laborales.

El temario de las Jornadas giró bajo el rótulo de SEGURO DE SALUD EN EL URUGUAY, y consideró los siguientes temas en su agenda:

1. Experiencia, problemática y futuro de la asistencia médica en el Interior del país.
2. Problemas actuales y futuro del mutualismo y de los seguros de enfermedad parciales en nuestro país, con vistas a una integración en un seguro social de salud.
3. La Seguridad Social y el Seguro de Salud.
4. Opinión de los posibles usuarios y beneficiarios de un Seguro de Salud general.
5. La participación de los técnicos, médicos y otros, en los servicios sanitarios de un Seguro de Salud en el Uruguay.¹⁶

16 Este aspecto, como otros muchos, que en su momento fueron claramente planteados, parecen haberse olvidado a la hora de aprobar la Ley que consagró el Sistema Nacional Integrado de Salud y el Fondo Nacional de Salud (Ley 18.131: CREACIÓN DEL FONDO NACIONAL DE SALUD. Promulgada el 18 de mayo de 2007). Otra oportunidad perdida de aprovechar la experiencia y el conocimiento acumulado décadas atrás por la comunidad médica. Mostrando una



Mesa que presidió las Jornadas de 1963: de izq a der: Joaquín Purcallas Serra, José Pedro Ibarra Ruiz, Mario A. Cassinoni, Washington Buño. (Archivo histórico SMU).

Allí Margolis preparó un extenso relato sobre CALIDAD HOSPITALARIA, que subtituló *Reglas y normas para construcción, funcionamiento y mantenimiento de hospitales*. Este trabajo sería un antecedente valioso para una Jornada de Planeamiento y Construcción de Hospitales realizada en el mismo lugar, en 1965, por la Asociación Uruguaya de Administradores de Hospitales (AUAH) que Margolis también integró.

En un trabajo mimeografiado, de 33 páginas, tamaño carta, expresaba Margolis estos conceptos en la introducción:

El hospital constituye el centro cerebral de la organización sanitaria del cuidado de la salud de la colectividad. Es su eslabón más importante. El papel que juega el hospital en el cuidado de la salud en un tipo de organización es sumamente predominante. El enfermo recurre al hospital para recibir cuidados médicos, ya a su consulta externa (que nosotros llamamos policlínicas) o a sus servicios de internación. En otros casos el hospital es el centro de cuidado de salud y el centro de irradiación; de ahí parten los servicios técnicos para tributar el cuidado médico a toda la población, haciendo de cada lugar que reside un paciente, el lugar posible del cuidado de la salud.

vez más que la ignorancia es uno de los peores enemigos del ser humano, particularmente cuando se trata de conducir la cosa pública.



Margolis aparece siguiendo la exposición en la Jornada. (Archivo histórico SMU).

Uno y otro método de organización dependen fundamentalmente de la organización de la familia del país donde asienta el hospital; en aquellos en los cuales la familia está sumamente comprometida con trabajo exterior y no existen personas disponibles para el cuidado del paciente, es evidente que el cuidado de la salud tiene que hacerse en una casa especializada que es el hospital. En otros países en los cuales, afortunadamente y todavía, pueden disponerse de personas para el cuidado de los pacientes, la organización sanitaria reposa sobre la base de la asistencia domiciliaria como elemento muy importante, y en relación íntima con el hospital – en un caso – pues el cuidado está centrado casi exclusivamente en el hospital, y en otro, cubre una vasta red del que el hospital es el centro.

Este último es el concepto que tiene el Sindicato Médico de la organización sanitaria, hace del Cuerpo Médico, la base de la asistencia de la colectividad a través de sus consultorios médicos y refiere para la emergencia, la internación, las necesidades de diagnóstico y terapéuticas especiales, el enfermo al hospital cuando todo ello no pueda hacerse con el enfermo ambulante, en clínicas o con el enfermo a domicilio, en el propio domicilio de éste.

Este sistema, es un sistema menos costoso; conduce a la necesidad de tener menos camas por población y asegura una mejor distribución de los médicos en las colectividades. Implica que los medios de diagnóstico y tratamiento no necesariamente están comprendidos todos en el hospital, sino que, y sobre todo en las grandes ciudades, se constituyen alrededor de centros como agrupaciones de médicos en zonas correctamente distribuidas.

Una u otra forma de concebir la organización sanitaria, sin embargo, hacen del hospital, el centro trascendente de la organización sanitaria, y es lógico pues que la

colectividad exija garantías de que se hayan establecido, condiciones mínimas en su construcción y su funcionamiento para asegurarse un cuidado adecuado y moderno.

La preocupación de la colectividad por los hospitales, reside en que éstos se convierten en las casas de la vida o de la muerte y en la casa donde va a atenderse en un momento trascendente de su vida, por razones de emergencia o por razones de internación cuando existe un riesgo importante que la compromete. Las colectividades cada vez recurren más a los hospitales porque también cada vez es más posible defenderla, rescatar a los pacientes de un riesgo de morir o de quedar incapacitados.

El hospital es una casa de interés público, y llama entonces la atención, la ausencia de normas mínimas para la habilitación o funcionamiento de ellos en nuestro país.

Creemos necesario que el gobierno establezca una oficina de Censo y Planificación hospitalaria, actuando bajo el concepto que el Ministerio de Salud Pública obra sobre toda la salud pública, siendo su interés tanto el paciente pudiente como el indigente, toda la nación y sus habitantes, toda la colectividad y no funcionando con el concepto equivocado de preocuparse exclusivamente de sus propios hospitales.

La función de establecer normas es indelegable para un gobierno; una oficina de este tipo debe asesorar, evaluar y hacer recomendaciones a todos los hospitales del país, públicos y privados e impedir el funcionamiento de los hospitales que no las acepten o las cumplan.

Es a lo que tiende la reciente formada Asociación de Administradores de Hospitales del Uruguay (AUAH).

Todo, absolutamente todo lo que dispone el Cuerpo Médico o la Ciencia Médica del país, debe de llegar a todos y cada uno de sus habitantes, en el sentido de la reparación o recuperación de su salud.

Como no es posible que todos los recursos económicos y humanos, estén disponibles en todo momento y en cada lugar del país, es necesario organizar esos recursos para que puedan ser obtenidos y dispuestos. De ahí entonces que los hospitales se clasifican según su actividad en hospitales de agudos, en hospitales de crónicos, en hospitales de especialidades, etc., y de ahí además la necesidad de regionalizar, de organizar geográficamente los recursos humanos y económicos de la salud para que éstos puedan ser tributados a todos los individuos.

Resumiendo pues, una acción de gobierno es necesaria y en estos aspectos:

- 1. El Ministerio de Salud debe actuar en interés de toda la colectividad y no sólo y exclusivamente en atención a los indigentes.*
- 2. Debe crear una oficina de Censo y Planificación de Hospitales.*
- 3. Debe delimitar los hospitales según sus funciones (de agudos, de crónicos, de especialidades) o sus servicios.*
- 4. Debe regionalizar el país sanitariamente de acuerdo: a la población, a los recursos sanitarios y a las vías de comunicación.*
- 5. Debe evaluar anualmente cada hospital en el intento de mejorar progresivamente su calidad.*

6. *Debe crear un fondo nacional de Fomento y Promoción de hospitales que los mejore en cantidad y calidad.*
7. *Para lograr una descentralización ejecutiva eficaz debe designar directores de regiones sanitarias y de hospitales técnicos en administración sanitaria y hospitalaria y dotar a cada hospital de un presupuesto según el rendimiento social del hospital, según su producción. El manejo de ese presupuesto será local y a cargo de Directores y Juntas de Gobierno integradas por participantes de la colectividad.*

El relato pasaba revista además a Normas Mínimas para Hospitales, en diversos capítulos que se resumen así: ¹⁷

- I. Administración
- II. Cuerpo Médico
- III. Servicios Clínicos
- IV. Facilidades Diagnósticas y Terapéuticas
- V. Servicio de Enfermería
- VI. Departamento de Alimentación
- VII. Sala de Emergencia (Policlínicas)
- VIII. Servicio Médico-Social
- IX. Historias Clínicas e Informes
- X. Planta Física: Nuevas construcciones, ampliaciones y reconstrucciones
- XI. Facilidades y Prácticas de Saneamiento
- XII. Hospitales de Tuberculosis
- XIII. Hospitales para enfermos Nerviosos y Mentales
- XIV. Hospitales de Crónicos y Convalecientes

* * *

En mayo de 1963 publica en *El Día Médico Uruguayo*, Año XXIX, No. 361, un artículo sobre INCIDENCIA DE LA OXIURIASIS EN UNA PO-

¹⁷ Llama poderosamente la atención que a más de 50 años de estos planteos, el Ministerio de Salud Pública no haya asumido auténticamente esta responsabilidad indelegable, y el hecho de que la mayoría de los hospitales públicos y privados del País carecen de las habilitaciones correspondientes, que sí se exigen a cualquier organización de menor porte y menor participación en la carga de la organización sanitaria nacional. Sin duda, otro debe para anotar en la cuenta del olvido. Ni qué decir que la Acreditación de Hospitales, que Margolis, Joaquín Purcallas Serra, Hugo Villar, Aron Nowinski y Julio C. Ripa tanto insistieron desde el punto de vista teórico, no es aún hoy una realidad incorporada a las prácticas rectoras del organismo que tiene competencia nacional en materia de salud, que desde 1934 es el Ministerio de Salud Pública. Tal vez sus autoridades, a lo largo de los años, no se han podido enterar de que esa actividad es fundamental para dotar de calidad a los servicios de atención de salud.

BLACIÓN SANA: el tratamiento del foco familiar con Pamoato de Pirvinio. Trabajo realizado en colaboración con Elbio Gezuele y Berta Furis.¹⁸

Este trabajo de campo fue realizado en el Centro de Salud del Cerrito de la Victoria del MSP, por personal del Centro y de las Cátedras de Higiene y de Parasitología de la Facultad de Medicina.¹⁹

En las CONCLUSIONES establece:

Partiendo de una población supuesta sana, se encuentra infestación oxiurásica en más de la mitad de las 43 familias estudiadas, concretamente en el 53,5%. En la mayoría, se trataba de portadores asintomáticos u oligosintomáticos que no motivaban consulta médica; sin embargo, el tratamiento era aceptado de buen grado por las familias, por la inocuidad y la facilidad de ingerir el oxiuricida de dosis única, y porque en nuestro ambiente en general el oxiuro es conocido y las madres sabían la sintomatología que podía provocar.

Señalamos que el número de individuos positivos fue elevado, de un 37,5% del total estudiado. Ese porcentaje es del 57,5% si consideramos los positivos dentro de las familias infestadas. Son porcentajes equiparables a los otros ambientes, y también a los estudios nacionales realizados en medios hospitalarios o en policlínicas parasitológicas, mientras que nuestro trabajo partió de una comunidad que concurría al Centro de Salud por un examen médico-preventivo.

Respecto de la técnica usada, señalamos la practicidad del método de Graham y su variante, la “espátula adhesiva” de [José Raúl] López-Fernández, que permite realizar las tomas en los niños a cargo de la misma madre y en las mejores condiciones, es decir, al despertarse, antes de exonerar el intestino y de levantarse del lecho. Otros autores indican que en estas circunstancias es que se logra el mayor número de positivos y el mayor número de huevos por lámina.

El método de la espátula adhesiva presta su mayor utilidad, cuando se realizan varias tomas por individuos y se estudia el mayor número de miembros de cada familia. Por razones prácticas, se preconiza la realización de por lo menos 3 tomas por persona sospechosa, y es conveniente estudiar los hermanitos del niño, dado que en la infancia es más grande la incidencia de oxiuriasis que en los adultos.

Respecto de la incidencia por grupos de edades, ya se encuentran oxiuros desde los primeros meses, siendo el positivo más joven de nuestra serie, un lactante de 3 meses de edad. La infestación va en aumento en las edades preescolares y escolares, siendo de un 77,8% en el grupo de 6 a 14 años (porcentaje en relación a las familias positivas).

18 MARGOLIS, Efraín, GEZUELE, Elbio y FURIS, Berta. Incidencia de la Oxiuriasis en una población sana. El tratamiento del foco familiar con Pamoato de Pirvinio. Apartado de *El Día Médico Uruguayo*, Año XXIX, No. 361, mayo de 1963. Editorial Médica García Morales-Mercant S.A., Montevideo 1963, 22 páginas. El artículo original fue publicado en los números 361 y 362, de mayo y junio de 1963, de *El Día Médico Uruguayo*.

19 Actualmente es el Centro de Salud “Dr. Antonio Giordano”.

Debido al escaso número de individuos estudiados, no se pudo determinar la incidencia racial del parásito, ni la relación con apendicopatías o con la falta de apéndice por extracción quirúrgica.

Finalmente, se estudia el oxiuricida de dosis única, Pamoato de Pirvinio, que se administró casi sin incidentes a 115 personas (1 caso de náuseas y 2 familias con diarreas leves). Realizado el control en fechas variables, pero oscilando entre los 12 y los 32 días de la toma del oxiuricida, se comprobó la negativización de todas las personas originariamente positivas; anotamos que el control se practicó solamente al 77% de los individuos.

Solamente en un adulto fuera de la serie, fue ineficaz el tratamiento y dio también algún trastorno (constipación en una toma, diarrea en otra al mes).

Se aconseja, en las reinfestaciones, o en los casos muy parasitados, repetir la dosis de 5 mgr por kg de peso, a la semana y a las dos semanas, para romper el ciclo de la reinfestación oral o retrógrada y liquidar las recidivas.

El pamoato de pirvinio debe ser administrado a toda la familia para obtener éxito en el tratamiento individual, y abre un nuevo camino en la profilaxis de masas, fundamentalmente por ser atóxico y no resistirse su ingestión en base a que se trata de una única dosis.

Para concluir, señalamos la utilidad que en todo trabajo de salud con la comunidad, constituye el equipo de trabajo de varias disciplinas, en que se incluye el médico, el laboratorista, la enfermera, la educadora, etc. Gracias al funcionamiento en equipo, se puede lograr metas que el trabajo individual nunca puede alcanzar. Y el Centro de Salud es el lugar natural donde se constituye este tipo de equipo de salud pública.

* * *

EDUCACIÓN FÍSICA – DEPORTES. Este artículo fue elaborado por Margolis y publicado en un mimeografiado de tamaño oficio, de 11 páginas en doble faz, de una publicación mayor que desconocemos. Lleva la fecha 15 de noviembre de 1963.

Allí Margolis expresa:

Este tema es un capítulo fundamentalmente vinculado a la promoción de la salud. Aunque, eventualmente, distintos aspectos relacionados a la educación física puedan ser útiles para la rehabilitación y para la curación de determinados tipos de enfermedades. Por ejemplo, hay enfermedades como la poliomielitis, que ya sea en la etapa activa, y sobre todo en la etapa de rehabilitación, cierto tipo de deportes interviene en otros aspectos u otros niveles de salud que la promoción propiamente dicha.

Destaca varios capítulos:

1. Definición e Importancia, comprendiendo

- a. La educación física
- b. Los deportes
- c. Las competencias
2. Caracteres y finalidades del ejercicio físico
3. Las indicaciones de los deportes según los sexos y según la edad:
 - a. En la primera infancia
 - b. En la edad pre-escolar
 - c. En la edad escolar
 - d. En la adolescencia
 - e. En la edad adulta
 - f. Clasificación de los tipos de deportes
4. Control médico del deporte y del deportista
 - a. Acción del Médico
 - i. Médico práctico
 - ii. El sanitarista
 - iii. El médico del deporte
 - b. El examen médico preventivo
 - c. Higiene de los Locales donde se practica el Deporte
5. Educación sanitaria
6. La vigilancia del entrenamiento
7. Profilaxis de Enfermedades y Accidentes
8. La Educación Física en el Uruguay. La C.N. de E.F.
 - a. Historia
 - b. Integración
 - c. Los fines de la Comisión Nacional de Educación Física
 - d. La forma de acción de la CNEF y el Instituto Superior de Educación Física
 - e. El Departamento Médico
 - f. Datos Estadísticos
9. En el RESUMEN señala: Lo más importante del tema Educación Física es lo que tiene que ver con el deporte en la educación integral del individuo y de las comunidades como forma de promover la salud y el bienestar físico y un correcto uso del tiempo libre.
 Desde el punto de vista médico interesa el control de la Educación Física que permite el mejor aprovechamiento de la práctica de deportes por cada individuo sin riesgos para su salud.
 Desgraciadamente, tenemos que decir que en el Uruguay, la Educación Física se hace fundamentalmente para personas que buscan competir y en muy pequeño grado para la población en general.

* * *



En el 8º Congreso Médico Social Panamericano (Montevideo, marzo 1964) junto a su esposa Raquel, Dres. Hugo Barone, Omar Barreneche, Aron Nowinski y Hugo Villar. Detrás Hugo C. Sacchi. (Archivo histórico SMU).

En mayo de 1964 publica en *Archivos de Pediatría del Uruguay*, Año XXXV. No. 5, Mayo de 1965, pp. 282-292, un artículo junto a Ramón Carlos Negro Tellechea e Irma Gentile Ramos, un artículo sobre EPIDEMIA DE ICTERICIAS EN UNA MATERNIDAD.

Allí se describe que en los últimos días del año 1961 y principios de 1962, aparecieron varios casos de ictericia entre los recién nacidos del Sanatorio Obstétrico de una Sociedad de Producción Sanitaria de Montevideo. La llamativa intensidad de algunos de estos casos creó una situación de alarma, que motivó la puesta en marcha de medidas especiales de investigación y asistencia.

El estudio se refiere a un período de 29 días, que va desde el 26 de diciembre de 1961 al 23 de enero de 1962. En ese plazo nacieron en dicha maternidad 151 niños (teniendo en cuenta sólo los recién nacidos vivos); 35 en diciembre y 116 en enero.

Las ictericias importantes fueron 16 (una en diciembre y 15 en enero) lo que constituye el 10,66 por ciento de los nacidos vivos.

Las CONCLUSIONES de este trabajo señalan:

Del análisis retrospectivo de la epidemia surge que la división en dos etapas es un hecho innegable. En la primera, antes de que se eliminara experimentalmente la mayor parte de los agentes sospechosos: 1) las ictericias fueron más intensas; 2) hay elementos a favor de la hemólisis y 3) aparte del “Demerol”, el factor iatrogénico más sospechoso y común a todos los casos fue la vitamina K en dosis muy elevadas (en un preparado con clorobutanol y propilenglicol) y bajo la forma de bisulfito sódico de menadiona, capaz de dar cuadros similares a los observados, aún en ausencia de los agregados citados.

Estos pueden haber actuado como agravantes de la acción de la vitamina K, porque requieren, al igual que el “Demerol”, una integridad de la funcionalidad hepática que el recién nacido no tiene. En la segunda etapa: 1) La mayor parte de los casos fue de menor intensidad; 2) Uno recibió otro tipo de vitamina K, pero a la dosis de 15 mg con el agravante de haber nacido por cesárea y haber recibido una alimentación insuficiente, debido a que tenía vómitos; 3) Los casos restantes entran en el cuadro de las ictericias fisiológicas, cinco de ellas agravadas por la deshidratación.

Como RESULTADOS POSITIVOS DE ESTA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA, los autores destacan:

1. *Permitió ajustar las medidas de rutina en el manejo de madres y recién nacidos;*
2. *Demostró el uso innecesario, exagerado y muchas veces no documentado en las historias, de altas dosis de vitamina K;*
3. *Descubrió la inexactitud en cantidad y composición, de un producto comercial de uso corriente;*
4. *Destacó la importancia del contralor de la temperatura ambiente de la “nursery” y de la hidratación correcta de los recién nacidos;*
5. *Mostró que la sustitución de glucosa por azúcar común era de excelente rendimiento y tolerancia, a un costo mucho menor;*
6. *Fue de resultados totalmente satisfactorios, por la curación de los niños, que justificó todos los esfuerzos realizados;*
7. *La seriedad de la investigación y sus resultados positivos hicieron que se mantuviera el prestigio de la institución, aún frente al honesto reconocimiento de factores iatrogénicos como causantes de la epidemia.*

Las RECOMENDACIONES fueron de utilidad en los distintos niveles:

- a. *Pediatras y obstetras tuvieron oportunidad, para un conocimiento más amplio del problema de las ictericias del recién nacido y de su responsabilidad en la producción o agravación de las mismas;*
- b. *Las autoridades administrativas de la institución tuvieron oportunidad, frente a una situación de emergencia, de investigar y ajustar procedimientos de rutina, valorar los recursos humanos y materiales con que contaban y adoptar,*

- en forma permanente, algunas de las recomendaciones que se hicieron en aquel momento a título experimental.*
- c. Todos los colaboradores (de laboratorio, hemoterapia, enfermería, etc.) obtuvieron también mejor información sobre el problema, tomaron conciencia de su responsabilidad, tuvieron ocasión en corto plazo de una evaluación de su eficiencia y de la importancia que pueden tener aún en las tareas aparentemente más triviales, los integrantes del equipo.*
 - d. Es de desear que, también, esta experiencia pueda ser de utilidad para otras maternidades, para las autoridades de Salud Pública y para los laboratorios de especialidades farmacéuticas.*

ANTE FUTURAS CIRCUNSTANCIAS SIMILARES, creemos que la conducta puede ser igual, con algunos ajustes. De acuerdo a nuestra experiencia, destacamos:

- 1. La importancia de un mismo equipo, para que los resultados puedan ser comparables y haya uniformidad de criterios semiológicos, tácticos, de laboratorio, etc.*
- 2. La efectiva colaboración administrativa para su cumplimiento, factor con el que contamos ampliamente para la ejecución de los planes trazados;*
- 3. La comprensión de todos los miembros vinculados a la investigación, de su responsabilidad individual. Aquí, la respuesta no fue uniforme por parte de los médicos (ejemplo de la encuesta), no por mala voluntad, sino por falta de una adecuada educación sanitaria.*

EN SUMA: Se analizan los resultados de una investigación motivada por un brote de ictericias intensas entre los recién nacidos de una maternidad. Se hacen consideraciones clínicas, etiopatogénicas y terapéuticas sobre el particular, destacando la utilidad de la investigación epidemiológica realizada. Surge de la misma, como fundamental papel etiológico, el empleo de vitamina K (bisulfito sódico de menadiona) a altas dosis, posiblemente agravado por el agregado de clorbutanol y propilenglicol, del producto comercial inyectado. Se analiza, además, la posible responsabilidad de otros agentes, destacando la importancia de la deshidratación como agravante de la ictericia fisiológica. Los autores creen, de acuerdo a los resultados positivos de la investigación, que de ella pueden surgir recomendaciones útiles para situaciones similares.

Los autores señalan en una nota final que Por razones obvias se ha omitido en la publicación la marca comercial de la vitamina K incriminada, especialmente teniendo en cuenta que, desde que se inició la investigación, dicho producto fue retirado del uso público, en una comprensiva actitud del laboratorio, que mucho agradecemos.

Las enseñanzas que surgen de este estudio epidemiológico, ante una situación de alarma en una importante maternidad, muestra la calidad de haber integrado un equipo con dos Maestros de la Pediatría y la Infectología pediátrica, con un Epidemiólogo, que permitió llegar a determinar la causa raíz del problema y darle solución. Dentro de un marco de relacionamiento ético con la industria farmacéutica, a quien lealmente informaron del problema y en consecuencia el fabricante dejó de comercializar el producto. Se mantuvo la buena imagen institucional, y se tomó la enseñanza incidental, que mucho benefició al personal médico, de enfermería, de laboratorio y de hemoterapia de la institución. Además de brindar una información amplia, a través de este artículo, para evitar situaciones similares en otras maternidades.

* * *



Expositores: Ing. Rucks, A. S. Kruse, Arq. Basil, Dra. Obdulia Ébole, Maestro Soler y Dr. Margolis. En la Mesa Redonda sobre Desarrollo de Cominidades organizada por el Departamento de Extensión Universitaria y Acción Social de la UdelaR, agosto 1961. (Archivo RHRdeM).

DESARROLLO DE COMUNIDADES

Versión de la Mesa Redonda organizada por
el Departamento de Extensión Universitaria y
Acción Social de la Universidad en Montevideo,
Agosto de 1961.



Publicación del Departamento de Extensión Universitaria y Acción Social
Universidad de la República, 18 de Julio 1824, Montevideo-Uruguay

(Archivo RHRdeM)

ALGUNOS RECUERDOS PERSONALES

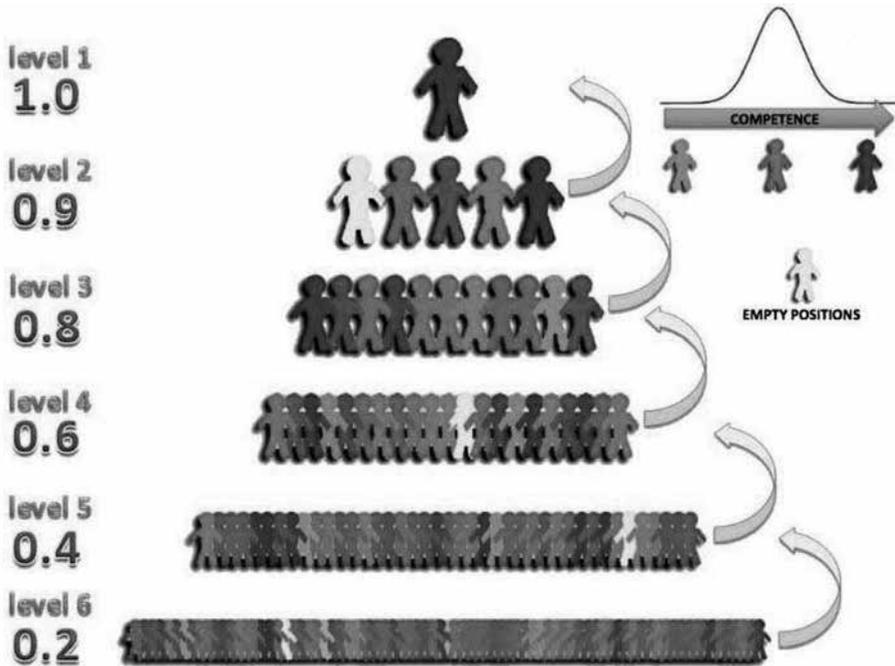
AEfraín Margolis lo conocí a poco de ingresar yo al SMU como Secretario de la Confederación Médica Panamericana y Secretario de Comisiones del Sindicato en mayo de 1964. La evolución del trabajo y la cercanía con su lugar de trabajo, hizo que cada vez en los años siguientes la relación fuera más amistosa. Él trabajaba en el 1er. Piso del Palacio Sindical “Dr. Carlos María Fosalba”, donde entonces estaba la Administración General del CASMU (Arenal Grande y Colonia) y por mi parte, trabajaba en el 2º piso, destinado por entero a las funciones gremiales y sociales del SMU. Cada vez se fue haciendo más cercana la relación, aun manteniendo la distancia por la jerarquía que él tenía en la conducción institucional, pero ese trato frecuente me permitió ir valorando sus virtudes y capacidad de trabajo. Durante los últimos años de la Dictadura, lo volví a encontrar en Maldonado, donde yo residía y él veraneaba, y allí retomamos contacto en una relación de amistad y cercanía que fue creciendo en el tiempo. Al retornar yo al SMU en abril de 1985, luego de 10 años, nuestros coloquios fueron más frecuentes. Siempre se acercaba con su vestimenta sanatorial (túnica impecable) y trayendo algunos libros o documentos para aportar, para leer, para informar al Comité Ejecutivo o a alguna Comisión, o simplemente para compartir. Leyó y comentó trabajos míos y siempre fue generoso en las sugerencias y aporte de bibliografía. Entre 1986 y 1987 me tocó trabajar con él en la Dirección del CASMU, como Adjunto de Administración Médica. Allí participábamos del trabajo diario, en múltiples comisiones, y en las reuniones del equipo de 18 personas, los martes a las cinco en punto de

la tarde. Margolis era un puntual asistente, que siempre traía elementos de interés docente para compartir con los demás compañeros. Sus comentarios, siempre atinados, y recogiendo su rica experiencia, hacían de aquellos encuentros una ocasión de aprendizaje fundamental. Allí llevó un día para incorporar al Orden del Día, el famoso Principio de Peter de la Administración, sobre el cual hizo una exposición y comentarios, que fueron el deleite de todos. El principio de Peter es aquel que establece que en las organizaciones, cada cual asciende hasta el nivel máximo de su incompetencia.²⁰ No había alusión personal para nadie, pero era una suerte de medicina preventiva para evitar caer en esas situaciones.



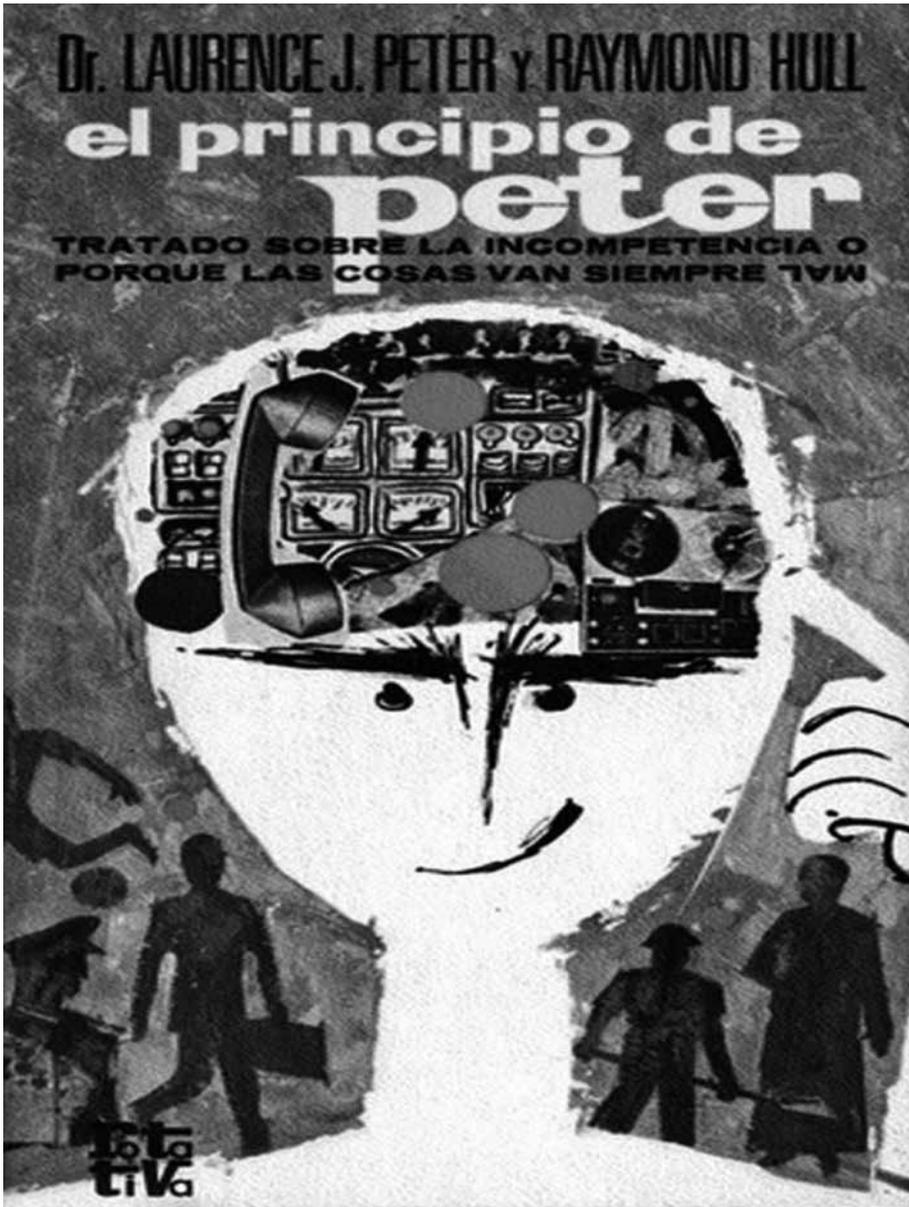
Laurence J. Peter (1919-1990)

20 El **principio de Peter** o **principio de incompetencia de Peter**, está basado en el «estudio de las jerarquías en las organizaciones modernas», o lo que Laurence J. Peter denomina «hierachiology» («jerarquiológia»). Afirma que las personas que realizan bien su trabajo son promovidas a puestos de mayor responsabilidad, de forma tal que cuando no pueden formular ni siquiera los objetivos de un trabajo, alcanzan su máximo nivel de incompetencia. Este principio, formulado por el catedrático de ciencias de la educación de la Universidad del Sur de California en su libro *The Peter Principle*, de 1969, afirma que: En una jerarquía, todo empleado tiende a ascender hasta su nivel de incompetencia: la nata sube hasta cortarse. Laurence J. Peter (1919-1990).



Eran tiempos difíciles en lo económico y financiero para el CASMU. En aquellos pocos meses, una acción coordinada y eficaz, disminuyó el déficit operativo del 25% mensual al 6% mensual, no sin abundantes disgustos y dolores de cabeza con el trabajo diario, que implicaba muchos cambios culturales que desconocían la implicancia del trabajo y la rutina de cada uno en la resultancia económica final. Así pudimos reducir compras totalmente innecesarias, modificar procedimientos onerosos por otros más racionales y menos costosos, aplicar procedimientos transparentes para la adquisición de insumos y no estar atados a un mismo proveedor por comodidad, en una tarea delicada pero gratificante. Eso sí, dejando mucha energía al término de cada jornada. Porque había que explicar a cada jerarca, médico o administrativo, que habían prácticas que no se podían seguir empleando, como hacer stock para seis meses, cuando no se sabía si a fin de mes se iban a poder pagar las facturas y los sueldos; o discutir con destacados profesores la pertinencia de pedir productos puros para análisis, en lugar de otros de bajo costo que sólo intervenían en el lavado mecánico de un proceso. Siempre llegábamos a acuerdo, no sin arduas y largas discusiones.

Allí pude apreciar directamente la calidad de Margolis cuando reestructuró el Vademecum y *eliminó más de 1.000 productos*, como comenté en otra parte de este recuerdo y lo veremos con mayor detalle en la entrevista con la Dra. Aída Rey Álvarez que fue su más estrecha colaboradora en el área del Medicamento. Y la naturaleza de las charlas que mantenía con los represen-



tantes de la industria farmacéutica para demostrarles que se requería precio y calidad, y no la imposición de una marca porque los médicos estuvieran acostumbrados, a través de la propaganda profesional, a determinados productos.

* * *

Una característica de todos los trabajos de Margolis, es que al finalizar cada uno lo acompañaba una extensa bibliografía nacional e internacional del tema considerado. Lo que daba fundamento y respaldo a las conclusiones extraídas. Eso formaba parte de la metodología científica que aplicó durante toda su vida al estudio y solución de los más diversos temas, tanto asistenciales como administrativos, como puede apreciarse ya desde sus trabajos en tiempos de estudiante y practicante interno en las Clínicas Médicas y Quirúrgicas. Su sentido lógico de encarar los problemas, aplicando el razonamiento y las herramientas de la Epidemiología, le permitieron ser un referente permanente en la Administración de Servicios de Salud, disciplina en la que se consagró como uno de los mejores docentes. Porque no sólo tenía amplia formación teórica, sino que la misma era acompañada por un permanente trabajo diario con los más diversos problemas clínicos y como responsable en la administración de la mayor organización de salud colectiva privada del país durante más de treinta años así como en su relacionamiento con los colegas y con el personal del equipo de salud.

Bregó siempre por trabajar en equipo integrando comisiones en los más diversos ámbitos, a los que aportaba, como estímulo, abundante documentación pertinente, que siempre resulta ser la más adecuada para motivar la discusión y el encare del tema específico.

Una de sus grandes tareas fue la de encarar con un criterio profesional y renovado la confección del Vademecum institucional, partiendo de bases teóricas muy firmes, y de principios éticos incorruptibles. Así conformó un amplio Vademecum en el CASMU, que permanentemente revisaba y ajustaba, eliminando la medicación polivalente procurando el uso de las monodrogas, como criterio de farmacología clínica fundamental. Eliminó las asociaciones de fármacos que eran de dudosa utilidad clínica, o totalmente ineficaces y también los productos que habían entrado a ser obsoletos, pero que por *vis a tergo* o por inercia se seguían comprando y recetando. Esas racionalizaciones la hizo acompañado por Aída Rey Álvarez, una destacada docente de Farmacología que le acompañó muchos años en la tarea como asesora técnica en el área de Medicamentos. Me correspondió estar muy cerca de él, trabajando cotidianamente, cuando hizo una de las grandes revisiones del Vademecum, eliminando cerca de 1.000 productos por no reunir las condiciones antedichas. Pero también a la hora de negociar con los proveedores de la Industria Farmacéutica, era famoso por su sagacidad para obtener los productos de mejor calidad al mejor precio. Entrevistaba a cada uno de los representantes, generalmente los gerentes de los productores, y se manejaba con los precios, conociendo los de toda la competencia. En algún momento sacaba de un bolsillo un papelito con sus anotaciones y le hacía

saber que su producto era muy bueno, pero que estaba tanto por encima de la competencia, y si quería entrar lo que vendía, tendría que hacer una rebaja sustancial. Grandes disgustos llevaron los proveedores cuando sus productos quedaban fuera del listado, porque haber ingresado al Vademecum del CASMU era un timbre de calidad que luego ellos utilizaban ante las demás instituciones como argumento para justificar la inclusión de sus productos.

No obstante lo cual era profundamente respetado entre los representantes de la industria y de sus Cámaras, tal vez por esa condición y ese profundo conocimiento técnico con que manejaba sus decisiones, que eran para favorecer a la institución. Lo invitaron en más de una ocasión a dictar conferencias sobre sus ideas en torno al medicamento, lo que hizo con abundante documentación. Era infaltable en las reuniones que a fin de año hacían las Cámaras que agrupaban a los Laboratorios Nacionales y Extranjeros, en las que era recibido con afecto y simpatía.

Como Director de Sanatorios y como Director-Asistente del CASMU, recorría sistemáticamente el hospital que le correspondiera, haciendo observaciones útiles al personal, conservando siempre el talante amable y esa sonrisa pícara que le acompañaba, lo que suavizaba la relación y hacía más fácil que el contacto con él fuera una acción de pedagogía integral. Enseñaba analizando con médicos y enfermeras los problemas diarios extrayendo conclusiones positivas que le servían para mejorar los servicios.

Tan importante como silenciosa era su labor. Un trabajador incansable, que permanentemente estaba atento a las lecturas de revistas especializadas, con lo cual estimulaba al personal de todos los niveles a actualizarse en sus conocimientos. Por eso mismo tuvo la mayor confianza del Dr. Alberto Rosendo Grille González mientras fue Administrador General, hasta que Grille fue destituido por la Intervención en 1976.

A partir de ese momento, la situación de Margolis se tornó inestable y se sintió amenazado de ser despedido durante mucho tiempo con los sucesivos interventores. El SMU y el CASMU tuvieron cinco interventores. Pero el último y de más larga actuación, por casi nueve años, el Dr. Héctor Pollero Corradi, luego de informarse y verlo actuar, llegó a la conclusión de que era la persona más valiosa que tenía en la Institución y que su destitución hubiera significado la ruina de su gestión. Por lo cual lo mantuvo y consultó permanentemente, le confió la edición de un Boletín para el Cuerpo Médico, y le permitió realizar publicaciones institucionales que fueron piezas claves en la interpretación de algunos fenómenos. Me refiero muy especialmente a su trabajo *El Medicamento y el Costo de la Atención Médica*, editado por el SMU en 1981.



Celebrando la adquisición del Sanatorio No. 2 del CASMU: de frente, izq a der: Alberto Grille, César V. Aguirre, Julio Piñeyrúa, Ignacio Tito Carrera y Victor Armand Ugón. De espaldas: Walter García Fontes (1956). (Archivo histórico SMU).

Su acción en este campo se tradujo también en valiosas iniciativas para realizar compras colectivas del sistema mutual, intentando extender la racionalización a través de acuerdos con otras grandes instituciones. Hizo el esfuerzo, se anunció públicamente, pero luego las diversas visiones no permitieron que prosperara esa idea de una gran central de compras que hubiera mejorado la economía de las instituciones, por cuanto cada una tenía, como decía Julio C. Ripa Barbieri, “el sueño de su cañoncito propio”.

Compartimos también en el ámbito gremial el trabajo semanal en la Comisión de Publicaciones que tenía a su cargo la edición del Boletín *NOTICIAS*, en tiempos que lo dirigía el Dr. Ramón Carlos Negro Adami, y actuaba el periodista Luis Casal Beck, donde Margolis siempre aportaba sus puntos de vista que defendía con argumentos y buscando volcar su rica experiencia de comunicador en cuestiones de salud y vinculadas a la profesión médica. Allí dejó páginas memorables, como su recuerdo de Joaquín Purcallas, hecho por quien más podía conocerlo y apreciarlo.

SU FORMACIÓN ACADÉMICA

La formación académica de Efraín Margolis como administrador de hospitales no se circunscribió a los Cursos realizados en Uruguay, que fueron pocos, pero intensos, de los que participó junto a los demás integrantes de la Dirección del CASMU, Grille y Purcallas, sino que realizó una Maestría en Salud Pública y se especializó en administración de hospitales, salud pública y planificación de salud y en 1968 y 1969 en la Universidad Central de Caracas, Venezuela, que incluyó una residencia de seis meses en un hospital estadual de la frontera Oeste de ese país.

Permanente viajero, recorrió el mundo llevando la inquietud de conocer los sistemas de salud y traer en prolijos y circunstanciados informes, todo lo que recogía en esos contactos, que acompañado de su compañera Raquel le permitieron conocer diferentes realidades en distintos momentos, siempre con gran provecho para el País.

* * *

Como docente del Curso de postgrado para administradores de salud, Margolis dictó un curso sobre INFECCIONES HOSPITALARIAS en una reunión científica que tuvo lugar en el Instituto de Higiene el 27 de agosto de 1964. En una síntesis de ese trabajo al que pudimos acceder, definía la importancia del problema de las infecciones hospitalarias, que, decía, *ha tomado gran relevancia en los últimos 15 años, vinculado a dos aspectos: la aparición*

de cepas antibiótico-resistentes de varios gérmenes, en especial estafilococos, y la preocupación de administradores, sanitaristas y cirujanos por erradicar este grave riesgo para todo paciente que se ve obligado a asistir parte de su enfermedad en un Hospital. El mayor riesgo ha sido el de los lactantes y el de los enfermos operados. Hemos elegido para este estudio el tema de las infecciones hospitalarias, consideradas con el siguiente criterio: " Toda contaminación presunta o real de la herida operatoria, en que aparezcan los elementos clásicos de la inflamación y exista secreción de serosidad o pus".

En su trabajo estudió las siete infecciones post-operatorias ocurridas en 700 enfermos operados en el Sanatorio No. 2 del CASMU, entre el 26 de setiembre y el 16 de diciembre de 1963 (cuando aún no estaba habilitado el nuevo Centro Quirúrgico). Exponía la metodología y técnica empleada mediante la presentación de placas de Petri para el estudio de la contaminación del aire en las Salas de Operaciones y los procedimientos empleados luego de la constatación del germen en causa. En las conclusiones sintetiza:

Hemos realizado un estudio bacteriológico y epidemiológico sobre las infecciones quirúrgicas en un ambiente Sanatorial de régimen de internación en piezas [habitaciones] con uno o dos pacientes. Analizados los distintos elementos profilácticos usados, los más importantes han sido:

- Aislamiento de los pacientes infectados y del material.*
- Denuncia e investigación sistemática de cada infectado.*
- Búsqueda de portadores y su esterilización o cambio de tareas.*
- Contralor bacteriológico de los medios de esterilización y materiales usados, así como de la contaminación del aire de las salas de Operaciones.*
- En fin: adecuado planeamiento, construcción y mantenimiento de los hospitales, de acuerdo a normas de prevención de infecciones.*

Los hechos más importantes que aparecen en este trabajo son los siguientes:

- a. Bajo índice de infecciones durante la estadía hospitalaria.*
- b. No hay infección cruzadas (salvo algún caso dudoso).*
- c. Se notó que había resistencia bacteriana a los antibióticos de uso más frecuente (penicilina, estreptomycin y tetraciclina).*
- d. En el estudio de la vía aerógena, los índices pueden considerarse aceptables.*

No se registrarían hasta 1986 avances en el estudio de las Infecciones Hospitalarias en el CASMU, cuando Aron Nowinski, desde la Dirección General integró un Comité de Infecciones que integraron, entre otros los Dres. Homero Bagnulo y Walter Pedreira junto a la Adjunta de Administración Dra. María Julia Muñoz, cuando se hizo un censo de infecciones en todos los hospitales de la institución y se dieron pautas que incluyeron la educación de los encargados de limpieza, que desconocían que mezclar



Curso Básico de Administración Hospitalaria realizado en el Hospital de Clínicas en 1965. De izq. a der., sentados: [sin identificar], Alberto Grille, Juan de Dios Gómez Gotuzzo, [sin identificar], Moisés Cohen, [sin identificar], [sin identificar], [sin identificar]; de pie: Roberto Mariño, [sin identificar], [sin identificar], [sin identificar], Julio Chifflet, Hugo Villar, Aron Nowinski, Ceibal Artigas, Mario Pochintesta y Efraín Margolis. (FDAN).

detergente e hipoclorito, para ir más ligero, inactivaba los productos y favorecía las infecciones. Para entonces, la complejidad de la institución había crecido mucho, con varios Centros de Cuidados Intensivos de adultos y pediátrico, modernos blocks quirúrgicos y una prevalencia mayor de infecciones hospitalarias.

* * *

La Medicina Preventiva en las organizaciones asistenciales fue un tema recurrente en sus publicaciones. En la edición de *El Día Médico Uruguayo (Suplemento)* Año V, Número 63, enero de 1970, publica un artículo sobre MEDICINA PREVENTIVA EN LOS HOSPITALES. Este trabajo, que suscribe con el Dr. H. Villamil (de Venezuela) formó parte de su Curso de Administrador de Hospitales realizado en la Escuela de Salud Pública de la Universidad Central de Venezuela en el período 1968-69. La parte práctica se efectuó mediante una residencia de 6 meses en un hospital del interior, sito cerca de la frontera de Colombia, el Hospital Central de San Cristóbal, dependencia del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Se trata de un hospital general, de agudos, con todas las especialidades médicas y quirúrgicas, dotado de casi 600 camas. Incluso efectúa docencia con los estudiantes de 5° año de la Facultad de Medicina de Mérida, no muy distante de San Cristóbal. Expresa Margolis:

Durante nuestro trabajo en el Hospital realizamos un estudio sobre las actividades de Medicina Preventiva que debería haber en todo Hospital moderno. Del mismo



Joaquín Purcallas, Walter García Fontes y Alfredo Ruiz Liard (Archivo histórico SMU).

transcribimos la parte central, conceptual, sobre esas funciones médico-preventivas. Confiamos pueda ser de utilidad para el país, pues entendemos que se debe terminar con la actual disociación entre lo curativo y lo preventivo.

Amplia experiencia tenía antes de hacer este Curso Margolis en materia de Medicina Preventiva en un hospital, por cuanto en el CASMU se había desarrollado el Departamento de Medicina Preventiva, el primero que tuvo una institución de asistencia médica colectivizada en el País, ya desde mediados de la década de 1950, bajo la dirección permanente del Prof. Dr. Federico J. Salveraglio, que había sido su Maestro en la Cátedra de Higiene y sería luego de renunciar a esa Cátedra, el Catedrático y Director del Departamento y Clínica de Enfermedades Infecciosas de la Facultad de Medicina y el Ministerio de Salud Pública, en el Instituto de Higiene “Dr. Arnoldo Berta”, de Montevideo.

* * *

ACTUACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL

Entre el 12 y el 31 de octubre de 1970 asistió al Seminario sobre Cursos de Perfeccionamiento para Personal Médico en la URSS, bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud y el Gobierno Soviético. Concurrió a ese Seminario como único delegado uruguayo, en representación de la Facultad de Medicina y designado por el MSP como postulante ante la OMS, cuya sede de Ginebra le otorgó una beca a tales efectos. Esa concurrencia dio motivo a dos informes mimeografiados de 25 páginas uno, y otro complementario de 18 páginas formato oficio. De un total de 20 participantes, 10 eran africanos, 5 asiáticos, 3 de Europa del Este y 2 latinoamericanos, un chileno y un uruguayo. O sea 5 de países socialistas, 6 del África negra, 5 de países árabes y 4 de otros países subdesarrollados de Asia y América. Durante esa estadía recorrieron diversas instituciones en las ciudades de Moscú y Leningrado, así como de la República de Georgia, para conocer organismos a nivel local.

En el segundo informe, fechado en abril de 1971, brinda un panorama general, que permite tomar idea clara de la organización de la atención de salud en la URSS de aquellos años, así como también de la situación del profesional de la medicina y las profesiones de salud, la formación de los recursos humanos y otros muchos detalles de interés. De dicho informe complementario transcribimos, por considerarlos muy ilustrativos, algunos pasajes:

No es nuestro propósito repetir los conceptos contenidos en el informe adjunto, sino insistir en algunos aspectos fundamentales sobre la Medicina y la Salud Pública en la URSS y comentar ciertas características relevantes que los asemejan o diferencian con los de América Latina.

- a. En la URSS existe un sistema de Medicina exclusivamente estatal, que se ha dado en denominar “Socialización de la Medicina”. Esta es una función pública, como la educación, el ejército, etc., y no hay contribución porcentual como en los Seguros. Si bien no está prohibido el ejercicio privado de la profesión, este está limitado a un pequeño grupo de profesores eminentes, pues no cuenta para su realización con otros medios privados imprescindibles en la atención médica moderna (laboratorios, radiología, hospitales, etc.)*
- b. Los médicos y demás profesionales de la Salud son funcionarios a sueldo del Estado, con ciertas limitaciones en la elección de su radicación en base a las necesidades locales de las diferentes especialidades. La escala de salarios de los médicos es muy variada, y comenzando con 90 rublos mensuales al graduarse, ²¹puede llegar a 550 – 600 en las escalas más altas, según la especialidad elegida, nivel técnico, cargos ocupados, docencia o investigación, años de graduado, cursos de especialización o perfeccionamiento, etc. Para ello existe un sistema de calificación periódica, a los efectos de ubicar al médico en la categoría funcional y económica que le corresponde. De hecho, un médico general debe trabajar varios años antes de ganar el salario de un obrero especializado. Creemos que los médicos no están conformes con sus salarios.*
- c. Como contrapartida, el paciente no tiene libre elección del médico, salvo a veces y con carácter restringido. Las autoridades sanitarias consideran que ese hecho se ve compensado con creces, con la fácil accesibilidad a los servicios médicos.*
- d. El sistema socializado de la Medicina se complementa con un régimen muy amplio de seguridad social, que incluye: salarios de enfermedad y maternidad (superiores éstos en plazos al convenio de la OIT); casas cuna para los hijos de las mujeres que trabajan; casas de cura y casas de reposo, a menudo construidas por los sindicatos, donde los obreros reciben atención de la patología crónica menor (artrosis, coronariopatía incipiente, etc.), o tienen derecho a 24 días de vacaciones anuales; régimen jubilatorio, a veces compatible con actividades reducidas que permiten aprovechar mano de obra útil; etc.*
- e. La gratuidad y universalidad de la Medicina, tanto para el fomento, la protección, la recuperación o la rehabilitación de la salud, no se ve disminuida porque ciertos servicios se pagan por debajo del costo con fines de moderación*

21 Por esa época un rublo equivalía a una libra esterlina, aproximadamente. Señala Wikipedia: En 1961 se repitió la reforma llevada a cabo en 1947. Los billetes emitidos tenían diseños del artista Victor Tsikal, en los que describía escenas de la vida cotidiana de la sociedad soviética, y logros industriales. Este rublo equivalía a 0,987412 gramos de oro, sin embargo nunca existió la posibilidad de comprar oro por parte del público en general. El rublo mantuvo su paridad fijada a la libra esterlina hasta el colapso de la Unión Soviética en 1991, cuando el nuevo rublo ruso pasó a ser la moneda de la Federación Rusa.

(medicamentos, prótesis dentarias de oro, armazón de lentes, etc.) Es de señalar que con igual criterio se realiza la atención odontológica a toda la población.

- f. *Igualdad de la Medicina. No hay sistema para ricos y pobres, sino un sistema único para toda la población.*
- g. *Standard de los servicios médicos similar a los países occidentales, estando al día con los progresos mundiales de la ciencia. Los hospitales visitados no tienen general el confort de los hospitales modernos de nuestros países (falta de baño privado y camas articuladas, etc.), pero tienen equipos de diagnóstico y tratamiento de alta calidad, tanto de fabricación soviética (hay un Ministerio de equipos y medicamentos) como de otros países europeos, socialistas o no (Holanda, Suecia).*
- h. *El acento básico en la Medicina Preventiva es aplicado a los individuos y las comunidades. En ese sentido hay una separación algo artificiosa; la atención médica integral (incluso fomento y protección) en función de los médicos clínicos, tanto en los barrios como en fábricas, escuelas, etc. En cambio, la profilaxis de las comunidades es ejercida por médicos higienistas actuando en los SANEPID (estaciones sanitarias y epidemiológicas), totalmente independientes de los servicios antedichos y en los que, llamativamente, se estudia y actúa sólo en los problemas del medio y las enfermedades transmisibles y no hay programas epidemiológicos para enfermedades crónicas. Ello se suple, para éstas, con el sistema de “dispensarización” descrito en el informe del Seminario.*
- i. *Los recursos afectados al sector salud tienen un particular rendimiento, al estar resueltos en mayor o menor grado los problemas socio-económicos que afectan el fenómeno salud-enfermedad; plena ocupación, alimentación, vivienda, salario base, vestimenta, locomoción barata, recreación, etc. Es casi universal la jornada de 5 días con 7 horas 35 minutos diarios. Todo ello constituye un considerable salario social, que hace poco comparable el salario individual de la URSS con el de otros países que no tienen un complemento similar. Los servicios públicos, como luz, agua, gas, calefacción, etc., son muy baratos; igualmente, la prensa diaria.*
- j. *La URSS es el país que en la actualidad tiene mayor número de médicos en relación a la población: 1 médico cada 350 habitantes, esa cifra se ve incrementada cada año. De todos modos, su rendimiento no es proporcional a los países occidentales con régimen de Medicina Social (Inglaterra, Suecia, etc.), o aún con Seguro y/o medicina privada, que funcionan con una estructura básica de médicos generales en base a varias razones:*
 - *Tres carreras médicas separadas (adultos, niños e higienistas), no sustitubles una por otra en la comunidad.*
 - *Tendencia a la especialización precoz.*

- *Alto número dedicado a la investigación y a la docencia, y a cursos de especialización y perfeccionamiento. Ello obliga, en los medios urbanos, a trabajar con equipos de médicos de diferentes especialidades, no pudiéndose plantear el médico de cabecera o de familia. En las áreas rurales, los médicos serán auxiliados por los feldchers (en un sector rural de 4.500 habitantes había un servicio ambulatorio con un médico y 9 felchers, pero a pocos kilómetros había un Hospital de Distrito).*
- k. *Una característica de la Medicina Soviética es la centralización y planificación unificada a escala del Ministerio de Salud. Como ejemplo, cuando se establece un plan de estudios médicos, el mismo será idéntico para los 86 Institutos docentes del territorio de la Unión. Si bien en cada zona se estudian las variantes regionales de la patología, recogimos la impresión que no hay muchas oportunidades de hacer experiencias locales en materia de planes de estudios y organización sanitaria. Como la salud es un fenómeno local, pensamos que este esquema no está acorde con los sistemas de administración de la salud en la que nos hemos formado.*
- l. *La formación de médicos en la URSS se hace en 77 Institutos dependientes del Ministerio de Salud y en 9 Facultades universitarias. La enseñanza es gratuita, y además el 90% de los estudiantes recibe becas para su manutención. Hay algunos aspectos de la docencia médica que son explicables por razones históricas o políticas, pero no están acorde con la orientación de la enseñanza que propician la OMS y las más importantes Escuelas de Medicina:*
 - *La ubicación de las Facultades en el seno del Ministerio de Salud permite una mayor conexión con los planes de salud, pero aleja a la enseñanza médica de las Universidades, en la que la tradición de autonomía, vida estudiantil interdisciplinaria, supeditación a los intereses de la educación y a su metodología, etc., crean situaciones a nuestro criterio de ventaja para las Facultades de Medicina. El control político más directo puede beneficiar a la salud, pero no a la enseñanza. Desde luego, quedan las reservas de que tal vez esa autonomía tampoco se de en el seno del Ministerio de Educación, del que dependen las Universidades.*
 - *La tendencia universal es la formación del médico básico integral, habida cuenta que estadísticas han demostrado que 160% de la demanda de asistencia de una población se dirige hacia el médico general. Llama la atención que la URSS mantenga, en cada Instituto de Medicina, el sistema de las tres Facultades médicas independientes desde el primer año (de adultos o "Terapéutica", de Niños y de Higiene), cada una con sus respectivas especialidades. Ello disminuye el rendimiento posible de cada médico, obligando a formar equipos.*

- *Se ha implantado en 1968 un nuevo plan de estudios, ya vigente en la mitad de los Institutos y que se extenderá a todos dentro de un par de años. El mismo implica, para las Facultades de “Terapéutica” y de Pediatría, un ciclo general de 5 años (desde luego, diferente en cada una de ellas); un sexto año de “Subordinatura”, en que el alumno elige una de las disciplinas básicas (por ej. Medicina Interna, Cirugía, Obstetricia); luego, hará en el Hospital un 7º año de “Internatura”, continuando con esa disciplina o una subespecialidad de la misma. El graduado sale así con una especialización ultraprecoz y además, a nuestro criterio insuficiente sobre todo en las disciplinas quirúrgicas. No existirá más el médico general, y el médico de familia o de barrio para adultos; deberá ser llamado el especialista de Medicina Interna.*
 - *Creemos que es una orientación que contempla la tendencia de los médicos a especializarse, pero no las necesidades de la población de recibir cuidados médicos de base.*
 - *La formación de los docentes de los Institutos de Medicina se hace en algunos Institutos de Perfeccionamiento. Nos llamó la atención que se insiste en la parte técnica de la asignatura (trabajos de investigación, bibliográficos, etc.), dando menor énfasis a la metodología docente, que se halla en evolución en muchos países y dentro de ésta aún se le da bastante importancia a la conferencia magistral. En las discusiones han reconocido que es un aspecto a mejorar.*
- m. La investigación es especialmente incentivada, dándole a los estudiantes y médicos más capaces la posibilidad de hacer los cursos de “aspirantura” mediante los cuales logran posiciones de expectativa científica y laboral como Candidatos en Ciencias y Doctores en Ciencias. El Partido Comunista resolvió en 1968 que se debía de dar especial prioridad a la investigación científica. Dicha labor se realiza tanto en las Facultades de Medicina como en los Institutos de Perfeccionamiento y en Institutos de investigación dependientes de la Academia de Ciencias de la URSS. Visitamos uno de éstos en las proximidades de Sujumi, que centraliza todas las investigaciones en monos en la Unión. Es de señalar que la investigación pura y aplicada sigue básicamente la escuela de Pavlov, por lo que tiene gran auge la neurofisiología. Descartan expresamente ciertas escuelas en contradicción con la filosofía del Estado Soviético (el darwinismo social, el freudismo, la medicina psico-somática, etc.) Para acceder a la “aspirantura”, de la que surgen los cuadros docentes y de investigadores, es necesario dar una prueba sobre la disciplina elegida, otra sobre un idioma extranjero y otra sobre marxismo-leninismo. Esta asignatura, así como el ateísmo y la historia del Partido Comunista, integran el currículum de los estudios médicos y para-médicos. Es una forma de selección ideológica, no muy diferente a la que aplican los estados capitalistas al difundir el estudio de la llamada educación cívico-democrática.*

- n. *La especialización post-grado se hace en base a la “ordinatura”, de dos años de duración, a la que acceden médicos con cierta experiencia en la disciplina respectiva. Sobre este aspecto, el informe del Seminario es bastante explícito. Nos interesa señalar el auge que han tomado algunas especialidades médicas en embrión todavía en nuestro medio; la cultura física, control de la actividad física de distintos grupos sociales (obreros, escolares, estudiantes, etc.); la balneoterapia, subespecialidad de la Fisiatría, que se ha difundido al amparo de la proliferación de las casas de cura en estaciones de aguas termales. Una visita de particular interés fue la realizada a uno de los Institutos de Medicina de Moscú que posee una Facultad Médico-Biológica, única en su género conocida por nosotros. El plan de estudios incluye las materias básicas, preclínicas y clínicas similares a las Facultades clásicas, pero con un mayor número de horas para las asignaturas de la especialidad, lo que les permite graduar médicos biofísicos y médicos bioquímicos, absorbidos actualmente por los institutos de investigación. Por esta vía, se obtiene una solución original a la carencia de especialistas en las materias básicas, con formación médica. Una especialidad a la que aún no se le ha dado la importancia que a nuestro juicio requiere, es la administración de los servicios de salud (sanitaristas y administradores hospitalarios). Los servicios regionales y locales son dirigidos por clínicos, que comparten la actividad administrativa con la asistencial, y hacen cursillos no mayores de 4 meses. Para un nivel más alto, el Instituto de Perfeccionamiento de Moscú tiene un curso de organizadores de la salud que dura 9 meses y otro de Planificación Sanitaria de 2 meses.*
- o. *El perfeccionamiento post-grado de los médicos es un proceso continuo, que pretende abarcar toda la vida profesional. Fue el motivo central del Seminario y del informe adjunto, por lo que sería una redundancia insistir en los diferentes procedimientos usados para que cada médico se mantenga al día en su campo de actividad (revistas científicas; resúmenes de la literatura mundial; traducciones a pedido, de artículos de revistas extranjeras, cursos por correspondencia completados con breves estadías en los institutos de Perfeccionamiento; cursos regulares en estos Institutos; cursos ambulantes; televisión médica, etc., etc.). Se considera que el perfeccionamiento y la puesta al día de los médicos no puede dejarse librado a su buena voluntad, sino que es responsabilidad pública y social. Para ello se les dan oportunidades para recibir educación en servicio, sin abandonar su trabajo, o becas para Universidades, Hospitales importantes o Institutos de Perfeccionamiento. Teóricamente, hay obligatoriedad de hacer, un curso de este tipo cada 3 años para el médico rural y cada 5 años para el médico urbano, pero de acuerdo al número de plazas, no parecería haber actualmente posibilidad real para cumplir esas metas. No hay que olvidar que los médicos están fuertemente motivados a hacer cursos de repaso, pues de su progreso científico depende en buena parte su calificación. Sin embargo,*

se señaló el contrasentido de que al superar el número de aspirantes a la especialización (ordinatura y aspirantura) y al perfeccionamiento, en relación al número de plazas, se elige a los mejores, cuando justamente el resto es el que más necesita un refrescamiento de sus conocimientos.

A diferencia de nuestro país, en que la responsabilidad de la enseñanza postgrado es de las propias cátedras de la Facultad de Medicina que dan los cursos a los estudiantes, en la URSS se han creado con ese fin específico múltiples Institutos de Perfeccionamiento para médicos. Hemos discutido en el Seminario si eso no significaría una duplicación de esfuerzos, personal, locales, laboratorios, etc., y se nos ha contestado que la complejidad y la extensión de la tarea a que están abocados da razón de que se desglosen, dentro de la órbita del Ministerio de Salud, los Institutos de Medicina, de los Institutos de Perfeccionamiento.

- p. No pudimos apreciar en los servicios docentes ni en los hospitalarios, la participación de los grupos interesados o de la comunidad, aunque ese tema no fue específicamente discutido. En alguna Facultad se nos señaló que la participación estudiantil se hacía a través del delegado de la Juventud Comunista. En los hospitales existen comités sindicales locales, filiales del Sindicato de Trabajadores de la Salud, pero tendrían escasa participación en la vida de la institución y en la orientación que a la misma le da el Director.*

Este tema puede estar sujeto a revisión, si ello surgiere de una observación más detenida. También nos llamó la atención, durante las visitas, que los dirigentes de organismos de salud o jefes de clínicas, eran médicos cerca del final de su carrera, siendo excepcional encontrar a jóvenes en tareas directivas. No acontecía lo mismo en los laboratorios de investigación.

- q. Unas últimas palabras referidas al personal para-médico, cuyas cifras figuran en el informe del Seminario, y con los cuales se siguen similares procedimientos de formación y perfeccionamiento.*

El feldcher es un asistente médico cuyos orígenes se remontan a mediados del siglo pasado. Su formación recuerda la de un practicante en sus etapas iniciales, en condiciones de resolver situaciones primarias de diagnóstico y tratamiento, y durante toda una época de la Medicina de ese país, tuvo que actuar como médico en múltiples áreas, por la falta de profesionales suficientes. En la actualidad, se le ha quitado su independencia y debe trabajar bajo la dirección de un médico y orientado sobre todo a primeros auxilios, higiene de los obreros, higiene materno-infantil, etc. Se parece ahora, más a una enfermera altamente calificada que a un médico simplificado.

Las enfermeras tienen un curriculum demasiado breve de acuerdo a los standards de nuestros países; luego de 10 años de enseñanza primaria y secundaria, reciben una formación de 22 meses en los llamados Colegios Médicos (escuelas de personal para-médico).

No existen las múltiples profesiones para-médicas que estamos habituados a conocer, como dietistas, fisioterapeutas, técnicos transfusionistas, técnicos radiólogos, etc.; esas actividades son desarrolladas por enfermeras que se especializan en el lugar de trabajo.

Tampoco existen dos niveles de enfermería, el profesional y el auxiliar, como en nuestros países, sino un único nivel con el referido curso de 22 meses. Hay un cursillo muy breve para ayudantes (semejante, tal vez, al de nuestras auxiliares de servicio).

* * *

En el mismo viaje realizó una gira por diversos países del Este, Alemania y Francia, visitando Varsovia, Praga, Berlín (Este y Oeste) y París, del que da pormenorizada cuenta en su informe complementario ya mencionado, en cuanto hace a las características de la formación de recursos humanos y su integración sindical, régimen de trabajo y formación, etc.

* * *

El 24 de noviembre de 1969, a su retorno de realizar su Maestría en Salud Pública y Administración Hospitalaria en la Universidad Central de Venezuela, en Caracas, durante más de año y medio, Margolis presentó al Comité Ejecutivo del SMU un pormenorizado informe sobre la vinculación y observaciones acerca del estado gremial médico en Venezuela, así como de sus principales organismos sanitarios, de acuerdo a la misión que le encomendara el Comité Ejecutivo durante su estadía de 19 meses en aquel país, en el período comprendido entre enero de 1968 y agosto de 1969, como becario de la OPS en los cursos referidos. Dicho informe fue mimeografiado y distribuido al Comité Ejecutivo el 13 de enero de 1970.

Manifiesta allí que no bien llegó se puso en contacto con el Presidente de la Federación Médica Venezolana, Dr. Lisandro Latuff, y luego tuvo ocasión de conocer las actividades de dicho organismo así como de varias de sus filiales en la Capital y el Interior. En un país que por entonces contaba con 10 millones de habitantes, un crecimiento poblacional del 3,7% anual, y 8.000 médicos egresados de las Facultades de Medicina entonces existentes en Caracas, Valencia (Carabobo), Maracaibo, Mérida, Barquisimeto y Oriente.

Dedica especial atención a la agremiación o colegiación obligatoria por ley que existe en aquel país, debiendo cada médico inscribirse y cotizar en el Colegio de su Estado, aunque un buen porcentaje no está al día con

sus cotizaciones. La organización de los Colegios es por uno en el Distrito Federal y uno por cada uno de los 20 Estados y 2 Territorios. Cada uno de ellos tiene su edificio gremial propio, aunque a veces los comparten con otros profesionales universitarios. La renovación de autoridades se realiza anualmente en elecciones directas, por voto secreto o por asamblea pública. Da una amplia visión de las funciones que cumplen los Colegios en aquel país, en un extenso documento de seis páginas, formato oficio, que arroja luz sobre diversos aspectos de la realidad médica y sanitaria venezolanas.

* * *

En noviembre de 1971 presentó en Buenos Aires, en las Primeras Jornadas sobre Atención Médica en Grandes Centros Urbanos, un trabajo titulado 120 AÑOS DE EXPERIENCIA SOBRE SEGURO VOLUNTARIO PRE-PAGO DE SALUD EN EL URUGUAY, actuando como delegado del Sindicato Médico del Uruguay. La actividad era organizada por la Federación Médica Gremial de la Capital Federal.

Allí Margolis presentó resumidamente la presencia del mutualismo en Uruguay desde 1853, la creación del CASMU desde 1935, destacando el hecho que para entonces el 65% de los afiliados al CASMU procedían de Seguros de Enfermedad. Brindaba también datos valiosos sobre la cobertura sanitaria en Uruguay: de una población estimada al 1° de julio de 1971 de 2:921.000 habitantes, el 46,5% está en Montevideo. La medicina colectivizada cubre el 60% de la población capitalina, o sea unos 800.000 afiliados, de los cuales más del 25% pertenecían al CASMU: 213.000. En total hay 54 instituciones pero con 10.000 socios y más sólo hay 15 instituciones, que tienen el 80% de los afiliados. El Interior posee sólo casi 100.000 afiliados. La cobertura en el país es del 30,8% de la población.

La medicina colectivizada gastaba entonces el 40% de los recursos del Sector Salud en el Uruguay, que era el 5,3 del PBI. La distribución del gasto, para el CASMU, para 1970, se integraba en los siguientes guarismos: Remuneraciones técnicas 33,46%; Sueldos del personal: 22,06%; Medicamentos: 23,57% y otros gastos: 20,91%.

DESTACABA ENTRE LAS CARENCIAS MÁS GRAVES DE LA MEDICINA COLECTIVIZADA que, decía, en parte ha ido paliando el CASMU, y que identificaba como:

- a. Falta de adecuada relación médico-paciente.
- b. Deterioro económico del médico que debe tener varios cargos para subsistir.

- c. Crisis económica del sistema inserta en la crisis general del país, que ha impedido el equiparamiento, las constituciones y la introducción de nuevas técnicas. Se agravó a partir de Octubre de 1971, en que el gobierno aumentó sueldos y gastos y no dio recursos para solventarlos.
- d. Falta de atención médica integral, en especial en:
 - a. Fomento protección a la salud y rehabilitación.
 - b. Atención odontológica.
 - c. Internación psiquiátrica.
 - d. Servicios muy especializados (cirugía cardíaca, Centros de Tratamiento Intensivo, Diálisis, etc.) [El Fondo Nacional de Recursos que vendría a paliar esta situación, surgiría recién como decreto-ley de fines de 1979 y daba comienzo a sus actividades en 1980. Margolis señalaba la carencia entre las más graves, ya en 1971].
- e. Falta de coordinación entre las 54 instituciones de Montevideo. Sólo hay complementación entre las gremiales del interior y el CASMU.
- f. Dirección no técnica, sin planes ni programas y escasa supervisión del Estado.
- g. Al ser un seguro voluntario, la crisis económica hace que abandonen el sistema los jóvenes y los sanos, lo que encarece aún más su costo.
- h. No hay relación entre la cuota y el nivel económico del afiliado.
- i. Es una fórmula individual y no familiar.
- j. Últimamente, se financia parte del presupuesto con tickets [eufemísticamente llamados “moderadores”] sobre el uso de servicios (consultas, medicamentos, análisis, radiografías, etc.) lo que constituye una errónea política estatal y contraviene el principio de ayuda solidaria del seguro pre-pago.

Entre las PROPUESTAS DE CAMBIO, señalaba Margolis en noviembre de 1971:

- Coordinación.
- Integración.
- Financiación adecuada para construcciones y equipos.
- Normas de acreditación.
- Creación de servicios inexistentes o embrionarios, en forma centralizada.
- Regionalización.
- Colegiación profesional.
- Administradores de la salud.
- Apertura a la libre inscripción de los médicos.
- Integración en un plan nacional de salud (inexistente).

COMO UN ÚLTIMO OBJETIVO, señalaba la Planificación del país y del sector salud, en el marco de un Seguro Nacional de Salud.

Sin duda la madurez y profundidad de los conocimientos de Margolis le hacían apuntar a las principales falencias del sistema, y a las erróneas políticas públicas que dañaban los servicios de salud y los hacían menos eficientes, a la vez que los iban desfinanciando progresivamente por las medidas gubernamentales que él bien señala.

Debe recordarse que para esa época venía rigiendo desde junio de 1968 la Congelación de Precios e Ingresos, que afectaba en forma destacada a los servicios de salud. Se había creado entonces la Comisión de Productividad, Precios e Ingresos de Uruguay (COPRIN) fue un organismo creado por la ley N° 13.720 del 16 de diciembre de 1968 cuya finalidad era articular medidas encaminadas a contrarrestar la alta inflación (que había superado el 100% anual), promover niveles óptimos en la producción y lograr una equitativa distribución del ingreso. Tal fue el espíritu de Jorge Pacheco Areco cuando impulsó esta medida. Pero los resultados fueron muy diferentes. Ésta fue la raíz de los males que sufrió el sistema mutual durante los siguientes 40 años, mediante la modalidad de precios administrados por el Poder Ejecutivo para que no incidieran en las estadísticas de la inflación. Ello cercenó todos los planes de desarrollo institucional, y la casi totalidad de las instituciones entraron en un declive financiero que repercutiría décadas más tarde en el cierre en dos etapas de más de veinte instituciones de asistencia médica colectiva en el país. Esta situación vino a corregirse con las leyes de reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud, que con todos los méritos y deméritos evitó que las instituciones siguieran por el camino del cierre de sus instalaciones, perdiéndose importantes recursos materiales, tecnológicos y humanos.

* * *

En abril de 1973 elaboró junto a Julio C. Ripa (Relator), y Horacio Mirabal el relato oficial al tema EL MÉDICO Y LA ADMINISTRACIÓN, tema oficial del XII Congreso Médico Social Panamericano celebrado en Quito, Ecuador. Este trabajo, de 25 páginas, formato carta, contiene un apartado final de Conclusiones, que reproducimos:

En el proceso de formación integral y continua del médico que deben realizar las Escuelas de Medicina se observan, en casi todos los países, limitaciones en la concepción actual de la Medicina y en las funciones que el médico debe desempeñar en el ejercicio de su profesión.

Las insuficiencias y deficiencias formativas en los aspectos administrativos se encuentran en ambas etapas del proceso: pre y post-grado y son la resultante de múltiples factores, entre los que se destacan:

- *Estructuras de gobierno de nuestra casa de estudios con un grado de caducidad alto.*
- *Participación escasa o nula de los gremios médicos y de los estudiantes en el órgano central de decisiones de alto nivel; tales como doctrina y política educativa médica.*
- *Estructuras docentes inadecuadas para lograr la formación integral del médico.*
- *Subestimación de los aspectos administrativos en la formación del médico general reflejada por el escaso tiempo, la ubicación tardía y el predominio teórico en su enseñanza y la falta de coordinación con otras unidades docentes.*
- *Recursos docentes escasos y parcialmente dedicados a la enseñanza de la administración y recursos materiales insuficientes.*
- *Experiencias educativas que no utilizan los múltiples organismos existentes y que no dan oportunidades al desarrollo del trabajo en equipo.*
- *Sobrecarga de las tareas docentes en perjuicio de las actividades de investigación en el campo de la administración médica.*
- *Servicios de atención médica universitarios que no constituyen unidades integradas de salud.*
- *En los 10 países en que existen Escuelas de Salud Pública es muy escasa su participación en la enseñanza de la administración en el curso de pregrado.*
- *La enseñanza de la administración en los cursos para graduados se limita a la formación de especialistas para la administración de servicios de atención médica (Administradores Hospitalarios) o de programas de salud (Administración Sanitaria).*
- *Existe conciencia creciente para realizar cambios en las estructuras docentes y en la metodología, entre los que se pueden destacar, dos de nuestros países, la debida coordinación con los organismos de atención médica de los Ministerios de Salud.*

Dentro de las formas de ejercicio profesional de la Medicina, se observa que adquiere importancia creciente el ejercicio médico como funcionario de los servicios de salud y atención médica en detrimento del ejercicio liberal de la profesión.

Las condiciones laborales y económicas en que el médico realiza sus funciones en los servicios de salud no son uniformes y muchas instituciones están muy lejos de brindar un mínimo de seguridad ocupacional, económica y social. Por estas razones, muchos médicos están obligados a trabajar en múltiples instituciones con escasa dedicación horaria a cada una de ellas y como consecuencia de ello con bajos salarios. No se favorecen así las mejores relaciones entre el médico y el paciente y el médico y los demás integrantes del equipo de salud.

Esta forma del ejercicio vuelve más gravosa la economía del sistema debido a que alienta prácticas superfluas y costos innecesarios.

Son pocos los países que han consagrado el derecho al trabajo médico a través de un Estatuto que establezca condiciones de trabajo dignas y remuneraciones equitativas.

Las condiciones en que se ejerce la función docente en los organismos de educación médica están perturbadas por la escasez de recursos financieros que lleva notorias insuficiencias en los medios para desarrollar la actividad y a ingresos que no se corresponden con las responsabilidades de la docencia.

El derecho a la dirección de los servicios de salud y atención médica que asiste a los especialistas de administración médica no se hace efectivo en muchos de nuestros países y los cargos están desempeñados por quienes no se han capacitado para ello.

Los aspectos éticos y legales del ejercicio de la profesión, que forman parte del Código de Ética Médica, no son siempre controlados por Colegios Médicos, pues éstos, en muchos de nuestros países, no existen.

En el órgano central de nivel superior de la Estructura Sanitaria y de los organismos de atención médica los gremios médicos, en general, no tienen participación efectiva, situación que se repite en los otros niveles de organización.²²

La existencia de multiplicidad de servicios de atención médica en el ámbito público y privado, sin ningún tipo de relación entre ellos, atenta contra la utilización racional de los recursos existentes en el Sector Salud.

Coexiste en nuestros países la superposición de servicios médicos con enormes lagunas asistenciales.

Son pocos los países que a través de mecanismos eficientes de coordinación e integración de los servicios de atención médica han constituido un sistema de salud y sólo en uno puede comprobarse la existencia de un verdadero Servicio Nacional de Salud.

El nivel de atención médica es muy desigual y, en general, se corresponde con la capacidad de compra del usuario de los servicios.

22 Esto es justamente lo que ocurre en el Uruguay luego de la reforma del Sistema de Salud, vigente desde la ley de 2007. Los médicos han sido excluidos, en los hechos, de los organismos de dirección del Sistema y aún en algunos de los establecimientos hospitalarios dependientes del Estado. Vale destacar que esto ha ocurrido ante la pasividad de las organizaciones médicas, que décadas atrás reivindicaban esta participación, que pareciera que ahora no es más necesaria.

La desigual dotación de recursos humanos, materiales y financieros de los servicios de atención médica conspira contra un nivel mínimo de prestaciones médicas a escala de dignidad y perturba la formación médica cuando el aprendizaje de la Medicina debe realizarse en servicios con plantas físicas y equipos escasos y caducos y con prácticas administrativas viciosas. No existen sistemas de acreditación de servicios de atención médica, a escala nacional.

Nuestros países presentan todos los mecanismos posibles de financiación de los servicios de salud y predominan, en la mayoría, la fuente privada sobre la pública. En consecuencia, el derecho a la salud no se ha hecho efectivo.

RECOMENDACIONES

Que las gremiales médicas asumiendo plenamente sus responsabilidades para con la profesión y la sociedad, impulsen todas aquellas actividades que aceleren los cambios necesarios en los:

ORGANISMOS DE ENSEÑANZA UNIVERSITARIA, tendientes a:

- *Realizar los cambios de la estructura docente que permitan la formación integral del médico con la participación efectiva de los médicos organizados en el órgano central colegiado de gobierno de la Escuela de Medicina.*
- *Jerarquizar la enseñanza de la Administración Médica en todo el curriculum, desarrollándola en unidades docentes dotadas de los recursos necesarios en cantidad y calidad.*
- *Extender la enseñanza a todos los servicios de atención médica del sistema de salud existentes, tanto en las áreas urbanas como rurales, para garantizar la capacitación de los médicos que el país necesita junto con los demás profesionales integrantes del equipo de salud.*
- *Estimular la investigación científica no sólo en el campo biomédico sino también en el de la administración médica.*
- *Desarrollar los servicios de atención médica universitarios como unidades integradas de salud que sirvan de modelo asistencial.*

ORGANISMOS DE ATENCIÓN MÉDICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD; a fin de:

- *Hacer efectivo el derecho a la co-participación de los médicos organizados en los órganos y niveles de decisión del sistema junto con el Estado y los usuarios organizados.*
- *Lograr el reconocimiento formal y material de la especialidad (Administración Médica) por parte de todos los organismos de atención médica públicos y privados.*

- *Consagrar el derecho a la dirección de los servicios de salud exigiendo la especialización en Administración Médica para desempeñar esos cargos.*

ORGANISMOS LEGISLATIVOS, que lleven a:

- *Promulgar el estatuto del trabajo médico que asegure que la carrera administrativa del médico se realice con la mayor racionalidad y justicia y consagre el derecho al trabajo digno.*
- *Dictar la ley orgánica de la profesión médica (ley de colegiación médica u Orden de los Médicos), como persona de derecho público encargada del contralor del Código de Ética Médica.*
- *Aprobar la ley que consagre el derecho a la salud de todos los habitantes del país y que para hacerlo efectivo: a) organice (coordine e integre) los servicios de salud y atención médica públicos y privados en un solo Sistema Nacional de Salud, hasta culminar en un Servicio Nacional de Salud; b) asegure la participación de los gremios médicos en todos los niveles de decisión, y c) garantice el financiamiento por el Sistema Nacional de Seguridad Social aplicando un principio básico de justicia distributiva que impone el deber de contribuir en forma universal y proporcional a la capacidad económica de cada uno de los miembros de la comunidad.*

ORGANISMO EJECUTIVO (MINISTERIO DE SALUD); que permita:

- *Establecer el sistema de acreditación de los servicios de salud y el contralor correspondiente para asegurar la mejor atención médica posible a los usuarios y la mejor formación de los recursos humanos de todos los niveles del Sistema de Salud.*

* * *

El 27 de julio de 1971 Margolis elevó al Presidente del SMU Dr. Omar Barreneche un INFORME PRELIMINAR SOBRE EL GRUPO DE TRABAJO ASESOR DE LA JUNTA COORDINADORA DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVIZADA DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, que había elaborado con fecha 3 de marzo de 1971 y enviado en primera instancia a la Comisión de Estructura Sanitaria del SMU, para que luego de su consideración y discusión, informara al Comité Ejecutivo. Por diversas razones, propias de las circunstancias que se vivían en la época, tal cosa no ocurrió durante varios meses, y sintió Margolis la necesidad de elevar este importante documento a consideración del organismo de conducción gremial, la cabeza de la persona jurídica del SMU. Como él explicaba en la nota que acompañó este Informe, cuando el Grupo del MSP se constituyó en setiembre de 1970, el SMU designó al Dr. Julio C. Ripa, quien por imposibilidad material de concurrir a principios de diciembre de

ese año comenzó a asistir Margolis en representación del SMU. Ripa era por entonces el Presidente del SMU, y cabe recordar que debiéndose celebrar el Cincuentenario del Sindicato Médico, el programa pacientemente elaborado debió suspenderse casi en su totalidad, con las delegaciones extranjeras ya presentes en nuestro país, por el asesinato por el MLN (Tupamaros) del asesor americano Dan Anthony Mitrone (un par de días antes del 11 de agosto de 1970).

El Grupo de Trabajo Asesor de la Junta Coordinadora de Asistencia Médica Colectivizada del MSP estaba integrada por el Arq. Lorenzo Finocchio (Secretario); Sr. Enrique Seré Lanza (ambos de la División de Planificación del MSP); Sr. Hugo Gambino (Asesoría Letrada del Ministerio de Cultura); Sr. Hércules Mazzucchelli (Gerente de la Asociación Española); Cr. Alfredo Rega Vázquez (dirigente mutual de Asignaciones Familiares); los Dres. Julio C. Ripa y Efraín Margolis (designados por el SMU); Dr. Helvecio Tabárez (miembro de la Unión de Médicos Mutuales y Director Técnico de la Asociación Fraternidad); Dr. Samuel Villalba (Director del Hospital Pasteur) y el Dr. Miguel Solar por la OPS.

El objetivo del Grupo de Trabajo no tenía como principal finalidad revisar la Ley del Mutualismo de 1943, sino la de asesorar a la Junta Coordinadora que lo había designado para el mejor cumplimiento de los fines de la misma establecidos por el Decreto del Poder Ejecutivo del 19 de Agosto de 1969 (Art. 23) que la creó, al reglamentar el Decreto-Ley No. 10.384 del 13 de febrero de 1943 (conocida como ley del mutualismo). El Artículo 24 del referido decreto que establecía los cometidos de la Junta Coordinadora, indicaba que se sustituían en buena parte las actuales funciones de la antigua División Técnica del MSP y se le otorgaban poderes muy importantes de control, estudios, coordinación y promoción de reformas y medidas que considere convenientes para corregir los conocidos defectos del mutualismo. En ese tiempo la totalidad de las instituciones de asistencia médica colectiva alcanzaban el número de 54, con 29 que comprendían 327.524 socios dentro de las ubicadas en el inciso "A"; 7 con 268.373 socios, en el inciso "B"; 6 con 122.363 socios en el inciso "C"; 8 con 62.851 socios en el inciso "D" y 4 con 15.123 socios en el inciso "E".

Aquella primera Ley del Mutualismo (Decreto-Ley 10.384 del 13 de febrero de 1943) había sido consecuencia de las recomendaciones de la 1ª. Convención Médica Nacional celebrada en 1939, donde un informe lapidario suscrito por Justo M. Alonso, Ricardo B. Yannicelli y Carlos María Fosalba había reclamado un ordenamiento del caos institucional que se vivía, en el que las empresas de asistencia con fines de lucro se amparaban en la denominación de mutualistas. Así, el Artículo 1º del mencionado Decreto Ley establecía las siguientes categorías:

Artículo 1º.- A partir de la promulgación de la presente ley se considerarán:

- A) Sociedades mutualistas a las instituciones que inspiradas tan solo en propósitos de mutuo socorro, otorguen a sus asociados asistencia médica completa y ayudas subsidiarias sin perseguir lucro alguno y en las que el capital social pertenezca a todos sus integrantes.
- B) Sociedades de producción sanitaria a las organizadas por instituciones gremiales médicas con personería jurídica, y cuyas finalidades sean las mismas de las instituciones a que se refiere el inciso anterior.
- C) Sociedades patronales o gremiales de asistencia médicas a las creadas por entidades industriales, comerciales o gremiales o sostenidas con el apoyo de ellas para prestar asistencia y socorro a sus empleados y obreros o integrantes, las que serán asimiladas a las sociedades mutualistas siempre que no persigan lucro alguno e inviertan los beneficios de cada ejercicio en mejorar los servicios que presten las mismas instituciones.
- D) Sociedades médicas de asistencia a las organizaciones constituidas por uno o más profesionales para prestar asistencia médica a sus suscriptores mediante el pago de retribución periódica, en las que el capital social pertenece a los técnicos, y que no actúan inspiradas exclusivamente por un sentimiento de humanidad.
- E) Empresas comerciales de asistencia a las fundadas por particulares o instituciones mercantiles, con capital propio y fines de lucro, que mediante la contratación de un cuerpo técnico ofrecen a sus suscriptores asistencia médica y otros servicios.

En el primero de los grupos revistaban las auténticas Mutualistas; en el segundo las Sociedades de Producción Sanitaria, entre las que se ubicaba el CASMU; en la categoría tercera figuraban las entidades creadas por instituciones industriales, comerciales o gremiales para socorro de sus beneficiarios, entre las cuales se encontraba la Asociación de Empleados Civiles de la Nación; en el inciso cuarto las sociedades médicas de profesionales (incluyendo las cooperativas médicas cuyo capital era integrado por técnicos) y en el grupo final las empresas comerciales con fines de lucro, que como puede apreciarse, para 1971 estaban bastante mermadas, aunque en sus inicios fueron muy importantes.

Entre las funciones atribuidas a esta Junta Coordinadora estaba la redacción de un Estatuto Tipo para las Mutualistas; definir la Dirección General de Atención Médica y Administrativa y otros servicios mínimos; la organización del Cuerpo Médico; la Dirección de las Instituciones Mutuales; pautas de Coordinación e Integración de servicios, dado que el mutualismo en su estructura de aquel momento no podía atender por sí sola, cada una de las 54 instituciones, aspectos fundamentales de la atención médica tales como:

- La atención psiquiátrica integral, incluyendo Higiene Mental o internación especializada.
- Tuberculosis: igual concepto.
- Otras enfermedades crónicas: igual concepto.

- Programación de cuidados intensivos, de convalecientes y de cuidados en el hogar, de que en general se carece, incluyendo hogares para convalecientes; centros de cuidado intensivo; centros de alta especialización (cirugía cardíaca, diálisis, quemados, cámara hiperbárica, etc.); Enfermería de Salud Pública y recuperación a domicilio; servicios geriáticos y hogares para ancianos; atención odontológica integral, comprendiendo la profilaxis, el tratamiento de caries, ortodoncia, prótesis, cirugía estomatológica, etc.; producción de medicamentos.
- Relación entre mutualismo y docencia: Residencia y cursos de postgrado en los hospitales mutuales, complementación de servicios con el Hospital Universitario.
- Programa y financiación de construcciones hospitalarias, y su acreditación, equipamiento y/o remodelación.
- Servicios de rehabilitación, incluyendo fisioterapia, reeducación profesional, etc.
- Acciones de fomento y protección de la salud, insistiendo en higiene materno-infantil y atención hospitalaria del parto.
- Organización de servicios coordinados zonales, comenzando por Servicios de Urgencia y luego por otros sectores ya citados.
Finalmente, un grupo de problemas legales y gremiales.

Fiel a los principios que rigieron su vida entera, Margolis informaba pormenorizadamente de las funciones que le habían sido encomendadas por cada organismo gremial, lo mismo que hacía al retorno de alguna misión al exterior. De modo que quedaba para la institución un documento que podía ser estudiado con detalle por quien quisiera o pudiera hacerlo, más allá del clásico “darse por enterado”.

* * *

Con fecha 16 de julio de 1971 Margolis elaboró un informe sobre la DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE INTERNADOS EN ASIGNACIONES FAMILIARES, destinado entre otros a la Sociedad Uruguaya de Especialistas de Salud Pública y a la Comisión de Estructura Sanitaria del SMU. Se trataba de un extenso documento analítico de la situación de AA. FF., que se resumía así:

1. *Sugerimos que los Directores de los servicios normativos y ejecutivos de AA.FF. reúnan las condiciones mínimas para Especialistas en Salud Pública y/o Administración de Hospitales.*
2. *Aquellos que no las reúnan deberán hacer los cursos correspondientes, de acuerdo con un plan de prioridades y disponibilidad de plazas, y se aceptarán cursos breves sólo a título provisorio.*
3. *Los médicos que no acepten realizar los cursos, deberían ser sustituidos por administradores diplomados.*

4. *Se respetarán ciertas situaciones creadas, si es posible, en la etapa de transición.*
5. *Los Médicos Directores en los distintos niveles de AA. FF. serán administradores puros, sin funciones asistenciales, y de ser posible, de dedicación total.*
6. *La provisión de los cargos vacantes se hará por llamado público a concurso de méritos entre todos los médicos del país (bases similares al Hospital de Clínicas y el CASMU) que reúnan las condiciones mínimas para los mismos, y se podría dar cierta valoración a actuaciones administrativas o cargos clínicos en AA. FF., lo cual no debería significar designaciones “a priori” de determinados candidatos.*
7. *Habrará un Director Asistente único para cada unidad, administrando la Obstetricia y la Pediatría a la vez.*

Este informe lo había elaborado Efraín Margolis en su calidad de Pro-Secretario de la SUESP (Sociedad Uruguaya de Especialistas en Salud Pública).

Este documento se complementaba con un informe al Presidente del Comité Ejecutivo del SMU, de fecha 16 de agosto de 1971, donde daba cuenta que:

De acuerdo a lo encomendado, concurrí el día 13 ppo., a la reunión convocada por la CNT (Convención Nacional de Trabajadores) para discutir el régimen de dirección de los sanatorios de Asignaciones Familiares.

Estaban presentes el presidente de la CNT, Sr. José D'Elía, miembros de la Comisión de Seguridad Social de la CNT, varios delegados obreros y patronales dentro del régimen de Asignaciones Familiares, el Dr. Deobaldo Febles como delegado de la gremial de los técnicos de Asignaciones Familiares y una delegación de los funcionarios (AFAF). Como técnicos, concurren el Dr. Julio Yakubov, del MSP, el Dr. Jaime Sznajder, presidente de la SUESP y el suscrito por el SMU.

Después de una ubicación general del problema dentro de la situación actual de Asignaciones Familiares, y considerando que toda solución debe ser pensada como un avance en el camino de un Seguro Nacional de Salud los tres técnicos citados explicaron ampliamente la necesidad de que los servicios de salud fueran dirigidos por médicos especializados en administración de la salud, con un curso no inferior a 10 meses y reconocido nacional e internacionalmente. Explicaron detalladamente las características de los cursos y las diversas ramas de la administración de salud, señalando la desventaja de los cursillos breves (de 3 semanas a 4 meses) que se han efectuado y se efectúan en el país y en el extranjero.

El resto de los sectores presentes compartió ampliamente lo expuesto por los tres delegados citados. El Dr. Febles agregó la necesidad de contar con Jefaturas Técnicas (similares a la Facultad y el MSP) en el sector ginecotológico y en el sector pediátri-

co, para dirigir y supervisar las acciones de los médicos de esos campos, actualmente desarrollados en forma totalmente individual. Personalmente, compartimos ese concepto, entendiendo que un régimen de dirección por administradores de la salud debía complementarse, para tener éxito, con una adecuada organización del cuerpo médico, que incluye el establecimiento de Jefaturas, jerarquías, supervisión, etc.

Finalmente, los delegados obreros y patronales acordaron proponer el día de hoy en el Consejo Central de Asignaciones Familiares, que se solicite la elaboración de un proyecto sobre dirección sanatorial, por parte de una Comisión integrada por los 4 delegados médicos presentes, Dres. Yakubov, Sznajder, Febles y el suscrito.

* * *

En octubre de 1974 Margolis examinó y redactó un extenso documento de Comentarios Generales sobre el Proyecto FUNDAMENTOS CONCEPTUALES PARA UN PLAN NACIONAL DE SALUD (MSP) presentado por el Ministerio de Salud Pública.

Esto ocurrió cuando ya la Dictadura se había instalado a partir del 27 de junio de 1973, pero mientras el Sindicato Médico continuaba funcionando con actividad restringida, por cuanto no se le permitía realizar renovación de autoridades, ni actos públicos sin previa autorización policial.

Con anterioridad, desde el 1º de marzo de 1972 hasta el Golpe de Estado de 1973, el Ministro de Salud Pública Prof. Dr. Pablo Purriel había elaborado un proyecto de ley de Seguro Nacional de Salud que no pudo tomar estado parlamentario por la disolución de las Cámaras y su inmediata renuncia a la Cartera.

El Ministerio de Salud Pública en otras manos (Prof. Dr. Mario Arcos Pérez, antiguo discípulo y colaborador de Purriel en la Clínica Médica) asumió el cargo y pretendió reiniciar el tema, sin duda, mal asesorado. Contando con el peso de la organización militar, materializada en el ESMACO (Estado Mayor Conjunto), verdadero centro de poder superior al Poder Ejecutivo que continuaba desempeñando Juan María Bordaberry, se realizó el denominado “Cónclave del Nirvana”, por el hotel de Colonia Suiza donde tuvo lugar la reunión de alto nivel de la cúpula cívico-militar. De allí surgió el documento que analizaría Margolis.

En ese marco Margolis analizó pormenorizadamente el proyecto que le fuera sometido, refiriéndose a los aspectos generales; de la introducción; de la filosofía del Plan; la problemática de la asistencia médica; la medicina asistencial; el sector Estatal; el Ministerio de Salud Pública; la Medicina

Colectivizada; el sector Privado; diversos numerales del proyecto por él señalados; la Medicina Preventiva; la Medicina Laboral.

Margolis analizaba este documento oficial, con algunos párrafos introductorios que vale reproducir:

ASPECTOS GENERALES

1. *No se trata de un Plan ni de un esbozo de un Plan. Se propone sólo sus “fundamentos conceptuales”, por lo cual es lo suficientemente general como para admitir diferentes soluciones operativas que aclaren o corrijan algunas de las observaciones que puedan hacerse (es más bien una doctrina y política de salud). Sin embargo, sus redactores tienen ideas más concretas que la redacción escueta, en vías de enunciación.*
2. *Se propone resolver los problemas de todo el sector salud, en cuanto busca proteger a todos los habitantes del país. Sin desmedro de ello, luego omite la relación dentro del Sector, de algunos de sus elementos (Hospital de Clínicas, Asignaciones Familiares, Banco de Seguros del Estado).*
3. *Busca identificar los problemas del sector, o como dice en forma limitada, “de la asistencia médica”, en base a los cuales luego define líneas de probables soluciones.*
4. *Es de tendencia libre empresista. No se propone, ni a corto ni a largo plazo, un Sistema Coordinado Nacional de Salud ni un Servicio Único, sino que adecua pero respeta las instituciones existentes, incluso las que generan lucro en el sector, como los productores de medicamentos y los sanatorios privados. En ese sentido, se mantiene la atención médica como un artículo de compra y no como un derecho.*
5. *Se propone usar los recursos existentes, mejorándolos y compatibilizándolos, sin sustituirlos.*
6. *Remarca la interrelación entre salud, nivel de vida y seguridad social, de donde surge la premisa básica que la atención de la salud desborda el campo sectorial.*
7. *Propone mecanismos de verdadera coordinación, supervisión y normatización por el MSP que, en la actualidad, no se cumplen.*
8. *Prevé la regionalización sanitaria.*
9. *Se propone crear servicios, en especial a nivel nacional, que nuestro país no dispone o lo tiene a escala limitada.*
10. *Encara la centralización del tráfico de medicamentos, lo que puede contribuir a su abaratamiento.*
11. *Indica que se establecerá la atención domiciliaria del indigente en Montevideo, que actualmente no existe en la práctica.*
12. *Simplifica la organización de las instituciones de medicina colectivizada, distribuyéndolas en dos grupos fundamentales.*

13. *Se propone implementar políticas de Recursos Humanos y de Inversiones en el sector.*
14. *Plantea la necesidad de resolver concomitantemente con el Plan, los problemas del trabajador del sector: Código de Ética, Colegiación, salarios, escalafón, retiro médico. Se limita a hacer una enumeración, proponiendo una medida paliativa inmediata: la jubilación parcial.*

FILOSOFÍA DEL PLAN

1. *Parte de una definición de salud similar a la que aplica la OMS, pero incompleta. Esa definición, aún enunciada en forma igual a la original, no puede ser la imagen-objetivo de un Plan de Salud, pues la propia OMS lo considera como un estado ideal y no alcanzable, en los hechos, por ningún sistema u organización social. Otros proyectos de Sistema de Salud en nuestro medio se han propuesto una meta más clara y alcanzable: lograr el ejercicio del derecho a la atención médica por los habitantes del país.*
2. *Falta así la definición de la salud como derecho, para corregir una omisión de los textos constitucionales y legales vigentes.*
3. *Se refiere a las “condicionantes” que inciden sobre la salud, enumerando diversos elementos que tienen que ver con el nivel de vida y la seguridad social. Aún cuando la concepción general es correcta, se puede anotar una imprecisión metodológica, terminológica y a veces doctrinaria, en la redacción del texto.*
 - *Hay elementos de la enumeración que sobran: la “ausencia de enfermedad” no es una condicionante de salud, sino que se incluye en su definición; “el medio ambiente saneado” integra el concepto de salud, como lo dice el proyecto en el capítulo de “Medicina Preventiva” (pág. 7) o el de otros factores condicionantes enumerados (vivienda, alimentación, trabajo).*
 - *En el esquema original de [Francisco] Mardones Restat [Chile, 1919-2009], “descanso” y “esparcimiento” se unifican en el término de “recreación”.*
 - *Se ha omitido de ese esquema algunos elementos como: renta per cápita y distribución de la misma, fuerza de trabajo, libertades humanas, transportes y comunicaciones, seguridad social (aunque este último se menciona más adelante).*
4. *Surge una conclusión lógica, aunque no expresa: un Plan Nacional de Salud no da Salud, si no se actúa a la vez sobre el nivel de vida, seguridad social y factores condicionantes. No se señalan metas inter-sectoriales, ni la escasa relatividad de las acciones propuestas para el sector, por lo que la conclusión del numeral 1º de la Filosofía sería que no es posible mejorar la salud de la población, con un Plan basado en los fundamentos del presente. No basta,*

para levantar esa objeción, hablar de “la necesidad de su solución por parte de los organismos competentes”. ¿Cuáles son esos organismos? ¿Cuáles son esas soluciones?

5. *No compartimos el concepto de que Medicina Integral es la suma de 3 capítulos o compartimientos: la Medicina “Asistencial” (suponemos se refiere a las acciones de curación del enfermo), Preventiva y Laboral. Significa congelar la separación artificial entre promoción, protección y reparación de la salud; no prevé la Rehabilitación; la aparición de la “Medicina Laboral” como una de las dimensiones de la atención médica, es un artificio que ya se discutirá más adelante. No creemos que se pueda afirmar, por otra parte, que esa “Medicina Integral” integre el concepto de Seguridad Social, que está vinculado a la salud como parte del bienestar humano en sociedad, más que como cobertura de riesgos. La salud es un fin en sí misma, y es a la vez un medio para ese bienestar.*
6. *Se aplica a “Seguridad Social” el concepto del Seguro de Enfermedad, o sea, la cobertura de riesgos. Creemos que en las Cátedras correspondientes de las Facultades de Medicina, Derecho y Ciencias Económicas y en múltiples publicaciones nacionales e internacionales se han dado definiciones más ortodoxas.*
7. *Con buenas relaciones o sin ellas, la participación universitaria en un Plan de Salud es fundamental. Parece excesivo enumerar a 8 de las 10 Facultades como vinculadas directamente al Plan, pues, o bien esto se limita al sector como se lo propone, y se ha de recurrir a Facultades y Escuelas relacionadas estrechamente al mismo (Medicina, Odontología, Farmacia, Enfermería, Escuela de Dietistas, etc.), o se incluye a toda la Universidad (en la nómina no figura, llamativamente, la Facultad de Ciencias Económicas ni la de Humanidades y Ciencias, cuyas relaciones globales con el sector podrían describirse).*

Este documento, junto a los “Fundamentos Conceptuales para un Plan Nacional de Salud del MSP” fueron distribuidos a los miembros del Comité Ejecutivo del SMU y a sus comisiones asesoras, para formar su propia opinión.

* * *

Del 8 al 12 de mayo de 1978 tuvo lugar en San Juan de Puerto Rico la VI Conferencia Regional de la Federación Internacional de Hospitales. Margolis presentó una ponencia al Tema I: “Atención médica y hospitalaria de las Poblaciones que emigran a las grandes urbes” titulado LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL MARCO DE LA SEGURIDAD SOCIAL, la que fue publicada por el SMU intervenido en 1979.

* * *

Del 24 al 29 de junio de 1979 tuvo lugar en Oslo (Noruega) el XXI Congreso Internacional de Hospitales de la Federación Internacional de Hospitales. Allí se presentó una Ponencia elaborada por Margolis sobre PERFILES DE PERSONAL NO MÉDICO EN SUDAMÉRICA, el cual luego fue expuesto en setiembre 3 de 1979 en reunión del Equipo de Dirección médica del CASMU.

* * *

El 28 de setiembre de 1979 se realizó en el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” un Ateneo General coordinado por el Dr. Roberto Perdomo, para considerar el tema EL COSTO DE LA ATENCIÓN MÉDICA.

Allí se recogieron exposiciones del Cr. Isaac Margulies, Jefe del Departamento de Contaduría de dicho Hospital, que abordó la situación actual del tema convocado; Efraín Margolis abordó EL MEDICAMENTO, PUNTO DE VISTA MÉDICO-ADMINISTRATIVO, el Q.F. Cosme de los Santos abordó El Medicamento del punto de vista Farmacéutico, en tanto la Dra. Sylvia Carrara de Sica abordó el tema Evolución Creciente del Costo de la Atención Médica.²³

En las conclusiones de su intervención, Margolis establecía:

1. *La mayor demanda y el mayor gasto en medicamentos se ha señalado con carácter universal en la presente década.*
2. *El medicamento cumple con una importante función en la atención médica integral, a condición que sea usado en forma adecuada y no sustituye una correcta relación médico-paciente.*
3. *El medicamento muestra una tendencia a independizarse en parte del acto médico, constituyéndose a menudo una demanda por ser del usuario y una indicación autónoma de la consulta: la repetición de prescripciones sin ver al paciente es cada vez más frecuente.*
4. *La responsabilidad del manejo del recetario es básicamente del médico, aunque en su evolución y control participan el usuario y la organización sanitaria.*
5. *La prescripción farmacéutica está marcada por la presencia en el mercado de oligopolios concentrados en grandes laboratorios multinacionales, que influyen sobre el recetario médico y la demanda de la población.*
6. *Se indica los mecanismos de su encarecimiento a través del abuso de drogas, la polifarmacia y el crecimiento paulatino y constante del número de personas*

23 Ateneo General del Hospital de Clínicas. El Costo de la Atención Médica. Coordinador Dr. Roberto Perdomo. 28 de setiembre de 1979, Anfiteatro del Piso 3. Organiza: Comité de Programación. Documento oficial mimeografiado, formato carta, 42 páginas.

que en los diferentes países acceden al medicamento, del número de prescripciones por persona y del valor promedio de cada específico.

* * *

En diciembre de 1982 publicó TEMAS DE AUDITORÍA MÉDICA: I. Control de la Demanda de Atención Médica; II. Actitudes en Latinoamérica del Personal Sanitario y del Público hacia la Atención Médica, donde constaba su autoría como Director de Contralor Médico del CASMU.

* * *

En junio de 1980 elaboró el Relato para la VIII Conferencia Regional de la Federación Internacional de Hospitales, que tuvo lugar en Río de Janeiro, como ponencia oficial del CASMU, sobre LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD EN LAS GRANDES CIUDADES.

* * *

El 13 de julio de 1981 elaboró la respuesta al Cuestionario SOBRE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD EN EL URUGUAY, para ser remitido a la Asociación Médica Mundial. Dicho documento fue luego transcrito y enviado a la AMM con la firma del Interventor Dr. Héctor Pollero.

* * *

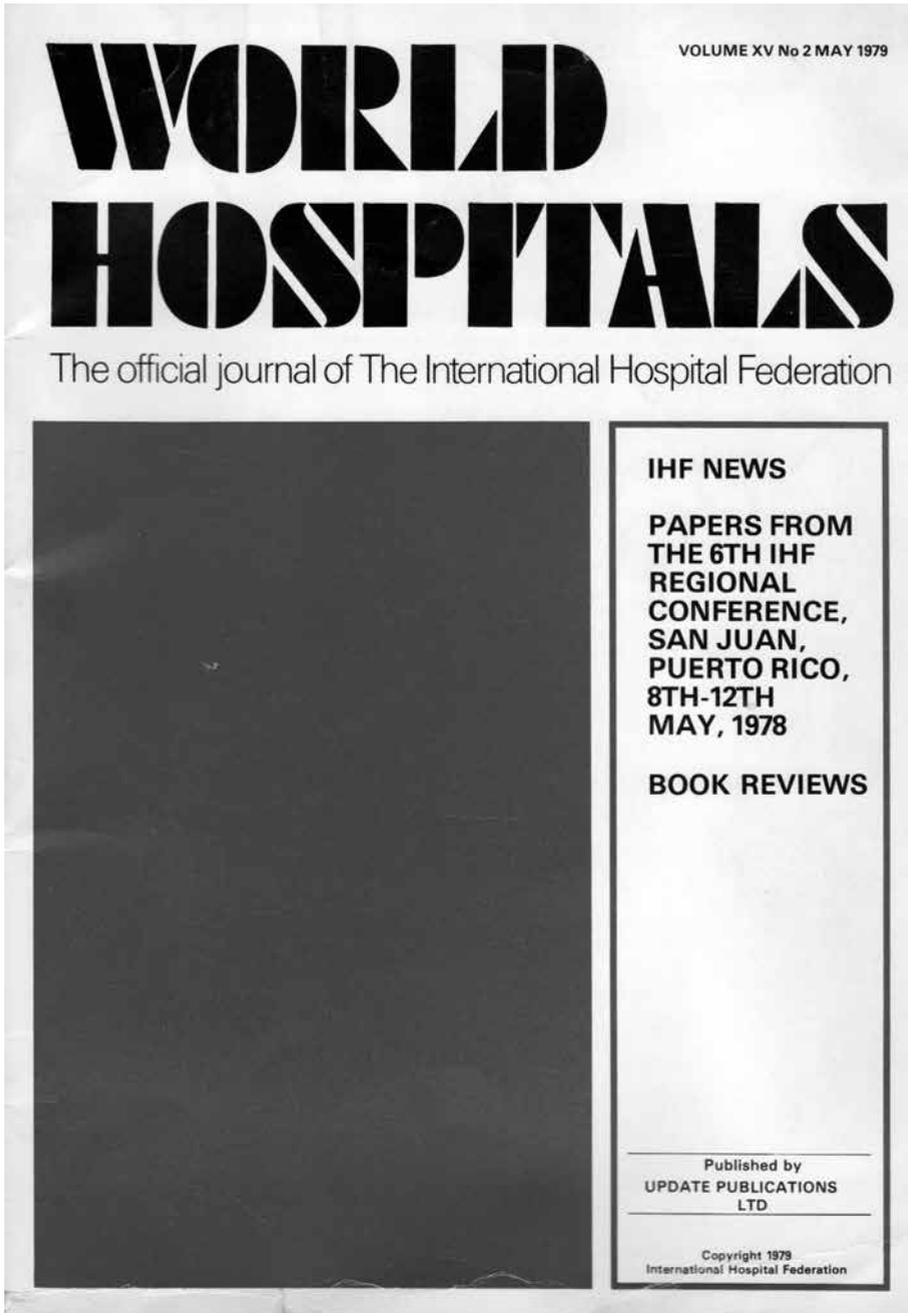
La publicación LA ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVIZADA EN URUGUAY (1853-1972) elaborada por Efraín Margolis y editada por el SMU en el primer semestre de 1972, tuvo amplia repercusión nacional e internacional. Fue distribuida por el SMU a todas las organizaciones de Medicina Colectivizada. También se hizo llegar a la Asociación Médica Mundial (con sede entonces en Nueva York), a la Organización Panamericana de la Salud (con sede en Washington DC), y a la Confederación Médica Panamericana (con sede en Santiago, Chile, desde 1971); a las Asociaciones de Mutualistas, Instituto de Teoría de la Arquitectura y Urbanismo de la Facultad de Arquitectura de Uruguay, y a diversas Bibliotecas públicas y privadas del país y el exterior, lo que fue oportunamente agradecido.

* * *

LAS PUBLICACIONES INTERNACIONALES de Margolis fueron varias, pero nos referiremos a tres publicadas en la revista especializada *World Hospitals*.

- I. En mayo de 1979, Vol. XV, No. 2, páginas 150-153, apareció su artículo *Medical care within the framework of social security* [La atención médica dentro del marco de la seguridad social], donde describía las condiciones generales del país, y de su sistema de salud, así como la estructura demográfica y el sistema de seguridad social, con especial referencia al sistema de medicina colectivizada y las características de las IAMCs (Instituciones de Asistencia Medicina Colectivas).
- II. En abril de 1983, Vol XIX, Nos. 1 & 2 de la misma revista, se publicó su artículo *Computerised information systems in Health care in Latin America: The role of computers and data processing in improving hospital efficiency* [Los sistemas de información computarizados en los servicios de salud en América Latina: El papel de los computadores y el procesamiento de datos en el incremento de la eficiencia hospitalaria], lo que constituye tal vez la primera publicación de origen uruguayo sobre la aplicación de la informática a los sistemas de atención médica, fuera de las aplicaciones administrativas que ya eran de larga data conocidas en Uruguay, cuya experiencia al respecto también es descrita allí por Margolis. Plantea la necesidad de un sistema informático integrado para la gestión clínica y los problemas inherentes a los sistemas médicos computarizados. Insistía en sus conclusiones que la irrupción de la informática en la consulta médica no debía interrumpir la relación médico-paciente, sino que por el contrario, debía ser parte de la relación para disponer más tiempo para el diálogo, siendo una desafiante apuesta al futuro que aumentaría la eficiencia del sistema de atención.
- III. También en abril de 1983, pero en el suplemento español de *World Hospitals*, Vol. XIX, Núm. 1 y 2, pp. 21-22, se reproduce un artículo suyo sobre LA INFORMÁTICA EN LOS SISTEMAS SANITARIOS LATIOAMERICANOS, donde comenta que la implantación de la informática y los sistemas de computación en el área de la atención médica de América Latina, comienza en la década del 60 pero se intensifica recién a fines de la década del 70.

Allí explica que inicialmente fue usada a nivel de instituciones aisladas y hospitales, para el área financiera: emisión de cuentas y recibos, pago de sueldos. Más tarde se le incorpora el uso administrativo: control de personal, estadísticas, controles de stocks, automatización de las compras, central de citas, manejo de información para la toma de decisiones a nivel gerencial.



(Archivo RHRdeM)

Recién en los últimos años se empieza a aplicar o a organizar la rápida implementación en el área de la medicina clínica: historia clínica computarizada, información farmacológica, lectura directa de resultados de análisis, adjudicación de camas hospitalarias, estudios multifásicos de salud en grandes grupos y otros.

A ello se agrega el acceso a la memoria de las computadoras en tiempo real y en forma inmediata, y la extensión a los servicios a nivel nacional.

La situación en Latinoamérica es muy disímil según la situación económica y demográfica de los países y las instituciones de salud. En cada ciudad y cada organización, los niveles de informática que se alcanzaron son muy diferentes, y recién se comienza a consolidar a nivel nacional los datos fragmentarios.

Se presenta la experiencia del Uruguay a un nivel intermedio entre la alta sofisticación y los sistemas primitivos. Se analiza en especial las Instituciones Colectivas privadas (mutuales) y en ellas, el Centro de Asistencia del Sindicato Médico.

El Sistema Nacional de Información [SINADI] ha sido montado por el Ministerio de Salud para consolidar los Indicadores de Gestión a nivel privado de todo el país.²⁴

Los ejemplos prácticos de gestión que se presentan son: Presupuesto-Programa y análisis de costos por Unidad Ejecutora; los controles de stocks y automatización de las compras; la gestión administrativa en torno al paciente; la creación de las bases de datos, los sistemas integrados y la información en cadena y la automatización de análisis e historia clínica.

Se plantean los problemas que aparecen con la introducción de la informática en los países desarrollados: el mal uso de equipos sofisticados, la dependencia tecnológica y la limitación de las aplicaciones de la informática en base a las carencias de los sistemas administrativos.

Sin embargo, la informática produce profundos cambios en la atención médica, tanto a nivel del usuario como del médico y de la organización sanitaria, que es aconsejable tener en cuenta antes de implementar nuevos sistemas.

* * *

24 Resulta irónico y jocoso que el MSP, que durante la Dictadura (que terminó hace 30 años) desarrolló el SINADI para controlar los indicadores de las instituciones privadas, no haya hecho algo similar con las instituciones que tiene bajo su control directo, o ahora indirecto a través de ASSE, consagrando una de las grandes asimetrías que presenta el actual SNIS oriental. Donde se controla exhaustivamente a un subsector, pero no se hace lo mismo con el otro, donde los usuarios del sector privado deben tributar timbres por exámenes y estudios a la Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios, y los que se asisten en ASSE no tributan absolutamente nada. Son perlas para el collar de las rectificaciones pendientes.

WORLD HOSPITALS

Volume XIX, Nos 1 & 2, April 1983

The official journal of The International Hospital Federation

**SPECIAL PRE-
CONGRESS ISSUE**

IHF NEWS

**CARE OF THE ELDERLY
IN HOSPITAL AND
COMMUNITY -
ACHIEVING THE MOST
EFFECTIVE BALANCE**

**INNOVATIONS IN THE
PLANNING,
MANAGEMENT AND
DELIVERY OF HEALTH
CARE IN BIG CITIES**

**DESIGN FOR
EFFICIENCY,
ECONOMY AND
HUMANITY IN
HOSPITALS**

**THE ROLE OF
COMPUTERS AND
DATA PROCESSING IN
IMPROVING HOSPITAL
EFFICIENCY**

**COMPUTERISED
HOSPITAL
INFORMATION
SYSTEMS**

**COMPUTERS IN THE
PUBLIC HOSPITALS IN
FRANCE**

BOOK NOTES

*Copyright 1983
The International Hospital Federation*

(Archivo RHRdeM)

Efraín Margolis fue el encargado del *Boletín al Cuerpo Médico del CASMU*. Tal encargo lo desempeñó entre 1979 y 1983. En el número 11, Año IV, Noviembre 1980, hay un Editorial suyo titulado APLICACIONES DE LA COMPUTACIÓN A LA ATENCIÓN MÉDICA.

Reproduciendo lo que más tarde publicaría en *World Hospitals*, en 1983, sobre tema similar, remataba su artículo de esta forma:

La introducción de la Historia Clínica computada abre un camino inconmensurable y permite unificar la información administrativa, financiera y clínica en cada acto de atención médica.

¿Cómo repercutirá todo esto sobre la atención médica?

Tal vez el usuario sea el que menos perciba una diferencia sustancial. Seguirá visitando a su médico y contándole sus cuitas, pues no se postula la ruptura de la relación-médico paciente, sino que ambos polos tengan más tiempo para el diálogo.

Para el médico sí habrá cambios fundamentales. Tendrá acceso, en general y ante cada enfermo, a un volumen de información de la que hoy no dispone, para resolver mejor y más rápidamente sus problemas. Seguirá siendo responsable de su paciente porque la máquina, alimentada por el hombre, también está sujeta a errores y la última decisión es del médico.

La organización asistencial incrementará enormemente su eficacia, su extensión a grandes masas, su racionalidad.

Y como dicen las comadres: "Que Ud y yo lo veamos".

Evidentemente durante su vida presenció grandes avances en este terreno, pero no alcanzó a ver la historia clínica electrónica (HCE), que desarrollaría su hijo Álvaro al final del Siglo XX y comienzos del XXI, a través de sus múltiples actividades, desde la creación de la SUIIS (Sociedad Uruguaya de Informática en Salud, fundada en 1996) y los avances posteriores en el país y en el exterior. Aunque todavía sigue pendiente la implementación de la HCE a nivel general en todas las instituciones que conforman el SNIS. Otra tarea pendiente.

* * *

Now



DOCUMENTOS

La Atención Médica en el Marco de la Seguridad Social

Montevideo (Uruguay)

DR. EFRAIN MARGOLIS

Ponencia de la VI Conferencia Regional de la Federación
Internacional de Hospitales (San Juan de Puerto Rico, 1978)

Publicación del Sindicato Médico del Uruguay
Montevideo 1978



PERFILES DE PERSONAL
NO MEDICO EN SUD AMERICA

Dr. EFRAIN MARGOLIS

**Ponencia para el XXI Congreso Internacional de
Hospitales (Oslo Junio de 1979)**

MONTEVIDEO - URUGUAY



**LA ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD
EN LAS GRANDES CIUDADES.**

SISTEMA CON DOS NIVELES

Dr. EFRAIN MARGOLIS

**RELATO PARA LA VIII CONFERENCIA REGIONAL
DE LA FEDERACION INTERNACIONAL DE HOSPITALES**

(Río de Janeiro, Junio de 1980)

C.A.S.M.U. - MONTEVIDEO - URUGUAY

EL MEDICAMENTO Y EL COSTO DE LA ATENCION MEDICA



DR. EFRAIN MARGOLIS



PUBLICACION DEL C.A.S.M.U. 1981

MONTEVIDEO - URUGUAY

(Archivo FDAN)



TEMAS DE AUDITORIA MEDICA

DR. EFRAIN MARGOLIS
Director de Contralor Médico del C.A.S.M.U.

C.A.S.M.U. ————— MONTEVIDEO-URUGUAY ————— DICIEMBRE DE 1982

PNSP/84-33

ISS

ESTUDIO DE LAS TENDENCIAS DE LAS
INVESTIGACIONES EN SERVICIOS DE SALUD
EN ALGUNOS PAISES DE LATINOAMERICA
Y DEL CARIBE

1974 - 1983

INFORME DE URUGUAY

DR. EFRAIN MARGOLIS

Este documento no constituye una publicación oficial. No debe ser objeto de reseña, resumen, ni cita sin la autorización de la Organización Panamericana de la Salud. Las declaraciones consignadas en artículos firmados son la responsabilidad exclusiva de sus autores.



MEDICINA CON HUMOR

El humor era una de las características permanentes en la vida diaria de Margolis. Siempre acompañaba su conversación, sus intervenciones, con una sonrisa, o tal vez un chiste oportuno o un cuento que traducía una parábola. Con su tono amable y simpático, que ganaba al interlocutor rápidamente, con su voz suave y sus razones contundentes, que al menos invitaban a la reflexión o transmitían una sutil enseñanza.

Pero esa actitud que conocimos de cerca en lo cotidiano, tanto en la relación interpersonal, como en las reuniones de grupo, donde volcaba la cuota de humor chispeante que distendía y hacía gratos los momentos donde se discutían temas espinosos, también supo transformarlo en una actividad escrita, que plasmó en ese *Boletín al Cuerpo Médico del CASMU*, en el mismo ejemplar que antes mencionamos de noviembre de 1980.

Allí en la última página, bajo el título MEDICINA CON HUMOR, se refiere al ADMINISTRADOR MÉDICO, en una página en verso, que está ilustrada por una caricatura, y lleva como firma Don Pablo, tal vez recordando cariñosamente la figura de Don Pablo Fasulo, que fuera Gerente General del CASMU y compañero de tantos años de labor y camaradería, en tiempos democráticos.



Don Pablo Fasulo haciendo uso de la palabra en una audición radial del SMU, circa 1956. (Archivo histórico SMU).



REVISTA

AL CUERPO MEDICO

Información exclusiva para los técnicos del C.A.S.M.U.

EN ESTE NUMERO LEA:

| | |
|--|-----------|
| Editorial - Aplicaciones de la Computación a la Medicina | 3 - 5 - 7 |
| Noticiero del S.M.U. | 8 |
| Situación Económica del C.A.S.M.U. Inversiones | 11 |
| Más sobre recetas ilegibles | 13 |
| Reacciones adversas a los Medicamentos | 15 |
| La medicación de Urgencia | 17 |
| Atención de pacientes en el día | 21 |
| Antigüedad como Socio del S.M.U. | 21 |
| Nuevos valores del recibo | 21 |
| Medicamentos - Estadísticas | 25 - 30 |
| Remuneraciones Técnicas | 25 |
| Licencia anual fraccionada | 34 |
| Análisis de "rutina" | 34 |
| Lo barato sale caro (a veces) | 37 |
| Código de ética hospitalaria | 43 |
| Medicina con Humor | 48 |

Decía así la composición poética:

*Médico Administrador
ipavada de especialista!
que parece oficinista
y es un mártir superior;
Tiene grado de Doctor
con función tan complicada
injustamente ignorada,
que para tener destaque
debe de ser un Mandrake
en su labor cotidiana.*

*“Administrar” es función
netamente de servir
y procede del latín
“servir a” y esta mención
se cumple en toda ocasión
ya sea en un hospital,
en sanatorio mutual
o de recuperación
o en cualquier institución
a la que hay que administrar.*

*Cuando elige el estudiar
para esta especialidad
conoce bien la verdad
que mucho no va a ganar,
y aunque consiga escalar
el máximo escalafón,
será siempre en su misión
un técnico asalariado,
con un horario marcado
y sujeto a un Director.*

*Su meta es dar atención
a muchísimos “clientes”
internados y pacientes
con un nivel superior
de asistencia, y al menor
costo posible operativo,
algo muy extraordinario*

*porque debe conformar
a médicos, personal,
al Director y al usuario.*

*Por eso le “dan con creces”
al “pobre administrador”,
que es el acaparador
de cuanta queja aparece;
la Directiva cien veces
le aplica “las bofetadas”,
él no se salva de nada,
mientras el clínico, en tanto
lleva la aureola de “santo”
esquivando la cuerriada.*

*Su paciente es un “plural”;
es la colectividad,
y lucha por mejorar
el nivel asistencial;
entonces puede aspirar,
cual premio a su apostolado,
ser electo Diputado o
presidente popular
del club de fútbol local
por sus méritos ganados.*

*No recibe los halagos
del paciente agradecido
que le presenta un “cumplido”
con un “modesto regalo”,
la botella del “dorado
escocés” ya fenecido,
por sidra sustituido,
o en campaña los “corderos”
que reciben compañeros
clínicos, establecidos.*

*Tiene su “sueño dorado”:
la Oficina Sanitaria
Panamericana, área
donde llegar “contratado”*

*conseguir ser un “becado”
que le permita viajar,
conocer, poder aborrar
aunque sea unos poquitos
pero fuertes “dolarcitos”
“verdes” para “madurar”.*

*Sus colegas lo rotulan
“burócrata” consiguiendo
entre pilas de expedientes
que en su despacho lo abrumen;
pero hay veces que lo adulan
y es cuando de él necesitan
una “changa”, una “piernita”
un “consejo”, una “licencia”
que él puede, con experiencia
resolverlo enseguidita.*

*Y para el personal es
como “patrón” de la empresa
que lo asciende en una de esas
o lo posterga otra vez;
resulta el Supremo Juez
que felicita o sanciona
que castiga o que perdona
y cuando van a su escritorio
es “el cielo” o “purgatorio”
para todas las personas.*

*Y para los abonados
o socios de la mutual
él viene a representar
el jerarca consagrado.
al recibir resignado
sus “quejas justificadas”
porque una “mala mirada”
le dedicó un funcionario
o porque “falla el horario”
de la consulta “atrasada”.*

O porque ayer por la noche

*demoró mucho la Urgencia
-Diga, Doctor, ¡qué se piensa!
¿por qué no ponen más coches?,
Y aunque su ingenio derroche
tratando de apaciguar
y también justificar,
de su interior brota un grito:
¿Por qué no vas al cuartito
del fondo con tu quejar?*

*Y para los proveedores,
gente de laboratorios,
él es “chivo expiatorio”
de quien esperan favores;
y aunque le den los mejores
precios para un “buen negocio”
él se hace siempre “el oso”
procediendo a licitar,
y la esperanza va a dar
con el gozo bien al pozo.*

*Y así el Administrador
por todo lo sucedido
es odiado y es querido
es repulsa y es amor.
y él carbura en su interior
qué está pensando la gente
“Dios me libre, del presente
de tener que tolerarlo”.
Pero él piensa ya en librarlos
de afiliados y Gerentes...*

Don Pablo

**MEDICINA
CON
HUMOR**

EL ADMINISTRADOR MEDICO

Médico Administrador
¡ pavada de especialista !
que parece oficinista
y es un mártir superior;
Tiene grado de Doctor
con función tan complicada
injustamente ignorada,
que para tener destaque
debe de ser un Mandrake
en su labor cotidiana.

"Administrar" es la
netamente de servir
y procede del latín
"servir a" y esta mención
se cumple en toda ocasión
ya sea en un hospital,
en sanatorio mutual
o de recuperación
o en cualquier institución
a la que hay que administrar.

Cuando elige el estudiar
para esta especialidad
conoce bien de verdad
que mucho no va a ganar,
Y aunque consiga escalar
el máximo escalafón,
será siempre en su misión
un técnico asalariado,
con un horario marcado
y sujeto a un Director.

Su meta es dar atención
a muchísimos "clientes"
internados y pacientes
con un nivel superior
de asistencia, y al menor
costo posible operativo,
algo muy extraordinario
porque debe conformar
a médicos, personal,
al Director y al usuario.

Por eso le "dan con creces"
al "pobre administrador",
que es el acaparador
de cuanto queja aparece;
la Directiva cien veces
le aplica "las bofetadas",
él no se salva de nada,
mientras el clínico, en tanto
lleva la aureola de "santo"
esquivando la cuerlada.



Su paciente es un "plural":
es la colectividad,
y lucha por mejorar
el nivel asistencial;
entonces puede aspirar,
cual premio a su apostolado,
ser electo Diputado o
Presidente popular
del club de fútbol local
por sus méritos ganados.

No recibe los halagos
del paciente agradecido
que le presenta un "cumplido"
con un "modesto regalo",
la botella del "dorado
escocés" ya fenecido,
por sidra sustituido,
o en campaña los "corderos"
que reciben compañeros
clínicos, establecidos.

Tiene su "sueño dorado":
la Oficina Sanitaria
Panamericana, área
donde llegar "contratado",
conseguir ser un "becado"
que le permita viajar,
conocer, poder ahorrar
aunque sea unos poquitos
pero fuertes "dolarcitos",
"verdes" para "madurar".

Sus colegas lo rotulan
"burócrata" consiguiente
entre pilas de expedientes
que en su despacho lo abruma;
pero hay veces que lo adulan
y es cuando de él necesitan
una "changa", una "piernita"
un "consejo", una "licencia"
que él puede, con experiencia
resolverlo enseguida.

Y para el personal es
como "patrón" de la empresa
que lo asciende en una de esas
o lo posterga otra vez;
resulta el Supremo Juez
que felicita o sanciona
que castiga o que perdona
y cuando van a su escritorio
es "el cielo" o "purgatorio"
para todas las personas.

Y para los abonados
o socios de la mutual
él viene a representar
el jerarca consagrado.
A recibir resignado
sus "quejas justificadas"
porque una "mala mirada"
le dedicó un funcionario
o porque "falla el horario"
de la consulta "atrasada".

O porque ayer por la noche
demoró mucho la Urgencia
-Diga, Doctor, ¡ qué se piensa!
¿ por qué no ponen más coches
y aunque su ingenio derroche
tratando de apaciguar
y también justificar,
de su interior brota un grito:
¿ Por qué no vas al cuartito
del fondo con tu quejar?

Y para los proveedores,
gente de laboratorios,
él es "chivo expiatorio"
de quien esperan favores;
y aunque le den los mejores
precios para un "buen negocio"
él se hace siempre "el oso"
procediendo a licitar,
y la esperanza va a dar
con el gozo bien al pozo.

Y así el Administrador
por todo lo sucedido
es odiado y es querido
es repulsa y es amor.
Y él carbura en su interior
que esta pensando la gente
"Dios me libre, del presente
de tener que tolerarlo".
Pero él piensa ya en librarlos
de afiliados y Gerentes...

Don Pablo

Carátula: Alberto Lorenzo
Caricaturas: Baltasar De Rosa
Traducciones: Gladio Ferraz, Margarita González y Concepción Sansó
Jefe de Imprenta: Edgardo Piñeiro

Dirección Coordinadora de Medicamentos
Coordinador Administrativo

Edición del CASMU; Redacción y
Administración: Colonia 1938 P.2, Tel.: 40 11 89

Impreso en noviembre de 1980, en CASMU
8 de Octubre 3301 - Tel.: 58 34 34 - 58 71 52

Depósito Legal 152.609/80

SU RELACIÓN CON LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

Nos hemos referido en otros párrafos a la fuerza que imprimió Margolis en el CASMU a la racionalización del uso del medicamento, con sólidas bases farmacológicas y sanitarias, y rigurosos criterios de administración de recursos. Esta actuación, por sí sola, le valdría el mayor mérito. Sin embargo, ocurrió todo lo contrario.

Eso se tradujo en una publicación que marcó rumbos en su tiempo, y que por vez primera se hacía en el país, distinguiéndolo a él como el autor que planteó el tema en sus términos más justos con un análisis exhaustivo, que permitió transmitir conocimientos a quien los quisiera rectamente aprovechar. Y, ¡oh paradoja!, debe destacarse fundamentalmente las millonarias economías que significó su trabajo a la Institución, hecho que no le fue debidamente reconocido por las autoridades naturales de la misma, aunque fuera una de las razones fundamentales por las que la Intervención lo mantuvo al frente de esa Dirección, pese a los embates del ESMACO y el MSP, como fue dicho, y se explicitará más adelante.

Siempre guiado con la compañía de la farmacóloga Aída Rey Álvarez, una arraigada funcionaria del CASMU que había hecho su carrera trabajando en cargos administrativos y luego de graduada continuó trabajando simultáneamente con su tarea docente en la Facultad de Medicina en la

Cátedra respectiva, Margolis publicó en 1981, editado por el SMU, *EL MEDICAMENTO Y EL COSTO DE LA ATENCIÓN MÉDICA*, en cuya elaboración trabajó largos meses.

El 6 de agosto de 1985 concurrió invitado a CEFA (la Cámara de Especialidades Farmacéuticas y Afines) que por entonces comprendía la mayor parte del mercado de medicamentos en volumen de venta y en número de unidades, para acompañar al Lic. Eduardo Carrillo, que venía por la OPS para hacer una visita vinculada a la temática del medicamento y a los indicadores de gestión. En esa ocasión Margolis desarrolló una conferencia, que fue recogida en un documento de 20 páginas, a doble espacio en formato carta, en el cual volcó sus principales ideas sobre el tema. En ese momento ya integraba una Comisión del Ministerio de Salud Pública en calidad de Secretario Técnico, la Comisión Asesora de Medicamentos, asesora de la Dirección General de la Salud que desempeñaba el Dr. Carlos A. Migues Barón. El documento recoge la exposición de Margolis y el diálogo que suscitó a continuación con los Directivos de CEFA y los Gerentes de la Industria Farmacéutica, con posterioridad, en un clima de cordialidad y franco intercambio de opiniones.

* * *

Varios fueron los libros publicados por Margolis, que era un estudioso de todos los temas de la salud, a la vez que se interesaba por los problemas políticos y culturales del país.

En 1989 publicó con Nelly Piazza de Silva el libro *ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA* en el URUGUAY, Ediciones Nordam, 430 páginas, en realidad una segunda edición de un trabajo que le había encomendado a fines de 1984 la Organización Panamericana de la Salud.

La edición tiene dos prólogos, que dan cuenta del proceso seguido, por lo cual los transcribimos:

PRÓLOGO A LA PRIMERA EDICIÓN

El Programa de Prestación de Servicios de la OPS/OMS ha dispuesto realizar un estudio sobre "Características de Organización de la Atención Médica de la Región", con el propósito de: "actualizar la información existente a nivel nacional y regional, con el fin de identificar tendencias de evolución en la organización y en la prestación de servicios personales de salud; establecer áreas en las cuales se requiere desarrollar estudios de investigación; precisar los campos de cooperación técnica, en-

tre países y por otra parte de la Organización Panamericana de la Salud y de otros organismos internacionales”.

Con ese fin, se invitó a integrar grupos técnicos a investigadores de 14 países: Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Uruguay y Venezuela.

En Uruguay se seleccionó al Dr. Efraín Margolis para liderar el grupo técnico, que se constituyó con el mismo y la Dra. Nelly Piazza de Silva, y la Sra. Concepción Sansó en la secretaría administrativa.

Firmado el contrato en la primera semana de septiembre de 1984 y con cuatro meses para su ejecución, ubicamos la bibliografía nacional sobre el tema y encontramos importantes antecedentes.

En el país se han realizado tres grandes estudios diagnósticos generales del Sector Salud en las últimas décadas:

- 1. 1962-64 por la CIDE (Comisión de Inversiones y Desarrollo Económico-Social), en su Plan de Desarrollo Económico-Social.*
- 2. 1972 por el Ministerio de Salud Pública, en base a las directivas políticas del Ministro Dr. Pablo Purriel con el objetivo de sancionar una ley de Servicio Nacional de Salud, no concretada finalmente con motivo del golpe de estado militar del 27 de junio de 1973.*
- 3. 1982-84 por el Ministerio de Salud Pública, con el Estudio del Sistema de Servicios de Salud en tres aspectos: Encuesta Familiar de Salud, Financiamiento del Sector Salud y Caracterización del Recurso Físico, finalizando con un Esquema General para un Plan Nacional de Salud. La dirección del estudio estuvo a cargo del Dr. Carlos Miguez Barón.*

Existen además estudios individuales o de grupos de expertos nacionales y extranjeros que procesaron y produjeron información sobre el tema: F. Suescún (1968), Simón Feld (1969), Obdulia Ébole y el equipo de la Cátedra de Higiene y Medicina Preventiva (1969-1972), José Royol (1970), Eduardo Yannicelli, en un trabajo auspiciado por el Sindicato Médico del Uruguay (1971), Efraín Margolis (1972 y 1979), Roberto Mariño y la División Planificación del MSP (1977-1980), Ricardo Meerhoff (1979-1984).

Para elaborar este informe contamos con una rica y reciente bibliografía nacional, a lo que agregamos material propio inédito y completamos y actualizamos personalmente los datos disponibles.

Si bien el país tiene información dispersa y, a menudo, poco conocida sobre sus servicios de salud, y en muchos aspectos es insuficiente o nula, mediante un esfuerzo individual de recopilación y elaboración es posible tener una buena visión del Sistema de Servicios de Salud, que esperamos haber logrado en este informe.

Para su confección tuvimos en cuenta la “Guía General para la realización de estudios de experiencias nacionales” preparada por un Grupo de trabajo en Washington DC (9-13 de abril de 1984), que explica el orden de trabajo y los aspectos analizados.

Como aclara el título, se estudia la organización de los servicios de atención médica para las personas. Por esa razón, son escasas las referencias a los aspectos legales, epidemiológicos, factores condicionantes, saneamiento del medio, patología nacional, demografía y otros aspectos, salvo para ubicar, en relación a ellos los servicios personales de salud.

Tratándose de un relato para uso internacional, nos vimos obligados a explicar sucintamente algunas características del sector salud y su organización, que en su difusión local pueden parecer obvias. De todos modos, creemos que puede ser de interés para quienes deseen conocer nuestro sistema de servicios de salud, pudiéndose profundizar aspectos específicos con los títulos registrados en la bibliografía.

Finalizamos este prólogo expresando nuestro reconocimiento al Dr. Vladimiro Rathouser, por su confianza y la ayuda brindada en la realización de este trabajo, y a los Dres. Luis Jorge Osuna y Jorge Castellanos, de OPS/OMS, por habernos abierto una posibilidad de investigación útil para el país y para la comunidad sanitaria nacional.

Montevideo, Enero de 1985.

Los autores.

PRÓLOGO A LA PRESENTE [SEGUNDA] EDICIÓN

Autorizados por la Organización Panamericana de la Salud, hemos decidido publicar este trabajo, dado que se nos ha solicitado reiteradamente el acceso a su contenido, tanto por parte de docentes como estudiantes del pregrado y del pos-grado, como por bibliotecas y organismos locales e internacionales.

Desde principios de 1985, fecha de su conclusión, hasta ahora han transcurrido cerca de cuatro años, pero no ha habido grandes cambios en la organización de la atención médica y de los servicios de salud en el Uruguay. Nuestro país ha sido muy lento en los cambios sociales, y el progreso real no ha acompasado el progreso manuscrito. Algunos hechos puntuales no han cambiado la esencia del Sistema de Salud uruguayo, aunque pudieran modificar ligeramente aspectos descriptivos concretos.

Desde 1985 a la fecha, hubo un nuevo Censo Nacional de Población y Vivienda, una crisis económica y cierre de algunas instituciones mutuales²⁵, nuevas normas jurídicas sobre la medicina colectiva, creación de un órgano descentralizado para la administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)²⁶ en la órbita del Ministerio de Salud Pública, propuestas políticas concretas para implantar un nuevo

25 Las llamadas "mutualistas desfinanciadas" que cerraron entre 1986 y 1987: Asociación Fraternidad, Circolo Napolitano, Società Italiana di Mutuo Socorso, La Unión Fraternal, Mutualista Pasteur, Mutualista Italiana, Mutualista Batlle, Asociación Mutualista del Partido Nacional, OMA, etc.

26 Creación de ASSE como organismo desconcentrado del Ministerio de Salud Pública, Ley No. 15.903, Arts. 267-275, Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal Ejercicio 1986, promulgada el 10 de noviembre de 1987.

Sistema Nacional de Salud y algunos otros hechos afines. En el texto de esta edición se toma debida nota de estas circunstancias y se incorporan a su contenido.

Todos estos temas pueden ahora discutirse libre y públicamente, finalizado el período de la dictadura militar. No obstante, cuando escribimos el informe para OPS/OMS, ya señalábamos expresamente la incidencia del régimen de facto en la organización de la atención médica, como investigadores sociales.

Aunque ahora esos textos pueden difundirse sin restricciones, se indica que en 1984 no era así.

Otra circunstancia a remarcar es que en los últimos años han sido muy escasas las publicaciones de investigación administrativa como la que presentamos, por lo que esta no ha perdido actualidad.

Nos hemos preocupado de actualizar datos, documentos y hechos, de reordenar los textos para hacer más ágil su manejo y, en algunas partes, de simplificarlos para evitar la rigidez de las normas a las que tuvo que ajustarse el trabajo original según las instrucciones de OPS/OMS.

Agradecemos al lector las sugerencias que nos haga llegar, a efectos de ir mejorando la calidad del trabajo en futuras reediciones e investigaciones.

Montevideo, Diciembre de 1988

Los autores.

* * *

DOS OBRAS FUNDAMENTALES

De la abundante producción escrita de Margolis, queremos destacar dos, por su importancia, y porque permiten iluminar lo que ha sido el desarrollo de la atención médica en Uruguay a lo largo del siglo XX.

La primera es *La Asistencia Médica Colectivizada en el Uruguay*, subtitulada *El seguro voluntario pre-pago de atención médica (1853-1972)*, en una edición mimeografiada realizada por el Sindicato Médico del Uruguay en agosto de 1972, con 300 páginas.

En la Introducción, el autor señala el origen del trabajo:

A fines de 1970, la Asamblea del Claustro de la Facultad de Medicina resolvió realizar durante el año siguiente una serie de sesiones destinadas al estudio de la Realidad Sanitaria Nacional. A esos efectos, aprobó un extenso Temario, encomendando a distintas Instituciones, Facultades y Escuelas la redacción del Informe sobre cada punto del mismo.

Al Sindicato Médico del Uruguay le correspondió informar sobre el tema “Panorama de la Asistencia Médica Colectivizada en el Uruguay”.

La elaboración del informe fue sometida a la Comisión de Estructura Sanitaria Nacional del SMU y dentro de ésta, a la Sub Comisión “sector privado de la Salud”. Esta última aprobó los lineamientos generales del informe el 10 de marzo de 1971 y los elevó a la antedicha Comisión, donde también recibieron aprobación.

En consecuencia, la responsabilidad inicial fue de los siguientes miembros del SMU:

Dr. Julio C. Ripa – Responsable ante el Comité Ejecutivo de la Comisión de Estructura Sanitaria Nacional.

Comisión Informante (sector privado de la salud)

Dr. Efraín Margolis (Coordinador y Redactor. Delegado de la Subcomisión ante la Comisión de Estructura Sanitaria).

Dr. Mario Brandolino

Dr. Ruben Gary

Dr. Jaime Gofín

Dr. José Horjales.

Al no haberse reunido la Asamblea del Claustro para tratar el Temario proyectado, el Redactor pudo elaborar un proyecto de informe más detallado y que fuera un documento útil para los planteamientos de reestructuración sanitaria en que se halla embarcado el SMU.

A los efectos de su discusión interna, se efectúa la presente impresión de número limitado. Aunque el texto no fue objetado en sus lineamientos básicos por los miembros antes citados, tampoco fue motivo de discusión detenido, por lo que refleja solamente la opinión del Redactor. Eso explica, por otra parte, la actual presentación del trabajo, la no inclusión de algunos gráficos e ilustraciones en vías de preparación, y la expresa aclaración de que no es el texto definitivo, pues está sujeto a las modificaciones en el curso de su discusión y aprobación.

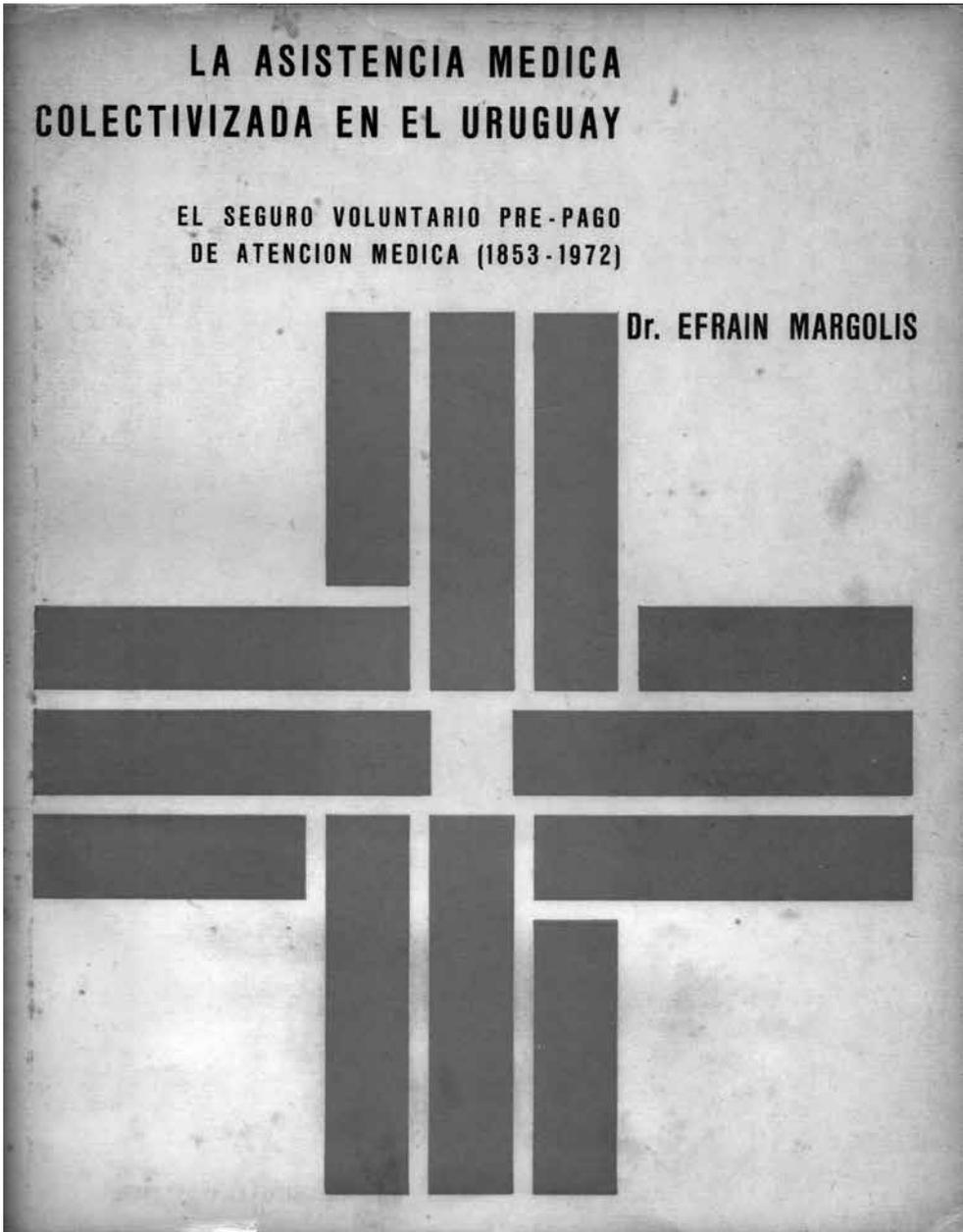
Aunque su autoría nos pertenece, con las aclaraciones expresadas anteriormente, la propiedad y el destino de este documento estarán determinados por las autoridades del Sindicato Médico del Uruguay.

E. M.

Vale consignar que a la fecha de esta publicación, la situación política y social del Uruguay, y en especial del SMU y la Facultad de Medicina distaban mucho del clima ideal para discutir estos temas. El Ministro de Salud Pública Prof. Dr. Pablo Purriel estaba empeñado en culminar un proyecto de ley de Seguro Nacional de Salud, para el cual estaban trabajando, cooperando con dicho propósito varios distinguidos sindicalistas, como los Dres. Hugo Villar, Aron Nowinski, Julio C. Ripa y Samuel Villalba. No era hora de discutir informes en el Claustro, que por otra parte estaba transcurriendo momentos de tensión con frecuentes cercos policiales, reyertas en sus alrededores entre fuerzas del orden y grupos estudiantiles. En fin, un ambiente convulsionado, que permitía avizorar lo que vendría después, con el pronunciamiento militar de febrero de 1973 y la disolución del Parlamento el 27 de junio de 1973. Con ello renunció Purriel, entre otros ministros, y el proyecto de Seguro Nacional de Salud, pasó a mejor vida por casi 35 años.

No obstante, esta publicación se realiza pocos meses antes de reunirse la 6ª. Convención Médica Nacional, que lo haría en diciembre de 1972 en Balneario Solís, para discutir entre otros temas, el Seguro Nacional de Salud

(Archivo FDAN)



y la Colegiación Médica, y que seguirían el rumbo del país, con un largo silencio impuesto por el quiebre constitucional.

Pero el valor del trabajo de Margolis conserva toda la rica información que había reunido y el análisis de las características del sistema, que son una visión instantánea y un relevamiento crítico de multitud de datos que permiten valorar la situación sanitaria del sector.

Margolis inicia su trabajo con el establecimiento de *Períodos Históricos*:

- 1853 Fundación de la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos
- 1866 Fundación de la Asociación Fraternidad
- 1883 Primer Seguro de Enfermedad – Alemania.
- 1902 Fundación de la actual Organización Panamericana de la Salud.
- 1915 Fundación de la Asociación de los Estudiantes de Medicina.
- 1920 Se crea el Sindicato Médico del Uruguay.
- 1929 Se crea la Federación de Estudiantes Universitarios del Uruguay.
- 1930-31 Luchas gremiales del SMU en el mutualismo
- 1933 Lucha contra la dictadura de Terra.
- 1935 Creación del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay.
- 1943 Decreto-Ley 10384 de la Medicina colectivizada
- 1957 Luchas gremiales con el mutualismo (Convenio Colectivo de 1960).
- 1958 Primeras Leyes de Seguros parciales de Enfermedad.
- 1965 Laudo del Consejo [de Salarios] del Grupo 50.
- 1969 Creación de la Junta Coordinadora de Asistencia Médica Colectivizada.
- 1970 Elementos reguladores de la categorización asistencial.
- 1970-71 Convenios colectivos de trabajadores no médicos (Federación Uruguaya de la Salud).
- 1972 Comisión Sectorial de la Salud.
- 1968-72 Crisis económico-financiera de la medicina colectivizada.

En las *Conclusiones y Recomendaciones* de este libro²⁷, se establece:

- 4.1 La forma de medicina colectivizada como seguro voluntario pre pago de salud y con organizaciones creadas voluntariamente, que lleva casi 120 años de experiencia en el Uruguay, es un fenómeno que está viviendo su último período. Ha demostrado no reunir los requisitos exigidos para brindar atención médica integral, y no es posible que los logre.
No permite a los habitantes del país, y ni siquiera a los de Montevideo, donde tiene verdadera importancia numérica, ejercer el derecho a la salud pues funciona como un artículo de compra-venta, dando servicios a quienes pueden pagarlos.
- 4.2 Esta estructura, superada en la mayor parte de los países del mundo, debe sufrir urgentes modificaciones, en tanto se instrumenten los nuevos mecanismos de atención médica. La supe-

27 MARGOLIS, Efraín: La Asistencia Médica Colectivizada en el Uruguay. SMU, 300 páginas, agosto 1972, pp. 257-263.

- ración del llamado “mutualismo” por estructuras más solidarias y universales será, por lo tanto, obligatoriamente precedida por fórmulas de coordinación e integración de las actuales instituciones entre sí y con el resto del sector salud.
- 4.3 El Ministerio de Salud Pública cuenta con mecanismos legales y órganos ejecutores, como la División Técnica y la Junta Coordinadora de Asistencia Médica Colectivizada, para que se cumpla esta etapa de transición, más o menos prolongada según la voluntad que se ponga para realizarla en forma obligatoria para todas las instituciones.
 - 4.4 El objetivo principal de la etapa de coordinación es de permitir iguales niveles sanitarios y atención integral a todos los afiliados de la medicina colectivizada, independientemente de la voluntad de lucro – o la falta de competencia y/o iniciativa - de los dirigentes de aquellas instituciones que pudieran desinteresarse o resistir la coordinación.
 - 4.5 La atención médica no puede ser concebida como propiedad de un grupo de personas, aún de buena voluntad si así fuere, que es dueña de la clásica definición de uso, abuso y usufructo de los bienes de que dispone cada institución.
Es factible normalizar una organización mutual que establezca que la atención médica es responsabilidad social y no propiedad de un grupo lego, y que modifique el régimen de dirección, dando la debida participación a prestatarios médicos y no médicos y a los usuarios.
 - 4.6 La administración de las instituciones debe ser tecnificada, tanto a nivel de la Dirección Técnica por medio de administradores médicos de la salud, como en los niveles gerenciales e intermedios, unificación de estadísticas y contabilidad de costos y otros mecanismos que permitan cumplir la función de servicio incluida en la raíz etimológica de la administración.
 - 4.7 Dentro de los elementos a considerar para una coordinación inmediata, se puede prever la creación de un Servicio de Urgencia unificado para toda la medicina colectivizada de Montevideo y que, incluso, podría alcanzar a todos los habitantes del Departamento y aún áreas vecinas. Se lograría así cumplir con las exigencias de calidad y de oportunidad para la atención domiciliaria de emergencia y de urgencia.

[La falta de realización de esta previsión, condujo al surgimiento de las unidades de emergencia médica móvil a partir de 1979, que crecieron exponencialmente en Montevideo y el interior del país, haciendo de la atención

médica inmediata un gran mercado lucrativo y una gran fuente de empleo médico].

- 4.8 Hay servicios que no pueden ser creados, por falta de clientela potencial, por cada institución, ni siquiera por las más numerosas. Se deberá prever la coordinación para centros comunes de alta especialización: cirugía cardiovascular, neurológica y neurológica, hemodiálisis, quemados, unidades de tratamiento intensivo, emergencia de alto riesgo, y otros de similar naturaleza. Por la vía de la coordinación pueden también cubrirse otras carencias graves de la medicina colectivizada, como la atención gerontológica, la internación psiquiátrica y la atención odontológica integral.

[Debe señalarse que esta previsión de 1972 se consagró con la creación del Fondo Nacional de Recursos, en 1979, que comenzó a funcionar de forma limitada, para un bajo número de prestaciones, en enero de 1980].

- 4.9 Las adquisiciones, importaciones, controles de calidad y distribución, deben resolverse a través de una Central de compras que aborde, ante todo, el problema de los medicamentos que incide tan fundamentalmente en la economía mutual. Es imprescindible, para ello, un recetario restringido y nacional (Vademecum), elaborado con el apoyo del cuerpo médico y que, sin desmedro de la eficiencia, abarate los costos.

- 4.10 Sólo mediante un cuerpo médico único para todo el sub-sector, es factible realmente brindar atención igualitaria a todos los usuarios. Tal vez la sanción de normas legales lo haría factible. Sin embargo, mediante un convenio entre el gremio y las instituciones, sería posible implantar por lo menos una atención unificada a nivel periférico, para domicilio y consultorio en el médico de primera línea, es decir el médico general de adultos y el pediatra.

Con limitaciones geográficas, cada afiliado podría elegir libremente su médico general y el pediatra de sus hijos como lo hace hoy en el CASMU, para la atención ambulatoria no urgente. Por su parte, cada médico atenderá a afiliados de diferentes instituciones radicados en su área. Es también relativamente fácil, en una etapa ulterior, extender el sistema de cuerpo médico único a diferentes especialidades que no ejercen necesariamente a nivel hospitalario.

Los requisitos aconsejables para el cuerpo médico único serían varios:

- a) La libre elección médico-paciente y la libre inscripción del médico sólo regladas por normas que aseguren que ambos polos se realicen sin desmedro de la calidad de la asistencia.
- b) El sistema de Registro, Listado o Capitación, que facilita la organización administrativa.

[Esta experiencia fue organizada como “piloto” en la Zona Norte de Montevideo, en el CASMU, bajo la Dirección del Dr. Carlos A. Gómez Haedo, entre 1960 y 1965, pero no prosperó, por dificultades institucionales, aunque había demostrado adhesión de la población cubierta y entusiasmo de los profesionales actuantes].

- c) La constitución de policlínicas zonales con equipos médicos y ciertas facilidades diagnósticas y terapéuticas elementales, en laboratorio, radiología, fisioterapia, enfermería y otras.
- d) Facilidades para interconsultas al mayor nivel.
- e) Contemplar ciertas situaciones de lucro cesante.

4.11 La crisis económica del país y de la medicina colectivizada [profundizada a partir de la Congelación de Salarios, Precios e Ingresos y la irrupción de la COPRIN, en junio de 1968] deben evitar la repercusión sobre los trabajadores y se buscarán las soluciones condignas. La dignificación laboral y económica, que el SMU ha comenzado a obtener desde el 1º de junio de 1972 con el ajuste del viático por locomoción, no debe alcanzar sólo al médico sino a todos los trabajadores del sector. Muchas disposiciones del Convenio Colectivo deberán ser revisadas.

4.12 La experiencia que ha vivido el gremio médico desde hace 37 años con el Centro de Asistencia del SMU y desde hace una década con las sociedades de Producción Sanitaria de las filiales de la Federación Médica del Interior, es invaluable.

El gremio ha logrado madurez, pues no sólo ha luchado por conquistas salariales y sanitarias sino que ha creado órganos de prestaciones de salud por él dirigidos, que han demostrado – aún con las limitaciones del sistema mutual – que es factible superar algunos de sus errores y defectos: elevación del nivel técnico, libre elección, apertura de fuentes de trabajo, administración tecnificada, relación médico-paciente al mejor nivel, y otros ya señalados.

El CASMU le permite al gremio enfrentar y discutir las fórmulas de reestructuración en el ámbito de un Seguro Nacional de Salud, con una rica trayectoria, que incluye la atención brindada en los últimos 20 años de afiliaciones colectivas de obreros, empleados y sus familiares y a los Seguros parciales de Enfermedad.

De esa manera, el Sindicato Médico se logró no sólo gremialmente, sino también desde el punto de vista social, pues ha permitido el acceso a la mejor atención médica que el país puede brindar, a sus trabajadores.

- 4.13 Es responsabilidad del MSP establecer normas de acreditación, con varias categorías seguramente, pero con un mínimo por debajo del cual ninguna institución podría funcionar por no brindar la atención médica elemental exigible.

Por vías de coordinación y fusión, tal vez no quedasen funcionando más de 15 instituciones de Medicina Colectivizada en Montevideo, pensando con un criterio generoso que todas aquellas con 10.000 afiliados o más pueden llegar al mínimo requerido para su acreditación.

En realidad, si se obtiene un cuerpo médico unificado para domicilio y consultorio, y un Servicio de Urgencia también común, las instituciones sin Hospital propio debidamente equipado y administrado, no tendrían otra función que recaudar dinero y entregarlo al cuerpo médico y a algunas acciones laterales (panteón social, actividades recreativas) que no justifican su existencia como entidades de atención médica.

En otro enfoque, los Seguros parciales referidos a una especialidad (seguro quirúrgico) serían definitivamente abolidos mediante la exigencia de normas de acreditación. Pero esas entidades mutuales, podrían, tal vez, subsistir bajo otra forma: por ejemplo, para complementar servicios no ofrecidos por el sistema coordinado (internación psiquiátrica de pacientes crónicos, eventualmente subsidio por fallecimiento) o como en el Servicio inglés, [se refiere al National Health Service o NHS, creado el 5 de julio de 1948] para financiar un mejor confort sanatorial (cama sola con acompañante).

- 4.14 Una de las dificultades para superar la crisis económico-financiera crónica con empujes agudos que sufre desde hace años la medicina colectivizada, es la de introducir en su financiación fórmulas que sustituyan la cuota igualitaria por otras que signifiquen relación con los ingresos y la carga familiar. De difícil instrumentación, pero no imposible, se podrá buscar el aporte

social a través de los sectores capaces de soportar sin riesgo, cargas económicas suplementarias (rentas elevadas, capital improductivo, etc.).

Desde luego, éste es sólo un calmante a la espera de soluciones más profundas, de las que el Seguro es sólo una etapa.

- 4.15 Independientemente de la crisis general del sistema, se debe financiar la grave crisis generada en la medicina colectivizada a partir del 1° de octubre de 1972, por irresponsabilidad gubernamental de aumentar sueldos y costos sin la contrapartida de los recursos necesarios para solventarlos. Con el agravante de favoritismos particulares para algunas, con influencias arbitrarias.

Hay varias instituciones con un gran número de afiliados, seguramente la mayoría de usuarios de Montevideo, que han llegado casi a la cesación de pagos, lo que las llevaría al cierre.

El gremio médico reclama soluciones a la medicina colectivizada, para evitar lo que ha dado en llamarse “el crac del mutualismo”, no sólo (aunque también) para defender sus fuentes de trabajo, sino con la clara noción que no es posible un Sistema Nacional de Salud que empiece en cero, sino que debe usar los recursos existentes y la capacidad instalada, y el mayor peligro para su implantación es que el mutualismo quede en ruinas.

- 4.16 Además de los problemas financieros señalados en los dos numerales anteriores, hay otro de gran relevancia: la imposibilidad de la medicina colectivizada de construir y equipar hospitales, renovar equipos obsoletos e introducir nuevos métodos científicos y técnicos para mantener al país en el nivel médico mundial.

Se ha fundamentado la necesidad de crear un Fondo de Inversiones de administración conjunta y distribución según un plan de prioridades.

- 4.17 La atención médica requiere programas de adiestramiento de su personal y de investigaciones clínicas, de salud pública y administrativas. La medicina colectivizada debe usar el material de que dispone, para cumplir con ese tipo de programas.

- 4.18 La medicina colectivizada, aún antes de la sanción del Seguro, no debe ser considerada como una isla aislada del resto del sector salud.

Muchas de las soluciones inmediatas que requiere, deben lograrse con la participación del MSP, Hospital de Clínicas y otros organismos estatales y para-estatales.

Es fundamental la coordinación con la docencia para médicos y demás profesionales y técnicos de la salud, en aquellas insti-

tuciones que ya reúnan condiciones básicas para ello, con el concepto que el futuro deben reunir las todas.

Ya está planteada la posible extensión de la Residencia y la enseñanza de ciertas áreas de la enfermería profesional y auxiliar. Hay que apoyar estos primeros intentos, muy importantes para el progreso de la educación médica y del nivel técnico mutuo.

4.19 Es aconsejable iniciar experiencias de regionalización en la medicina colectivizada coordinando Montevideo e Interior mediante un sistema de complementación de acciones locales con centros departamentales y nacionales. De esa manera, todos los afiliados y no sólo los de Montevideo, tendrán acceso a la misma atención médica.

4.20 Todas las soluciones que se han ido esbozando deben tener una meta definida: ir creando las condiciones por las cuales la Medicina Colectivizada pueda integrar las etapas de transición del Sistema o Servicio Nacional de Salud.

Las posiciones sustentadas hasta hace unos meses, como la reforma del decreto-ley madre de la asistencia colectiva del 13 de febrero de 1943 y sus sustitución en parte por normas internacionales (Recomendación No. 69 de la OIT y concordantes), han sido superadas por los acontecimientos. Ya el SMU no desea salidas parciales y se ha embanderado con el Seguro Nacional de Salud y la formulación de nuevas estructuras sanitarias. Nuestra responsabilidad como gremio es saber resolver la situación de emergencia, que lo requiere sin duda, pero con la vista puesta en las soluciones de fondo tanto socio-económicas como sanitarias, para que el derecho a la salud pueda ser realmente ejercido por todos los habitantes del país.

* * *

La segunda obra, que consideramos fundamental, por su importancia y riqueza de información cuantitativa y cualitativa, como lo es toda su producción, es la *Organización de la Atención Médica en el Uruguay*, realizada en coautoría con la Dra. Nelly Piazza de Silva. La misma tuvo dos ediciones, cuyos prólogos, escritos en 1985 y 1989, transcribimos en otra parte de esta publicación.

De la segunda edición²⁸ tomaremos sólo algunos fragmentos, de la amplia descripción que realizan los autores de la realidad nacional en los años precedentes. En efecto, se realiza un pormenorizado estudio de:

- Descripción somera del Uruguay y su estructura político-administrativa.
- Descripción demográfica evolutiva y actual
- Descripción general del Sistema de Servicios de Salud en el Uruguay
- Los Servicios de Salud y la sociedad.
- Disponibilidad y distribución de recursos
- Componentes del Sector Salud
- Subsector Público
- Instituciones de la Seguridad Social
- Subsector Privado Institucional
- Otras Instituciones Privadas
- Otros Efectores Privados
- Interrelaciones intrasectoriales
- Niveles de Atención
- Procesos Administrativos
- Recursos financieros
- Recursos Humanos
- Recursos Físicos
- Recursos tecnológicos
- Conclusiones generales
- Diez anexos que contienen:
 - o Listado de definiciones locales
 - o VII Convención Médica Nacional. Política de Salud
 - o Concertación Nacional Programática. Resoluciones del Área 7.3 Salud
 - o Glosario de siglas
 - o Sistema Nacional de Salud
 - o Proyecto de Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud
 - o Sistema Único Nacional de Salud
 - o Administración de los Servicios de Salud del Estado

28 MARGOLIS, Efraín y PIAZZA de SILVA, Nelly: *Organización de la Atención Médica en el Uruguay*, Nordan Comunidad, 1989, 430 páginas.

- o Programa de los Partidos Políticos
- o Decreto de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva. Julio 1988
- o Cuadros Estadísticos y Gráficos
- o Bibliografía.

Nos ha parecido de interés incorporar el capítulo vinculado a las *Farmacias* que forma parte del Capítulo 11: Otros efectores privados, porque da idea del análisis y la información que con agudeza manejaba Margolis.

FARMACIAS

El 15,55% del gasto individual de salud se hace en farmacia, sea para compra de medicamentos que es la mayor fracción (83%), sea para otros gastos, excluidos cosméticos. Esa cifra llega al 26% en el estrato inferior y es sólo el 11% en el estrato alto.

Dentro del mercado privado de medicamentos, que oscila entre el 80 y 85% de las ventas del país, el canal de farmacias privadas origina 47,6% del total del gasto y el canal mutual el resto (1988).

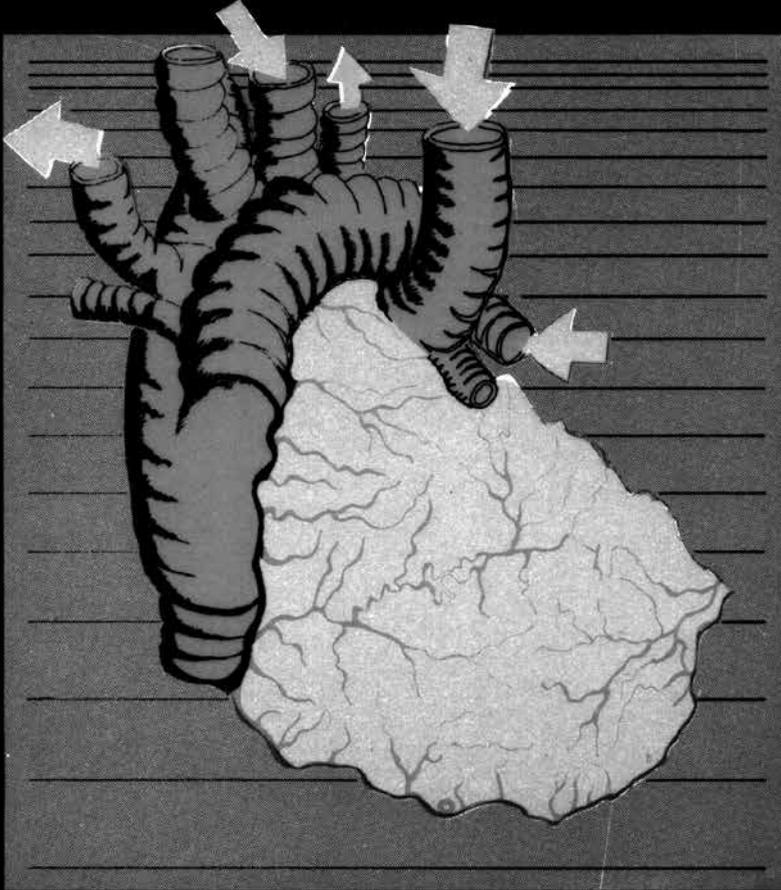
Esas ventas se originan por diversas vías:

1. Buena parte del despacho, sobre todo en el interior, obedece a recetas médicas de mutuales, con convenio especial de precios con algunas o muchas farmacias de la localidad, o comprados por el usuario por ser de bajo costo, a veces menos que el tique moderador.
2. Una parte pequeña se origina en recetas médicas y odontológicas privadas, más en el Interior que en la capital.
3. Tanto en un caso como en el otro, a menudo el paciente concurre sin receta, para repetir y continuar con la medicación indicada originariamente por un médico. Esto es posible porque, aún en caso de productos que deberían expendirse sólo bajo receta profesional, de hecho la venta es libre y se controlan en forma rigurosa exclusivamente los psicofármacos y estupefacientes, para los que se requiere prescripción en recetario especial vendido a los profesionales por el MSP.
4. La carencia de medicamentos a veces en el MSP y para todo paciente ambulatorio en el Hospital de Clínicas es causa de compra por los grupos de bajos ingresos.
5. Hay también casos frecuentes de automedicación y de prescripción por el dueño o empleado de la farmacia, que en general es lego pues los Químicos Farmacéuticos están habitualmente a sueldo sólo como Directores Técnicos más o menos nominales. Los últimos datos de la EFS, [Encuesta Familiar de Salud] en nuestra opinión, enmarcaron bajo la denominación de automedicación, en buena parte, el consejo obtenido en la farmacia junto con la venta del específico y las indicaciones de su uso.

(Archivo RHRdeM)

ORGANIZACION de la ATENCIÓN MEDICA en el URUGUAY

Dr. EFRAIN MARGOLIS
Dra. NELLY PIAZZA de SILVA



En efecto; según los datos recogidos por la Encuesta Familiar de Salud, la prescripción se distribuye así:

| | |
|------------------|--------|
| Por médico | 81,18% |
| Por odontólogo | 0,31% |
| Autoprescripción | 15,61% |
| Farmacias | 0,97% |
| Otros | 1,93% |

Es llamativo el altísimo porcentaje de prescripción profesional. En la autoprescripción debe considerarse participando también la repetición de indicaciones anteriores y el consejo obtenido en las farmacias.

El país tiene una amplia red de Farmacias, alrededor de 1.000 en el país, de las cuales la mitad está en Montevideo (514) y la mitad en el interior (unas 500) por lo que hay amplia accesibilidad geográfica al medicamento.

No hay despachos populares de medicamentos, que sólo pueden venderse por farmacia con un Químico Farmacéutico responsable, aunque éste apenas concurre al local. La última ley de farmacia de 1984 ha creado un conflicto con bares y kioscos que venden analgésicos, digestivos y edulcorantes, lo que ahora les está prohibido.

Es también interesante la información que provee sobre

CULTOS AFROBRASILEÑOS Y OTROS

Han tenido cierto predicamento en zonas suburbanas, centros religiosos umbandistas, donde se baila la macumba o el candomblé brasileño. Se ha ubicado varios “terreiros” en áreas de población densa (Unión, La Teja, Piedras Blancas), que se amparan en la libertad de cultos de la Constitución.

La gente concurre para resolver problemas afectivos, laborales o de salud.

Se estima que existen unos 450 o 500 casas, a los que sus adeptos denominan “templos”, donde concurren más de 100.000 personas (200 o más por casa), entre adeptos, curiosos y vecinos, en su casi totalidad de los estratos inferiores.

Hay un control policial de su actividad. Ocasionalmente son requisados y perseguidos, por transgredir la ley sobre ruidos molestos o la disposición penal sobre la explotación de la credulidad pública, más raramente por daño a la salud.

Sus acciones en el campo de la salud se realizan por medio del exorcismo y la fe. En esto se asemejan a la Ciencia Cristiana, que también tiene algunos templos adherentes.

Desde el punto de vista religioso, los que plantean un problema grave a los servicios de salud son los practicantes de sectas que rechazan la transfusión de sangre humana y sus fracciones, (testigos de Jehová), existiendo incluso jurisprudencia nacional en casos de niños y situaciones de emer-

gencia vital, que apoyan la conducta médica de no respetar la voluntad del interesado.

[Esta situación ha variado desde entonces. Posiblemente haya más templos umbandistas y sean consultados por mayor número de personas, que están frustradas por no encontrar solución a su problema en otros medios, incluyendo los servicios de salud. Por otra parte, la situación con los Testigos de Jehová, hace años que ha sido adecuadamente resuelta por la interacción con los cuerpos médicos, en todo el país, a través de la participación en las reuniones sobre aspectos Bioéticos de la relación clínica].

ACUPUNTURA, QUIROPRAXIA Y OTRAS FORMAS NO OFICIALES

En el Uruguay no están reconocidas la acupuntura, la quiropraxia, la osteopatía y otras técnicas de la medicina oriental o no oficial, pero no están prohibidas si se realizan por profesionales competentes, e incluso se realiza la propaganda por la prensa.

Hay algunos médicos acupuntores formados en el exterior, que actúan en régimen de consulta privada, pero poseen título oficial de médico obtenido o revalidado en el país.

Hay médicos y odontólogos que usan, ocasionalmente, procedimientos de acupuntura, electropuntura y digitopuntura, acompañando otras técnicas de uso más aceptado.

[Esta situación también ha tenido grandes cambios desde que fue publicado este libro hasta la actualidad, siendo varias las instituciones públicas y privadas que tienen policlínicas de Acupuntura, existe una Sociedad específica que dicta cursos, etc.]

HOMEOPATÍA

Al igual que la acupuntura pero con una larga tradición, la homeopatía no es reconocida como una disciplina pero no es prohibida. Se practica en farmacias homeopáticas, que a menudo funcionan al mismo tiempo como farmacias comunes.

Hay médicos homeópatas que dan consulta, sea radicados en el país o en visitas periódicas desde Argentina, pero deben tener título oficial de médico.

La participación de la homeopatía en la atención médica es muy reducida. Según los estudios ya citados, contribuyen con el 0,33% del gasto individual en salud y al 0,20% de las prescripciones.

[Al igual que en el apartado anterior, esta situación ha variado en la misma dirección. Hay una Sociedad de Homeopatía, que organiza cursos y está más aceptada. En la República Argentina hay cursos de Ho-

meopatía en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, desde hace muchas décadas].

* * *

En el capítulo 18, dedicado a Recursos tecnológicos, hace un detallado examen de los mismos, comprendiendo, naturalmente a los medicamentos, que fueron uno de los temas que más ocuparon su atención y que mayores beneficios produjeron a la institución para la que trabajaba, y por efecto contagio, a las demás instituciones de asistencia médica colectivizada. A pesar del tiempo transcurrido, sus consideraciones mantienen total vigencia.

EQUIPAMIENTO MÉDICO-QUIRÚRGICO

Alguna referencia hemos hecho sobre el tema en el capítulo anterior. No se conoce ni se ha publicado datos nacionales y por subsectores e instituciones, de los equipos disponibles. Se ha mencionado el metraje del sector para servicios diagnósticos y terapéuticos y se posee la producción de exámenes de laboratorio y estudios radiológicos en los componentes del sector, pero no se listan los equipos disponibles. [Hay un cuadro No. 44 que ilustra la situación].

Se han hecho listados de los equipos necesarios para los programas en relación al Recurso Físico, con 150 ítems ("Caracterización del Recurso Físico"), pero es sólo una elaboración teórica. Tampoco hay descripción de las necesidades de los servicios básicos que cada institución adquiere según su saber y entender.

En equipos de Laboratorio de Análisis, hay una amplia red nacional de servicios privados, mutuales y públicos. Recién en esta década se están introduciendo, en algunas instituciones, los equipos de procesamiento automatizado e informe computado. Hay escasos equipos para monitoreo de gases en sangre, ubicados sobre todo en los Centros de Tratamiento Intensivo.

Algo similar sucede con radiología, radioterapia, y cobaltoterapia, aunque en este último caso hay un par de equipos en el Interior. Se han importado aparatos principalmente de Alemania, Holanda y Estados Unidos, aunque muchos equipos son vetustos y hay pocos centros de radiología con TV, intensificadores de imágenes, etc.

Existen tres centros privados de Tomografía Axial Computada en Montevideo y está en implantación un tomógrafo para el subsector público. [Los Resonadores Magnéticos se incorporarían algunos años más tarde, a comienzo de los '90, en el subsector privado y muchos años después en el subsector público]. Hay muchos centros que realizan ecografías (incluida la Ultrasonografía ocular), sobre todo cardíacas y abdominales. Hay dos centros privados y un centro público para estudios de Medicina Nuclear.

Hay un centro privado de Radioangiografía Digital computada y otro público en instalación.

El equipamiento quirúrgico es importado de Argentina, Brasil, Estados Unidos, Inglaterra, Francia, Suecia, Japón, Israel y otros países, incluyendo material para anestesiología, hemodiálisis, monitores y reanimación cardio-respiratoria, mesas de operaciones, cialíticas, camas y lechos especiales (por ejemplo para quemados) e instrumental quirúrgico y fibroendoscópico.

Algunas instituciones han adquirido sus propias computadoras con la red de terminales; otras las arriendan, o contratan su uso con centrales privadas. La procedencia ha sido de Estados Unidos, Francia, Gran Bretaña e Israel.

Hay varios centros nacionales de cirugía cardiovascular, microcirugía oftalmológica (rayos LASER, desprendimiento de retina, injertos de córnea) y otorrinolaringológicas (microcirugía de oído y de laringe, injertos otomastoideos). Actúan tanto a nivel público (sobre todo en el Hospital de Clínicas) como a nivel privado (centros mutuales y privados), pero prácticamente toda esta actividad se centraliza en Montevideo.

El abastecimiento de equipos es fluido, cuando se cuenta con financiamiento. Un problema que a menudo se plantea es que ante la diversidad de marcas el vendedor no siempre cuenta con medios adecuados para un rápido mantenimiento y reparación. Otro es el de los frecuentes apagones, que ha obligado a algunos hospitales a instalar generadores de emergencia de comando automático, para evitar el daño que un corte de luz provoca en el centro quirúrgico, en los equipos de reanimación, en el proceso de computación y en el cuidado directo del paciente.

Globalmente, el 29.3% de las importaciones de 1982 para el Sector Salud fueron equipos (0,25% máquinas y aparatos electrónicos y el 29.3% aparatos e instrumentos), por un total de 8 millones de dólares. Los aparatos e instrumentos ocupan el segundo lugar, después de los productos farmacéuticos, en la Nomenclatura arancelaria de Importación (NADI).

Las importaciones fueron el 4.4% del gasto nacional en salud; los equipos por sí, fueron el 1.3%.

EL PROBLEMA DEL MEDICAMENTO

El gasto nacional en medicamentos

El gasto del país en medicamentos se compone de las ventas de los laboratorios y un 15.36% de impuestos que se carga a cada factura. Para el trienio 1980-82, el gasto oscilaba en los 100 millones de dólares anuales, pero a partir de 1983, ese monto en dólares disminuye por la gran devaluación del peso uruguayo del 26 de noviembre de 1982 [la rotura de la Tablita]. Es de destacar que en 1982, los insumos importados por la industria fueron de 17 millones de dólares, y la evolución no paralela al dólar de los insumos y

salarios locales luego de esa fecha motiva dicho cambio. A partir de 1985, comienza un leve pero sostenido ascenso del gasto.

Para 1987, el gasto se estimó en 102 millones de dólares.

Estos valores indican un gasto promedio de 34 dólares anuales por habitante en medicamentos o sea 3 dólares mensuales, cifra casi igual a la incidencia del medicamento en la cuota mutual de cada afiliado.

Constituyen alrededor del 16% del gasto nacional en salud (EFS y Financiamiento del Sector Salud) y el 13% del gasto individual en salud.

Distribución del gasto

a. Subsectorial

En 1987, con una participación de alrededor del 85% para el subsector privado, éste se divide en un 52.3% para el sistema mutual (IAMC) y un 47.7% para Farmacias y Droguerías privadas, mostrando un incremento de las IAMC, que en 1980 generaban sólo el 35.6% del gasto privado.

b. Según el proveedor

El mercado nacional, con 92 laboratorios registró el 69% del monto de las ventas para 25 Laboratorios Extranjeros y el 31% para los 67 Laboratorios nacionales.

El cuadro No. 46 muestra que de los 10 primeros Laboratorios en orden de ventas, 8 son filiales o representantes de Empresas Transnacionales (ET) y constituyen el 45.8% del mercado para 984; en los primeros 25 Laboratorios, con el 76.7% de las ventas, el primer Laboratorio uruguayo aparece en el lugar No. 10, y hay 15 Transnacionales, 4 argentinos y 6 uruguayos (varios de ellos, con participación extranjera).

Esa concentración oligopólica del mercado farmacéutico es más fuerte en las Instituciones líderes del sector: en el CASMU, los 10 primeros son ET con el 59% del gasto, y los primeros 25 concentran el 86% del gasto.

La industria extranjera vende sus productos a precios más caros que la nacional: con el 60% o menos de unidades vendidas llega al 70% del gasto. Aunque no conocemos estudios de importaciones de drogas, es notoria la sobrefacturación de las materias primas que las ET venden a sus filiales y representantes locales, tanto por el mayor valor unitario como por el menor costo habitual de las marcas nacionales de los mismos productos, en relación a las ET.

[Esta situación varió radicalmente a partir de mediados de la década de 1990, por cuanto se fueron retirando del mercado varias empresas extranjeras, que transfirieron sus plantas a industrias nacionales. Hoy la industria nacional es la que preva-

lece en el mercado para más del 85% del volumen de ventas, exceptuando los productos de alto costo, como el caso de los citostáticos, en constante innovación tecnológica y por ende generadoras de mayores costos].

c. Institucional

- El MSP destinó, en el decenio 1973-82, alrededor del 25% del presupuesto en el rubro “artículos de consumo” del cual estimamos que la mitad se destinó a medicamentos.
- El Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas destinó a medicamentos en 1982, el 13.5% de su gasto.
- El Sistema Mutual (IAMC) destinó a medicamentos en el ejercicio 1981-82, el 19.6% de los gastos operativos (excluidos gastos financieros e inversiones), según datos de “Financiamiento del Sector Salud”. En la información del SI.NA.DI. para julio de 1984, el gasto respectivo fue del 21.56% de los ingresos. Esos valores no han variado mayormente.
- El CASMU como la Institución más importante de las IAMC por su cobertura y eficiencia, tiene una incidencia promedio del 20% sobre los ingresos, destinado a medicamentos. La diferencia con el resto del sistema mutual se debe a mayor número de consultas y de recetas por afiliado y recetas de mayor costo (mayor gasto en medicamentos por consulta).
- Sanatorios Privados. El uso del medicamento en servicios que son exclusivamente de internación, insumió el 14.3% del gasto en 1981.
- En resumen: el subsector público y los Sanatorios privados, que realizan preponderantemente, como actividad central, el egreso hospitalario, gastan en medicamentos del 12 al 14% del ingreso; las IAMC, con mayor incidencia de la atención ambulatoria, gastan el 20 o 21% del ingreso, pero algunas instituciones tienen cifras que se acercan el 30%.

COMPORTAMIENTO Y GASTO INDIVIDUAL

El gasto individual en Farmacia fue en la EFS el 15.55% del total gastado en salud (12.88% en medicamentos y 2.67% otros gastos excluidos los cosméticos).

Hemos estudiado no sólo el gasto sino el número de recetas o prescripciones.

En 1984, las IAMC consumían 8.56 recetas por afiliado por año, lo que significaba 1.63 recetas por consulta médica (1.88 en Cirugía, 0.95 en Ginecología y 1.29 en Pediatría). El gasto por consulta era de N\$ 144.99, siendo el doble más caras las recetas de medicina en relación a las restan-

tes. Comparando con el CASMU, este expidió 12.77 recetas por afiliado por año: fueron 1.64 recetas por consulta (similar al sistema mutual, pero con un 50% más de consultas por afiliado, lo que explica la diferencia de 12.77 versus 8.56), a N\$ 161.26 por consulta (recetas más caras en un 11% respecto del gasto en las IAMC). En 1987-88 el CASMU alcanza a las cifras generales de las IAMC.

La EFS muestra detalles de consumo y demanda, confirmando las altas cifras de nuestro país en relación al medicamento. Se apreció que la tercera parte de los encuestados consumió uno o más medicamentos en los últimos 15 días, con un índice de 0.48 por persona encuestada y mayor consumo femenino (0.37 hombres y 0.58 mujeres). También aumenta con la edad, llegando a 1.04 en el grupo de 60 años y más, que gastó el cuádruple que el resto. Hubo mayor consumo en Montevideo que en las pequeñas ciudades y área rural.

Como ya hemos citado, el 81.5% de los medicamentos fue prescripto por profesional médico, el 15.6% fue de autoprescripción y el 2.9% de agentes varios.

Otros aspectos del medicamento en la atención médica

a. Tipos de medicamentos consumidos

En la EFS una sexta parte de la demanda radicó en psicofármacos. En proporción es mayor en el Sistema Mutual, llegando al 20% y más, pues como no se dispensa sin receta médica en una fórmula impresa por el MSP, no hay autoprescripción en este grupo.

En cifras algo superiores estuvieron los calmantes y analgésicos (19%) y los cardiocinéticos (19%), siguiéndolos los tónicos y vitaminas (9%), digestivos (8%) y antibióticos (7%) con los que se llega al 78% de las prescripciones. Llama la atención el alto consumo de vitaminas sin relación a la desnutrición, así como el de psicofármacos, y el índice bajo de anticonceptivos (5.5%) que se supone estuvo subregistrado.

En nuestros estudios en el CASMU, en cambio, el mayor consumo se produjo en: cardiocinéticos 24%, psicofármacos 19%, digestivo 11%, respiratorio 10%, antibióticos 8%, tónicos y vitaminas 5% y antirreumáticos 7%, con lo que se llega al 84%.

b. Demanda según tique moderador

Aunque en algunos casos el tique impide el acceso al medicamento, en general limita la sobredemanda y el uso de medicamentos banales y de indicación dudosa o complaciente.

Cuando el afiliado no pagó tique, por convenios especiales con algunos seguros, llega a consumir del 40% al 90% más que el usuario que lo paga. Esto se pudo apreciar claramente en el CASMU en dos ocasiones: durante el mes de octubre de 1983 y desde julio 1987 los usuarios del Seguro Municipal tuvieron

que pagar tique y su consumo bajó a la mitad; desde el 1 de octubre de 1984, el valor del tique bajó a la mitad, y el consumo total subió el 15%. Esto muestra que, aún en un mercado en que no hay libre oferta y demanda y la prescripción tiene intermediación médica, el precio del tique tiene cierto papel regulador.

c. Tráfico del medicamento

Existen estudios aislados sobre Iatrogenia del medicamento y se han hecho algunos intentos de programas de fármaco-vigilancia “post-marketing”.

Pero de hecho, aunque cada Institución tiene un Formulario Terapéutico limitado en drogas y marcas (L.I.M.E. del MSP, Vademécum de cada IAMC, Formulario del Hospital de Clínicas), los médicos tienen bastante libertad en su recetario y no es hábito cambiar la marca comercial prescrita, si ha sido aceptada por la Institución.

Los controles de demanda buscan lograr un equilibrio razonable entre la capacidad médica de recetar en un régimen de competencia y salario por acto médico (destajo) y la factibilidad económica de financiarlo. Se han establecido topes de recetas por consulta y por usuario, a efectos de frenar una sobredemanda en crecimiento geométrico.

No existen controles sistemáticos de calidad de los productos que circulan y aún no se aplica la ley de Medicamentos de agosto de 1983 que obliga a que cada Laboratorio autocontrole la calidad de su producción.

Las grandes firmas internacionales influyen decisivamente sobre el recetario médico, logrando participar en forma preponderante en el mercado.

No existen controles de compras, salvo excepciones: el MSP hace adquisiciones para todos sus hospitales; la Federación Médica del Interior tiene una cooperativa de compras de insumos, entre ellos parte de los medicamentos, para sus 22 filiales; 9 IAMC de Montevideo tienen una Mesa Intermutual de negociación de marcas y precios.

POLÍTICAS DE MEDICAMENTOS

El Uruguay no produce drogas o materias primas farmacéuticas, sino que las importa en su totalidad. Posee una capacidad industrial de producción local de casi todas las formas y especialidades farmacéuticas.

No posee patentamiento y cualquier producto puede registrarse. Es frecuente que haya disponible en el mercado marcas nacionales antes que

las originales patentadas en los países desarrollados, como sucedió con la cimetidina y la ranitidina.

Sin embargo, no existe el hábito del uso genérico por parte del cuerpo médico. Casi siempre se prescribe las marcas comerciales originales, y aún en caso de usar marcas nacionales, indican nombres de fantasía y no el genérico. Por ello, no es fácil la sustitución de marcas. [Esto ha variado sustancialmente desde 2005, cuando se comenzó a aplicar la indicación por genérico, lo que derivó en problemas de diferencias de calidad y una interminable discusión sobre la bioequivalencia y biodisponibilidad, que no se controlan en el país adecuadamente].

Esto genera restricciones en la promoción de los productos de menor costo.

Muy frecuentemente, el médico asocia costo con calidad, y se resiste a prescribir las marcas nacionales que, en ciertos fármacos, no logran penetrar más del 20% o 30% del mercado.

Por otra parte, la industria nacional adquiere sus drogas a las multinacionales, sus filiales o a las fábricas de países sin patentamiento (Italia, Suiza, Finlandia, países de Europa Oriental).

Se está trabajando por grupos técnicos en la elaboración de Listados de Drogas Esenciales. Entretanto, circulan en el país muchos productos farmacéuticos prescindibles y aún peligrosos, sin que haya políticas al respecto.

Las ligas de consumidores locales, dependientes de una central mundial en Holanda, han empezado a interesarse en este tema desde 1987.

La dependencia tecnológica del exterior es total. Tanto en drogas como en proceso industrial, el país paga ingentes sumas por patentes, royalties, dividendos y productos intermedios, y por sobrefacturación en muchos casos.

Mientras tanto, un buen porcentaje de la población no accede al medicamento o tiene serias dificultades para hacerlo.

No hay políticas nacionales al respecto, ni bancos de drogas imprescindibles ni control de precios de la materia prima importada ni complementación regional. Aunque en general la plaza está bien abastecida, suelen faltar periódicamente medicamentos imprescindibles.

INCORPORACIÓN DE TECNOLOGÍA

El Uruguay es un país de tecnología dependiente. Los acuerdos regionales y subregionales, la Asociación Latinoamericana de Integración (ALADI), los acuerdos con Brasil (PEC) y Argentina (CAUCE), no han incluido medidas de desarrollo de tecnología propia o de bajo costo. [No existía el Mercosur, cuyo Tratado entre cuatro naciones fundadoras se signó en 1991, que cambió poco esta situación].

Inclusive en el medicamento, a filiales de empresas argentinas les resulta a veces más barato importar la droga de Europa, por ejemplo, que de su propio país en el que a menudo logran independizarse de las multinacionales.

El Uruguay, incluso, ha figurado como exportador de materias primas que no produce, en base a su situación de plaza financiera internacional y a las facilidades otorgadas a los “holdings”.

Tanto la industria extranjera como la nacional, a pesar de incorporar un importante valor agregado local a los insumos producidos, importa en su totalidad la tecnología y el país paga por ella. Las fuerzas externas y la banca mundial ponen en juego su influencia para que exista un “libre mercado” de drogas y equipos. Esto significa un sobreprecio.

No existe una tecnología para la atención primaria de la salud ni se ha intentado definir una tecnología apropiada a las posibilidades nacionales. [Llevaba casi 10 años la Declaración de Alma-Ata, del 6 al 12 de septiembre de 1978, que proclamó aquel legendario lema de “Salud para todos en el Año 2000”, y que no pasó del plano meramente enunciativo].

El Uruguay no realiza importaciones directas de equipos, drogas, instrumentos, etc. Cada institución, incluidas las públicas, importa según sus necesidades y criterio. No está previsto que se compre drogas farmacéuticas del exterior, sino que cada Laboratorio privado trae las que necesita, y lo propio hace el MSP y alguna Mutualista para su propio centro de producción. Una década atrás, el Hospital de Clínicas importaba casi toda la materia prima para la producción de medicamentos de uso en el Hospital, pero la filosofía privatista desmanteló el centro de producción y hoy se compra productos terminados a la Industria Farmacéutica, sin perjuicio de proyectos y planes para reinstalar la Farmacia de producción. [Hasta el día de hoy estos planes y proyectos no se han ejecutado].

El MSP tiene un listado de medicamentos prioritarios para uso internos en sus servicios.

En resumen, el país no tiene políticas ni estrategias tecnológicas, sobre todo en el área farmacéutica. Su papel en la autorización de la importación de materia prima y de la circulación de especialidades y en la fijación administrativa de sus precios, no significa una real influencia en la libre circulación de bienes, de la que se benefician las Empresas Transnacionales.²⁹

El Capítulo 19 del libro se dedica a las Conclusiones generales:

Desde el año 1984, diversos grupos técnicos, profesionales y gremiales han analizado la situación de la salud y de los servicios de atención médica en el país, planteando sus problemas y sugerido soluciones. Los principales han sido, por orden cronológico: el Estudio del Sistema de Servicios

29 Margolis diferenció las empresas Transnacionales (que teniendo su casa matriz con capitales locales en un país extendían sucursales y fabricación en otros países) de las Multinacionales (que tenían su sede en Europa o los Estados Unidos, integrando sus capitales con aportes de múltiples fuentes y países).

de Salud del MSP con apoyo de OPS/OMS, sobre todo las publicaciones sobre Encuesta Familiar de Salud y Financiamiento del Sector Salud; la VII Convención Médica Nacional; la Concertación Nacional Programática en el Área Salud [la CONAPRO], con participación política, social, gremial y empresarial; los proyectos y programas del MSP y de partidos políticos desde 1985; la resolución de la Asamblea del Claustro de la Facultad de Medicina sobre el Servicio Nacional Único de Salud, 1988.

En base a esos estudios, a nuestros propios análisis del último decenio en varias publicaciones y a las conclusiones del presente informe, trataremos de dar una visión general y sinóptica de los problemas planteados a la organización de la atención médica en el Uruguay a la fecha.

1. La situación de la Salud en el Uruguay está vinculada estrechamente a la situación económica y al descenso del nivel de vida de la población desde la década del 60, factores de mayor relevancia que la sola disponibilidad de sus servicios médicos y que están fuera de la órbita de acción del sistema de servicios de salud.

La crisis económica, además, ha deteriorado la estructura de los elementos del sistema, limitando su cobertura, eficacia y equidad, salvo algunos sectores minoritarios que han incrementado sensiblemente el gasto en salud (Fuerzas Armadas, Policía, algunos Entes Autónomos).

2. La carencia de una Política Nacional de Salud, de planes y de programas, agrava las carencias ya crónicas del sector, pues se dificulta el buen uso de los escasos recursos existentes y se gasta en exceso en acciones de escasa equidad, como expresión del derroche de la miseria tan frecuente en nuestro subdesarrollo.

El MSP cumple un papel de relativa relevancia en ese aspecto, salvo el progreso manuscrito de algunos planes nunca realizados. Dotado legalmente de amplias facultades, no tiene una imagen-objetivo que cumplir para el sector salud en su conjunto.

3. La política expresa del gobierno de facto de 1973-1984 fue la privatización. La salud dejaría de ser responsabilidad de toda la sociedad, para convertirse en un artículo de compra individual.
4. El Uruguay tiene un sistema multi-institucional. Un centenar de instituciones se ocupan de la atención de la enfermedad de sus habitantes, en acciones a menudo superpuestas, y muy pocas piensan en la salud.

Esas instituciones son autónomas, con escasa coordinación y casi nula regionalización.

Montevideo es el gran pulpo que absorbe y administra decisiones, recursos y acciones de salud.

5. Existen graves problemas de cobertura. El 20% de la población no está adherido a ningún sistema institucional. Un grupo importante de usuarios de los servicios mutuales, los de mayor eficacia en el país, tiene cada día menos accesibilidad económica a la atención médica del sistema, lo que se agrava en los ancianos que, al jubilarse, pierden la protección del Seguro Social. El gasto familiar en salud grava, sobre todo, a los sectores de bajos y medianos ingresos. La efectividad es relativa, pues aún la población cubierta accede a servicios de muy diferente nivel y calidad.
6. Nuestro sistema de servicios de salud no se ha planteado en forma efectiva, la Atención Primaria, sin perjuicio de acciones aisladas tampoco cumple con los requisitos de la atención médica integral. Según el nivel de ingresos, la zona de radicación y el carácter del empleo, es muy diferente la eficacia y la eficiencia del elemento a que cada habitante tiene derecho.
7. El financiamiento de la salud, en su mayoría, no es solidario ni equitativo, sino netamente regresivo, funcionando la atención médica como un artículo de mercado, según oferta y demanda, compra y venta.
La mayor parte del gasto la paga el consumidor o directamente el usuario, y es escasa la financiación social.
Expresan Muñoz y col.: “Sustituir los binomios salud-mercancía y salud-beneficencia por salud-derecho social, pasa necesariamente por asumir una fórmula de organización social de todos los servicios de salud, con financiamiento colectivo y prestación unificada de servicios médicos y afines”.³⁰
8. Desde el punto de vista administrativo:
 - Es reducida la tecnificación de los administradores.
 - Hay graves problemas en el área de los insumos, sobre todo en los medicamentos, controlados en altísima proporción por las Empresas Transnacionales.
 - No hay política de acreditación hospitalaria.
9. En relación a los Recursos Humanos del sector:
 - Está deteriorado el régimen laboral y salarial del médico y del resto del personal de la salud.
 - No hay adecuada relación numérica y funcional entre los integrantes del equipo de salud.
 - Hay un número de médicos superior a las actuales capacidades del sector de darles trabajo.

30 MUÑOZ, M.J., PORTO, L., RIVERO, G., SALAMANO, R., VILLAR, I., MARIÑO, M.: *Análisis y propuestas sobre la salud en el Uruguay*. Montevideo, 1987.

- Tendencia a la especialización precoz de los médicos.
- Escasas relaciones entre el sector educación, que forma los RR.HH. y el sector salud que los emplea.

10. Como conclusión general, el Sistema de Servicios de Salud del Uruguay vive una crisis estructural de la que no es factible esperar una salida fácil, rápida y con soluciones aunque sea parciales. Hubo una expectativa general por las proposiciones de cambio de la CO.NA.PRO y de los médicos, y hay una duda razonable de que la situación general del país y sus múltiples problemas pos-dictadura, permiten llevarlas a la práctica, sobre todo cuando a casi 4 años del cese del régimen militar no ha habido cambios sustanciales.

* * *

CRISIS PERSONAL CON EL CASMU

Cuando en 1985 el SMU y el CASMU recuperaron su institucionalidad, retornando las autoridades que habían sido desplazadas por la intervención de la Dictadura diez años antes, Margolis continuó desempeñando con brillo sus funciones y haciendo sus permanentes aportes³¹. Pero viejos encontronazos ideológicos que venían de la época estudiantil, hicieron que un Presidente de la Junta Directiva del CASMU, el Dr. Hugo Carlos Sacchi Pedetti (1913-1993)³², de carácter autoritario y dogmático, lo sometiera a un creciente destrato público y privado, generando episodios que lo fueron apartando de su presencia permanente en la Junta Directiva como Asesor en las áreas en las que tenía mayor experiencia. Eso Margolis lo sintió como una injusticia tremenda y esa relación minó aún más su salud ya largamente deteriorada. Tal vez la acumulación de esos disgustos, que no había padecido antes, precipitaron su final, cuando hacía poco de su cese por límite de edad. Sacchi que era un afamado partero, introductor del “parto sin dolor” o “sin temor” en el Uruguay, siguiendo las enseñanzas del fisiólogo ruso, Iván Petróvich Pávlov (1849-1936), que investigó los reflejos condicionados, tenía tal grado de fanatismo que declaraba abiertamente que *José Stalin al lado de él, sería frenteamplista*. Aunque pueda parecer una exageración, era realmente así.

31 TURNES, Antonio L.: La Intervención del Sindicato Médico del Uruguay (1975-1985) veinte años después de su término. 24 de enero de 2005. En: <http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/laintervencion.pdf> (Consultada el 03.01.2015).

32 TURNES, Antonio L.: Hugo C. Sacchi (1913-1993). Semblanza en: www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/sacchi.pdf (consultada el 02.01.2015).

Cuando alguien se le ponía en la mira, no paraba hasta bajarlo de donde fuera. Mucha mayor fue su fuerza al comienzo de la desintervención, actitud que con el tiempo se fue modificando hasta que renunció tras sucesivas reelecciones, en 1990. Coincidió esto con la actuación en la Dirección General del CASMU del Dr. Aron Nowinski, quien a pesar de la defensa que hizo de sus Directores, no pudo contra la fuerza arrolladora de Sacchi, que incorporó una nueva visión de las funciones de la Junta Directiva. Ese órgano, que era de naturaleza política, integrado por votación de los asociados del SMU, incluyendo los técnicos del CASMU, siendo su Presidente designado por el Comité Ejecutivo del SMU, siempre había actuado guiándose por las recomendaciones de la Administración General en tiempos de Alberto R. Grille González. Pero desde que se retomó la gobernanza de la institución el 28 de enero de 1985, la actitud varió totalmente. La Junta Directiva sustituyó, en los hechos y sin una declaración explícita, las funciones de la Dirección General, que así se denominó luego de la Dictadura a lo que antes se designaba Administración General.

La situación se fue tensando de tal forma, que con fecha 1º de setiembre de 1987, Margolis elevó una nota al Director General Dr. Nowinski, de este tenor:

Por la presente planteo a Ud. algunos problemas vinculados al desempeño de mi cargo de Director Asistente de la Institución.

1º. El derecho a hacer uso de la palabra en las sesiones de la Junta Directiva.

Desde nuestro ingreso a la Institución el 7/I/1960 en un cargo de Director Médico, el suscripto y todos los demás Directores tuvimos la obligación de concurrir a las sesiones de J.D. (Junta Directiva) y derecho similar al de los integrantes en el uso de la palabra.

En febrero de 1985, planteamos la efectividad de ese derecho, el que no nos fue concedido durante la primera Junta Directiva de ese año.

Ante una situación que nos retaceaba una facultad tradicional en la Institución, al regreso de una licencia por Congreso solicitamos licencia por asuntos particulares desde julio de 1985 hasta el 5 de octubre de ese año, fecha en la que se generaba nuestro derecho jubilatorio.

La segunda Junta Directiva de 1985 [presidida por José Pedro Cirillo (1921-2007)] designó una delegación los Dres. Gloria Ruocco y Homero Bagnulo, integrantes de las dos agrupaciones gremiales que compartían la J.D. en ese momento, y ante su gestión accedimos a reintegrarnos al cargo a fines de julio/87, [debe haber un error de tipeo y debería ser julio/85] con la aceptación previa y expresa por parte de la J.D. de la concurrencia y participación de los Directores Médicos en sus sesiones.

El 18 de junio ppdo. replanteamos un pedido de licencia prolongada, que retiramos ante una gestión del Sr. Director General manifestando que la Presidencia

de la J. D. no iba a repetir acciones hostiles contra el suscripto. Se acompaña la nota retirada entonces. [Se refiere a una nota que Efraín Margolis había dirigido a la Junta Directiva].

Al habérsenos negado el uso de la palabra en la sesión del 31/8/87 se ha roto el compromiso de la Presidencia del Dr. J. P. Cirillo y de la actual.

2°. El derecho a hacer constar en actas la respuesta a la nota del Comité Ejecutivo.

Acompañamos el texto escrito que pensábamos leer en la sesión en que nos fue negada la palabra, con pedido de que conste en actas de la Junta Directiva.

3°. El derecho a la defensa contra acusaciones.

Habiéndose anunciado que seré objeto de algún tipo de acusaciones en la J.D., solicito las debidas garantías, y para ello, que se formulen en sesión pública con actas taquigráficas y con mi presencia y que me de vistas para la debida defensa con asistencia letrada.

Finalmente, creo que la actitud del Sr. Presidente para con el suscripto imposibilita mi permanencia en actividad como Director. Confiando que se trate de un hecho transitorio en la vida gremial del SMU y sus órganos adscriptos, y que en la próxima renovación de autoridades pueda producirse un cambio de la Junta Directiva hacia el suscripto, me permito solicitar licencia por asuntos particulares de inmediato y hasta el 30 de abril de 1988.

Deseo señalar que múltiples Directores han gozado de este tipo de licencias en la vida de la Institución, por lapsos hasta de un año (Dres. J. Purcallas, M. Dicancro, J. Sznajder, etc.), por lo que no veo razones para que pueda serme denegada.

Agradezco una respuesta en esta semana, pues a partir del 7 de setiembre próximo mis obligaciones en la Cátedra de Medicina Preventiva y Social me harían difícil cumplir el horario completo en el CASMU.

Sin otro particular, saludo a Ud. atte.

*(Firmado) Dr. Efraín Margolis
Director Asistente*

*c.c. Sr. Presidente del Sindicato Médico del Uruguay
Agrupaciones Gremiales del SMU.*

Por nota del 18 de junio de 1987, dirigida al Director General del CASMU, planteaba Margolis:

Por la presente, solicito a Ud. licencia extraordinaria sin goce de sueldo, desde el 1° de julio próximo hasta el 30 de abril de 1988, o sea, diez meses de licencia por asuntos particulares.

El motivo de esta solicitud es que, a partir del 1° de julio de 1987 me reintegraré a horario completo a mi cargo en la Cátedra de Medicina Preventiva y Social, a

ALBERTO ROSENDO GRILLE GONZÁLEZ

Nació el 25 de agosto de 1915, se graduó en agosto de 1948, a los 33 años, y falleció en Montevideo el 29 de noviembre de 1982.

Luego de una excelente carrera médica docente y asistencial, habiendo ganado los concursos de Practicante Interno, Jefe de Clínica (equivalente al Grado 2) y Asistente (equivalente al Grado 3) en la Clínica Médica de los Dres. Raúl A. Piaggio Blanco y Pablo Purriel, y haber logrado un cargo titular como Médico de la Asistencia Externa por concurso de oposición, sus colegas le pidieron que se hiciera cargo de la Administración General del CASMU en un tiempo de crisis económica y de confianza en la Administración anterior.

Ingresó en 1956 y durante 20 años, hasta la destitución por la Intervención en 1976, fue el más brillante de los administradores de salud en el ámbito privado, donde ejerció un indudable liderazgo en base a su inteligencia, sagacidad y calidad humana y profesional.

Luego que fue destituido por la Intervención del SMU-CASMU, actuó como Administrador General de la MIDU (Mutualista Israelita del Uruguay) que fue un refugio para muchos médicos destituidos por la Intervención y la Dictadura, los que con su trabajo diligente y calificado permitieron un rápido crecimiento de esa institución, que se transformó en vendedora de servicios para otras instituciones públicas y privadas.

Como estudiante de Medicina se destacó en su actividad gremial y particularmente en la deportiva, integrando un equipo de fútbol donde descollaron figuras que luego tendrían larga actuación sindical, como José Enrique Ormaechea y Héctor De Leone, lo que quedó documentado en alguna página de *El Estudiante Libre*.

Su hijo mayor, Alberto Grille Motta, nacido el 7 de noviembre de 1945 realizó estudios primarios y secundarios en Uruguay ingresando a la Facultad de Medicina. Terminó exiliado en Cuba, luego de refugiarse en una embajada latinoamericana. Se graduó en La Habana en el Instituto de Desarrollo de la Salud. Vuelto a Uruguay se dedicó al periodismo, trabajando en el diario *La República*, en la *Radio Nacional* y actualmente como Director de la revista semanal *Caras y Caretas*.

Lamentablemente, durante la Dictadura y el proceso de destitución, el legajo personal en el SMU de Alberto R. Grille González fue derivado a algún organismo estatal inquisidor, por lo cual no ha podido realizarse una reseña circunstanciada de su larga y meritoria actuación.



Alberto Rosendo Grille González, Administrador General del CASMU (1956-1976). (Archivo histórico SMU).

efectos de dedicarme a las actividades docentes y de investigación, lo que imposibilita durante ese lapso el cumplimiento de mi cargo en el CASMU.

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atte.,

*(Firmado) Dr. Efraín Margolis
Director Asistente*

El 21 de agosto de 1987 la Administración General del SMU comunicó a la Dirección General del CASMU que:

Cúmplenos poner en su conocimiento, a los fines consiguientes, la resolución adoptada en la víspera por el Comité Ejecutivo del SMU en oportunidad de aprobarse la nominación del Dr. Efraín Margolis para el cargo de Profesor Agregado, Grado IV de la Cátedra de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Medicina.

El Comité Ejecutivo, no obstante haber aprobado dicha nominación, por mayoría, se considera agraviado y manifiesta su disgusto y desaprobación por las expresiones públicamente vertidas por el Dr. Margolis en la sesión de la Junta Directiva del CASMU de fecha 3 de agosto de 1987 y documentadas en el Acta No. 9 de dicho Cuerpo. Asimismo, el Comité Ejecutivo solicita a la Junta Directiva del CASMU que así como constaron esas expresiones, se haga constar el sentimiento del Comité Ejecutivo que entiende que esa conducta no se corresponde con la ética gremial que deben observar los miembros del SMU. El Comité Ejecutivo señala que bajo ningún concepto admitirá actitudes como ésta, ni en el presente caso ni en futuras circunstancias, y rechaza toda insinuación o expresión que pueda involucrar presiones sobre las resoluciones que adopte este Cuerpo.

Con este motivo le saludo muy atentamente,

*(Firmado) Dr. Antonio L. Turnes
Administrador General*

Margolis tenía elaborado un texto para ser incluido en el Acta de la Junta Directiva del CASMU del 31 de agosto de 1987, que fue la que no le permitieron leer ni incorporar en el Acta, que decía así:

- 1. Expreso el reconocimiento hacia el Comité Ejecutivo del SMU por haber resuelto el voto afirmativo de la delegación profesional para mi aspiración a Grado IV de la Cátedra de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Medicina, lo que fue resultado de la actuación de varios compañeros de diversas agrupaciones gremiales.*
- 2. La resolución del C.E. (Comité Ejecutivo) recién leída se califica y acusa sin haberse dado la oportunidad para la defensa y la explicación previa de mi constancia en actas de J.D. del 3 de agosto. Considero de mala práctica gremial, juzgar sin darles el legítimo derecho de la defensa, a los socios del SMU.*

3. *No acepto la calificación de intento de presiones y rechazo terminantemente la acusación de falta de ética gremial, o sea de ética per se, pues la ética es una. Me parece que el C.E. no ha medido la gravedad que hubiera tenido un voto negativo a mi candidatura, basado no en mis antecedentes docentes, sino en hechos presuntos acaecidos en mi actuación como Director del CASMU involucrando una grave incompatibilidad con el cargo, que hiere mi moral gremial mantenida en 46 años de actividad gremial ininterrumpida y 28 años de Director. De haberse mantenido la tendencia de la primera sesión del C.E. de no votarme, notoriamente me sentiría inhabilitado para continuar actuando como Director del CASMU, lo que no parece haber comprendido la mayoría del C.E.*
4. *En tanto esto no se aclarara, me sentía no apto para representar al gremio, del cual el CASMU es un sector, en delegaciones externas, y esa fue la causa única de mi constancia del 3 de agosto. Desde el 21 de agosto, me reintegré a esas delegaciones.*
5. *En cuanto a las informaciones que obtuve de las sesiones secretas, me las dieron compañeros no integrantes del C.E., en base a las cuales pude tener una idea general del tipo de acusaciones que se hicieron. Discrepo con la exigencia de un secreto total sobre estas sesiones, lo que me hubiera impedido defenderme y levantar totalmente los infundios no conocidos ni concretados ni documentados que, esos sí, constituyen una falta a lo que se denomina ética gremial. No sólo se me juzgó sino que, además, se expresaron en secreto acusaciones gratuitas y falsas, ya conocidas hoy como rumor por todo Montevideo, y por otro lado no se me da acceso directo a mi defensa, se trata de impedir que la ejerza y se me censura si lo hago.*
6. *El daño causado es superior al voto afirmativo o negativo del SMU. Ya tuve que concurrir a defenderme de cargos similares ante el orden docente y, por las dudas, envié la documentación elaborada a la Asociación de Estudiantes de Medicina.*

Estas son las consideraciones que me merece esta nota del SMU.

Efectivamente tomó la licencia solicitada para actuar en la Cátedra de Medicina Preventiva y Social, ya que el cargo de Margolis en el CASMU era de dedicación exclusiva, y hasta entonces las actuaciones en la Cátedra habían sido en carácter honorario.

Al retornar a sus funciones, había nuevos hechos que surgieron de la lectura de Actas del Comité Ejecutivo, por lo cual el 11 de julio de 1988 se dirigió al Presidente del SMU, Dr. Alberto Cid en estos términos:

Por la presente deseo referirme a las expresiones vertidas por Ud en el Comité Ejecutivo del SMU, acta No. 6 del 20/6/88, pág. 8, cuando manifiesta textualmente:

“El Sr. Presidente... *Agrega que, lamentablemente, sólo conoció al Dr. Grille a través de referencias sobre su gestión, su obra y su entusiasmo, y por supuesto conoce las circunstancias en que debió desvincularse del CASMU, luego del decreto de intervención, siendo sustituido por otro colega que aún está en la Institución.*”

No puedo silenciar este intento reiterado de agresión personal por miembros del Comité Ejecutivo y de la Junta Directiva en los últimos dos años, inclusive a través del Boletín “Noticias” del SMU.

La arriba citada afirmación no es exacta, porque la colega que sustituyó al Dr. Alberto Grille no está más en la Institución; fue la Directora Técnico-Médica designada por la intervención en agosto de 1976 y se desvinculó del CASMU en 1985. [Se refiere a la Dra. Betty Mireya Bono Bruno (1934-2009)].

El suscrito, en el cargo de Director Adjunto a la Administración General, desempeñó todas las licencias y ausencias del Dr. Grille desde setiembre de 1971 a agosto de 1976, como Administrador General interino. En tal carácter actué los primeros 8 meses de 1976, por ser su subrogante automático, sin percibir la remuneración del cargo del Dr. Grille sino la de mi cargo de Director Adjunto, obtenido por llamado público a aspirantes y designado por la Junta Directiva en 1960. O sea, que no fui su “sustituto”.

*Cuando se produce la intervención de la Universidad (1973) y la del SMU (30/9/75), **todos** los Directores médicos del Hospital de Clínicas y del CASMU, en un consenso tácito, decidimos quedarnos en nuestros cargos, en defensa de las instituciones contra el malón de la dictadura.*

El Director del Hospital de Clínicas [Dr. Hugo Villar] continuó en su cargo bajo la intervención hasta su no confirmación. El Director Asistente vuelto al país en 1985, continuó en su cargo bajo la dirección universitaria intervenida primero y la dirección médico-militar después, hasta su no confirmación [Dr. Aron Nowinski]. El otro Director Asistente logró irse antes que lo cesaran, con un contrato de OPS/OMS en Ecuador donde falleció, con gran dolor para quienes, como yo, fue un amigo entrañable y coautor de trabajos científicos [Dr. Julio C. Ripa].

Todo equipo de Dirección médica del CASMU continuó en sus cargos, varios desde entonces hasta hoy, pero dos fueron cesados: los Dres. Alberto Grille y Horacio Mirabal, ambos algunos meses después de producida la intervención.

El Dr. Grille ejerció la Administración General del CASMU por lo menos durante 3 meses desde el 30/9/75, luego estuvo algunos meses suspendido y finalmente fue despedido.

En todo ese período y mucho después, mantuve una constante relación amistosa con él, discutimos muchas veces la situación del SMU y del CASMU y nunca hizo el menor reparo a mi permanencia en la institución, pues la consigna fue de quedarnos salvo que fuéramos expulsados. Mis visitas al Dr. Grille y a militantes gremiales ex detenidos eran conocidas por mis compañeros de trabajo y jefes de la época, pues nunca las oculté.

Por otra parte, tanto durante los 8 meses mencionados como durante el resto de la intervención, marqué mi constante discrepancia política y administrativa con ella

incluso por escrito, lo que era inusitado en la época: me negué a firmar el despido de Alberto Grille; fundamenté en extenso memorándum mi oposición al nombramiento directo de Directores médicos, sobre todo si no eran especialistas en administración, así como mi discrepancia a la designación de administrativos sin concurso; cuando se reinstala el régimen de 8 horas impedí su implantación obligatoria y sólo mientras yo estuve en el interinato se mantuvo la opción voluntaria. Sabe el SMU que años después reiteré mi oposición por escrito a la dictadura y al intento de separar el CASMU del SMU, y no conozco otro médico que haya dejado tantos documentos escritos, publicitados y firmados contra la intervención.

Creo que fui el primero en proponer públicamente un homenaje a nuestro querido Alberto Grille, en la sesión de J.D. en que fue recibida la dirección médica (febrero/85). Propuse asimismo recordar a Joaquín Purcallas, como también lo expresó Carlos Gómez Haedo en el homenaje a Grille (1/7/88), y a Pablo Fasulo que, como Gerente dio toda una vida al CASMU y ha sido injustamente olvidado.

Solicito que la presente se publique íntegramente en las actas del Comité Ejecutivo, donde constan las palabras del Sr. Presidente, y se me otorgue copia certificada de dicha acta.

Será justicia.

(Firmado) Dr. Efraín Margolis

Socio SMU No. 744, desde el 17/11/49.

Trabajo en CASMU desde el 1/1/955.

Director médico desde el 7/1/960.

Domicilio: Rambla M. Gandhi 441 Ap. 1001

Tel. 70-05-07.

* * *

Ante la situación planteada, Margolis se tomó el trabajo de dejar documentadas las circunstancias de su actuación durante la Dictadura y la Intervención del SMU-CASMU, todo lo cual, al igual que las notas precedentemente transcritas en su totalidad, constan en el legajo digitalizado de él en el SMU.

Por eso nos parece pertinente transcribir aquí esos dos documentos: el primero que refiere en 12 puntos la persecución de que fue objeto durante la Dictadura y la Intervención; el segundo que describe en tres páginas su Carrera Docente (resumen), los Cursos nacionales, trabajos realizados en el país. Su relación con la Intervención y finalmente en un tercer capítulo su Relación con las Empresas Transnacionales.

Parecería que esto pudiera omitirse, para no llover sobre mojado, pero en opinión de quien esto escribe, considera que es un homenaje debido, aunque tardío, a la memoria del Dr. Efraín Margolis, y a su conducta íntegra que mediante versiones no explicitadas se quiso poner en tela de juicio.

Dr. Efraín Margolis (desde 1974).

1. *Categoría C. Prohibición de integrar sociedades científicas (notificado en 1975 por Inspector [Víctor] Castiglioni [Director Nacional de Inteligencia y Enlace]).*
2. *Detenido en Jefatura por un artículo de Noticias (del SMU) 1974.*
3. *Prohibición de aspirar a integrar CUDASS en todo el período, por notorio “antidemócrata”.*
4. *No firma de la llamada Fe Democrática de la Universidad y renuncia al cargo de Profesor Adscripto Honorario (en el marco de una renuncia colectiva) en que nos fue aceptada (Nov. 1974).*
5. *Prohibición por escrito a Prof. Ébole del Interventor Gonzalo Fernández, de que continuara concurriendo honorariamente a la Cátedra de Higiene, por no haber firmado la Fe democrática, 1975.*
6. *El Dr. Germán Surraco, como Presidente del Consejo Interventor del SMU, es citado por el ESMACO que le piden nuestra expulsión del cargo del CASMU por “conocido subversivo” (reiterado luego, como se verá), a lo que se negó. 1976.*
7. *Igual gestión del ESMACO y el MSP ante el Interventor Dr. Mario Genta, que no ejecutó. El Secretario Dagoberto Balarini, responsable de la persecución ideológica en el SMU, prepara el decreto de nuestra expulsión, que lo tiene algunos meses a la firma, lo que al parecer no hace por la defensa de algunos directores como el Dr. Purcallas. El texto lo vimos personalmente. 1977.*
8. *La Intervención Genta prohíbe a los Jefes del CASMU que nos den información de cualquier tipo, aún la necesaria para resolver expedientes propios de nuestra función y ni siquiera pedidos bajo firma del cargo. 1976-77.*
9. *El Interventor Dr. Héctor Pollero recibe del Ministro [Antonio] Cañellas y su asesor Alberto Aguiar, la indicación verbal de nuestro despido. Pide que se lo diga el MSP por escrito, lo que no llegó a concretarse. 1978.33*
10. *Con motivo de la publicación “La Atención Médica en el Marco de la Seguridad Social” parcialmente reproducida en varios artículos de “El Día”, el Banco de Seguros (con un Vicepresidente militar, hermano de Gregorio Álva-*

33 El Dr. Jaime Sznajder, antiguo Director Adjunto del CASMU hasta 1975, radicado en Nueva York desde entonces hasta el presente, manifestó a quien esto escribe, reiteradas veces, que en ocasión de una visita a Uruguay por la salud de señor padre, internado en el CASMU, el Interventor Dr. Héctor Pollero le consultó qué hacer con el Dr. Margolis, porque le estaban exigiendo su destitución, desde las altas esferas. Sznajder le respondió que Margolis era la única persona lúcida que tenía en la Dirección del CASMU, y que su despido, además de los problemas de salud que le acarrearía, sería un grave daño a la Institución. (Comunicación personal).

rez) protesta ante la Intervención, que con texto preparado por el Dr. Plá Rodríguez expresó nuestro derecho a la opinión técnica sobre los servicios médicos de ese Banco. 1979.

11. El ESMACO pide cuentas al Interventor Pollero sobre nuestra permanencia en el CASMU. Se les lleva un cuadro con las economías en medicamentos generadas en nuestra gestión, y el ESMACO le indica que debe vigilarse nuestra actividad política. 1978-79.

12. Dificultad en obtener renovación del Pasaporte e interrogatorio político. 1980.

I. CARRERA DOCENTE (resumen)

1. Actividad ininterrumpida de 1954 a 1974.
2. Grado I por concurso de oposición (Ayudante de clase). 1956-1960.
3. Carrera de la Adscripción con 4 años en Higiene, 1 año en Bacteriología y 1 año en Parasitología, con pruebas, tesis y publicaciones. Con la Dra. Ruocco somos los únicos docentes activos del país que hemos hecho la Adscripción en Higiene.
4. Designado Docente Adscripto en Octubre 1966 (Grado III Honorario).
5. Profesor Adscripto (Grado IV Honorario) por llamado de Facultad de 1973, cesado por la dictadura y reincorporado por unanimidad del Consejo en 1986.
6. Miembro de los Tribunales de Concurso de los Grados II de la época (Mirabal, etc.) Al ser Grado III y IV, no podía concursar para Grado II, cargo que no existía antes de 1966.
7. En actas del Consejo consta nuestra participación como integrante del Equipo Superior de la Cátedra (1971-73).
8. Jefe de Dpto. de Extensión Universitaria por concurso de oposición (1959-1962).
9. Formación de especialista a nivel internacional:
 - a. 19 meses en Venezuela (Salud Pública, Planificación y Administración) 1968-69.
 - b. 3 meses – Curso de Planificación de OPS. 1972. [Chile].
 - c. 1 mes Seminario OMS sobre cursos post-gradó en URSS (delegado de Facultad), 1970.
10. Cursos nacionales:
 - a. Adm. Hospitalaria – 3 meses (1965).
 - b. Salud Pública (Cátedra de Higiene) 1966.
11. Actuación Universitaria relevante:

- a. Consejero estudiantil de la Facultad (1958).
 - b. Redactor del proyecto de Autonomía Universitaria (Constitución 1951).
 - c. Redactor de la Ley Orgánica (1958).
 - d. Secretario y Vice-Presidente de Claustros de Facultad y de Universidad.
12. Trabajos: En primer lugar por la Com. Asesora de este Concurso.
- a. Reproducidos o publicados por Federación Latinoamericana y Federación Internacional de Hospitales y Asociación Internacional de Sociología.
 - b. Material docente para Cátedra de Higiene y Escuelas de Salud Pública de Perú y Venezuela.
 - c. Encargados por OPS: 2 trabajos de difusión internacional (1983 y 1984).

En suma: En 1974, al cesar como Profesor Adscripto, era el único aspirante con mérito para Grado IV.

II. RELACIÓN CON LA INTERVENCIÓN

Oposición pública y por escrito.

1. Nota al Consejo Interventor, de protesta por el nombramiento directo y sin título de la especialidad, del Dr. Beltrán como Director, Nov./75.
2. Nota a ese Consejo en 1976 reclamando el ingreso por concurso de los funcionarios y contra el nombramiento directo.
3. Reclamo público de devolución del SMU y del CASMU al cuerpo médico (1977).
4. Nota contra la separación de SMU-CASMU (1983), usada por el CIM (con frases textuales).
5. Negativa a firmar despidos políticos (Grille, Mirabal), 1976.
6. Defensa de las 6 horas. 1976.
7. Boletín al Cuerpo Médico (Director de 1979 a 1983). Hubo que sustituirlo para publicar elogios al Interventor y defensa de la separación SMU-CASMU.
8. Información a la oposición (Orlando Pereira, Hugo Sacchi, Ruben Gary, etc.).
9. Información a SIJAU (Secretariado Internacional de Juristas por Amnistía en Uruguay, presidido por el Dr. Alberto Caymaris).
10. Ayuda a médicos liberados (Carlos Peluffo, Hugo Barone, etc.)
11. Publicaciones con posición antidictadura: 1978 (Puerto Rico), 1983 (OPS), 1984 (OPS), Opinar, Aquí, etc.
12. Defensa a los médicos contra las sanciones de la Intervención.

III. RELACIÓN CON LAS EMPRESAS TRANSNACIONALES (E.T.)

1. Política constante de defensa del CASMU contra las E.T. desde 1978.
2. Promoción ante el Cuerpo Médico del uso de marcas locales. Creador de los “Medicamentos No Promediados”, alternativa local contra las marcas extranjeras.
3. Promotor de los esfuerzos del CASMU para romper el cerco de las E.T. (boicoteado por la gran industria).
 - a. Llamados a licitación de marca única (1983).
 - b. Creación del grupo del Vademecum Inter-mutual.
 - c. Creador del llamado y Convenio Intermutual (comenzó con Squibb, ahora filial de una empresa argentina).
4. Secretario Técnico de Medicamentos: del MSP (1985-1986). Contratado por OPS para programa de medicamentos esenciales (1985).
5. Reducción abrupta del Vademecum del CASMU – Noviembre 1986. (Declaración persona no grata).
6. Reducción del gasto de Medicamentos: del 30% a mediados de 1985, en 1987 es sólo del 20%. Economía mensual del CASMU: Superior a N\$ 20:000.000.
7. Libros, conferencias y artículos múltiples explicando el rol de las multinacionales.

* * *

Como fue visto y documentado, hubo una verdadera campaña de descrédito en contra de Margolis, que llegó hasta objetar su designación en la Facultad de Medicina como Grado 4 (Profesor Agregado) de la Cátedra de Higiene y Medicina Preventiva, con carácter honorario, por el famoso “mandato imperativo” de la delegación profesional, que cumplía órdenes gremiales. Esto afortunadamente fue revertido y él sí fue designado en ese cargo.

Pero en la Junta Directiva del CASMU, no cabe duda que se le hizo una acción de lo que hoy se denominaría sin lugar a dudas un grave y evidente “acoso laboral”. Por entonces, algunos entendían que por haber estado presos, torturados o exiliados, tenían derecho a mancillar la dignidad de las personas, y muchas resoluciones fueron adoptadas al margen de las disposiciones legales vigentes. Lo cual dio lugar a reclamaciones legales que favorecieron a los querellantes.

Fue un gran compañero de Joaquín Purcallas Serra (1914-1984)³⁴, que fue *alma mater* como Director de Sanatorios hasta que se retiró al exterior en 1968, para ocupar un cargo como Representante de la OPS/OMS en Ecuador. Junto con Alberto R. Grille (1915-1982), Purcallas había sido, desde la Administración, muy especialmente con Aquiles R. Lanza desde la Presidencia de la Junta Directiva del CASMU, uno de los tres puntales del crecimiento del padrón social del CASMU a través de las Afiliaciones Colectivas vinculado a la promulgación de leyes de Seguros Parciales de Salud para diferentes ramas de actividad.

El CASMU significó la parte más importante de la actividad profesional como administrador de salud de Margolis, y le tuvo un gran afecto a esa institución que había contribuido tanto a su crecimiento y desarrollo, con sus atinados estudios y permanentes sugerencias. Y junto con la Cátedra de Higiene, fueron los lugares en los que pasó más tiempo de su vida activa, enseñando siempre y manteniendo con todos los interlocutores el mayor respeto, que era recíproco, porque funcionarios y proveedores le guardaban gran consideración por su sabiduría y calidad humana.

Con su paso menudo, que acompañaba a su baja estatura, y su ánimo de permanente buen humor, fue un verdadero Maestro para muchos que aprendimos con él no sólo en el aula, sino en la vida cotidiana. Cuando nos referimos a que era un trabajador incansable, lo hacemos particularmente desde su ángulo como docente permanente, como investigador científico, como consejero, que siempre acercaba sugerencias y estímulos para mejorar las tareas que se hacían, a través de su inagotable espíritu crítico de tono amable. Su producción científica se hizo en gran medida desde esos dos ámbitos, el CASMU y la Cátedra de Higiene, y desde allí tuvo la alta consideración en que le mantuvieron sus colegas administradores de instituciones de salud.

* * *

34 TURNES, Antonio L.: Joaquín Purcallas Serra (1914-1984). Una aproximación biográfica. 19.02.2007. En: www.smu.org.uy/pdmc/hmed/historia/articulos/purcallas.pdf (Consultada el 02.01.2015).

SU PRÓLOGO PARA LA PRIMERA EDICIÓN DE *FARMANUARIO*

Hemos obtenido, gracias a la gentileza de la Dirección de *Farmanuario*, en agosto de 2014, el Prólogo que Efraín Margolis redactó para presentar la primera edición de esta publicación que cumple en este año 25 años de permanencia ininterrumpida.

Cuando en 1989 apareció la primera edición de *FARMANUARIO*, entonces integrado por José María Montes, Luis González Machado y Aída Rey Álvarez como asesora técnica, la misma apareció con un Prólogo de Efraín Margolis. Entonces decía:

Los colegas autores de FARMANUARIO MG 89 nos han solicitado que dirijamos unas palabras al lector sobre esta publicación, primera de su naturaleza en editarse en el Uruguay y cuya aparición saludamos fraternalmente, no sólo el suscripto, sino todos aquellos que en el país también se han dedicado al problema del medicamento.

Desde principios de la década del 80, grupos de médicos clínicos, farmacólogos, químicos farmacéuticos y administradores de servicios de salud hemos intentado, desde el mutualismo y desde Comisiones Asesoras del propio Ministerio de Salud Pública, promover trabajos de esta naturaleza. Es así que hemos clasificado los medicamentos que circulan en plaza en varias categorías: imprescindibles o esenciales; reservados a situaciones y pacientes especiales; de segunda línea, y otros que son dis-

cutibles, sea porque son innecesarios por contener drogas superadas o asociaciones inútiles, sea porque son peligrosos, sea porque circulan otros de mayor eficacia y seguridad así como de menor costo. Pero cualquier empresa de este tipo debe iniciarse por el cabal conocimiento de los medicamentos que existen disponibles en el país, y este arduo trabajo es el que se presenta hoy.

Hay antecedentes al respecto: en el país, el Formulario Terapéutico Nacional del Ministerio de Salud Pública contiene el listado de todos los fármacos comercializados con su composición, pero sin explicar sus características terapéuticas; en Estados Unidos circula el Physician Desk Reference (P.D.R.) que de alguna manera es similar a Farmanuario MG. Hay países y ministerios que emiten listados de los medicamentos disponibles y sus caracteres. La responsabilidad de mantener debidamente informado al cuerpo médico es, sobre todo de los Ministerios de salud, a veces en coordinación con la Seguridad Social y las Facultades de Medicina. A falta de ellos, los realiza la industria farmacéutica o particulares interesados en el tema, como es el caso de este Farmanuario, cuyos autores vienen a llenar un vacío nacional emprendiendo una empresa independiente y fundamentalmente técnica y profesional.

El uso racional de los medicamentos comienza con la prescripción médica y una educación profesional continua, así como con la instrucción al consumidor. Dice la Organización Mundial de la Salud (Essential Drugs Monitor, No. 7, 1988, Editorial: "Rational Use: a global priority"): "El uso racional de medicamentos requiere no solamente que se prescriba el medicamento apropiado, sino que esté disponible cuando se necesite y a un precio que la gente pueda pagar; que se tome la dosis correcta, a intervalos correctos y durante un lapso correcto, y que sea efectivo, de calidad aceptable y seguro".

Por eso, Farmanuario debe ser considerado de interés nacional y acogido con beneplácito por los profesionales de la salud.

La Encuesta Familiar de Salud del MSP (1982) confirmó las altas cifras de nuestro país en relación al medicamento. La tercera parte de los encuestados había consumido uno o más medicamentos en los últimos quince días. El 81,5% de los medicamentos fue prescripto por médico, el 15,6% autoprescripto y el 2,9% por agentes varios (homeópata, curandero, farmacia, etc.) (tomado de nuestro libro "Organización de la Atención Médica en el Uruguay", 1989, en coautoría con N. Piazza).

De ahí que todo intento de racionalización de la prescripción y del uso del medicamento es de beneficio para la salud pública.

Dos hechos adicionales corresponde señalar en relación a Farmanuario. El de mayor relevancia es que la entrada principal de cada medicamento se hace por el nombre genérico de la droga principal, lo que la OMS llama Denominación Común Internacional de los Medicamentos. Los médicos recién egresados de nuestra Facultad hemos sido formados para recetar por el nombre genérico del fármaco y a descartar las asociaciones comerciales prefiriendo combinar monodrogas en la forma requerida por cada paciente y situación clínica. Pero rápidamente la oferta farmacéu-

tica del medio vuelca al cuerpo médico a relegar la denominación de las drogas y usar solamente nombres de fantasía de productos multiasociados.

El Farmanuario puede servir para que el profesional jerarquice el nombre científico genérico del medicamento así como el uso de monodrogas, cuya acción terapéutica es adecuadamente descripta.

Asimismo, el médico encuentra, para cada medicamento genérico su descripción, indicaciones aceptadas internacionalmente, precauciones, reacciones adversas posibles, interacciones con otros fármacos y posología para su administración. El arte de prescribir con estos conocimientos deja de ser empírico y fomentado por intereses de las empresas productoras para convertirse en científico en beneficio del paciente.

En base a estas consideraciones, nos permitimos sugerir la consulta a Farmanuario como recurso de ayuda en la prescripción y en la fijación de políticas de medicamentos, tanto a los médicos clínicos como a los Comités de Medicamentos de las Instituciones de Salud, oficinas de compras y organismos de estudio y determinación de dichas políticas. El futuro permitirá evaluar más ajustadamente nuestras predicciones, esperando que se cumpla la anunciada publicación anual de esta obra.

Dr. Efraín Margolis

*Profesor Adscripto de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Medicina.
Médico especialista en Salud Pública, Administración de Hospitales y Planificación
de la Salud.
Consultor temporario de OPS-OMS.
Ex Director asistente del CASMU.*

* * *

FARMANUARIO ^{MG}'89

GUIA FARMACO
TERAPEUTICA

LUIS GONZALEZ MACHADO

JOSE MARIA MONTES

AIDA REY ALVAREZ

MG editores

(Gentileza de Farmanuario)

LA RACIONALIZACIÓN DEL MEDICAMENTO

Tal vez una de las mayores contribuciones de Efraín Margolis a la racionalización de la atención médica, en las grandes organizaciones, fue su obra teórica y concreta, que permitió la racionalización del medicamento como recurso tecnológico fundamental dentro del total del gasto en salud. Por eso entrevistamos a quien fuera su más estrecha y directa colaboradora en este campo, la farmacóloga la Dra. Aída Rey Álvarez, que nos recibió en febrero de 2015, para conversar de esta significativa epopeya.

¿CÓMO CONOCISTE AL DR. EFRAÍN MARGOLIS?

Ingresé al CASMU el 22 de febrero de 1963 como cadete menor suplente iniciando mis tareas en el Despacho de Órdenes e Informes. Allí se recibían solicitudes de estudios especiales siendo el Dr. Efraín Margolis el encargado de las correspondientes autorizaciones, por ello, al mediodía se le llevaba los correspondientes carnés y recetas, destacándose ya su calidad como administrador.

En el mes de julio me trasladan a trabajar en la Proveeduría – más tarde Departamento de Suministros - en el área medicamentos. Allí hice toda mi carrera administrativa llegando a cumplir la Jefatura de Medicamentos (cargos ganados por concurso).

En estos años mi relación con el Dr. Margolis era muy esporádica, así como con el Dr. Joaquín Purcallas.

La institución fue intervenida en el año 1975, el 1° de octubre cuando aun desempeñaba la jefatura administrativa, siendo el Sr. Ángel César Ronco el representante de la intervención en este Departamento. En el mes de marzo de 1977, una vez recibida de médico, soy nombrada Asesor Técnico de Medicamentos, contando con la aprobación de mis pares dada la situación de intervención en la cual se encontraba la institución. Previo a ello el Interventor Dr. Genta eleva al ESMACO el estudio de mis antecedentes políticos ya que , “no iban a ser tan nabos como para nombrarme si fuera “comunista”.

Luego de desavenencias insoslayables presento mi renuncia al cargo el 22 de noviembre de ese mismo año.

La situación que planteaban, para mí insoslayables, era comprar en forma selectiva, de acuerdo al criterio de los interventores, las que diferían de lo que a través del Vademecum CASMU se había acordado tanto en forma técnica como económica con la industria farmacéutica, siendo yo denunciada por un proveedor (interesado en promover su producto) al negarme a cumplir con las órdenes impartidas tanto por el Dr. Mario Genta Dentone (Interventor) y del Sr. Ángel César Ronco. Que nada tenían que ver con el aspecto técnico-médico del asunto.

A modo de ejemplo se debía comprar un jarabe de uso pediátrico que al no contar con una saborización aceptable los niños vomitaban y frente a esta situación los pediatras debían volver a ver al paciente y prescribir otro antibiótico de mayor costo, por lo cual el pretendido “ahorro” se perdía. Como así disponer la compra de un principio activo a varios proveedores, en este caso eran tres en plaza, adjudicando la compra en tercios, cuando el producto no integraba el vademecum ni correspondía al hábito prescriptivo del médico.

La premisa de cómo comprar era: “si Ud. va a comprar un calzoncillo, mira las costuras que no se descosen ¿Cuál compra?.. el más barato”. Ese era el razonamiento del Interventor.

Y con lo “ahorrado”, agregaba, “se podrían aumentar los salarios de los directivos”.

VADEMECUM CASMU

La institución contaba con un Vademecum de medicamentos desde 1963, siendo el primero de ellos el realizado por el Dr. Juan Pedro Fasoli (pretendía ser un vademecum intermutual conformado por CASMU, ASOCIACIÓN ESPAÑOLA PRIMERA DE SOCORROS MUTUOS, CASA DE GALICIA, CÍRCULO CATÓLICO, CÍRCULO NAPOLITANO, alguno de sus integrantes no cumplían a cabalidad con lo mismo.

En 1970, luego del fallecimiento del Dr. Fasoli es nombrado como asesor técnico, primero el Dr. José Pedro Cirillo, por un año y luego el Dr. An-

gel Falcone el cual confecciona un nuevo Vademecum, ya no intermutual, actualizando tanto la parte técnica como económica bajo las directivas del Dr. Alberto Grille, Administrador General del CASMU hasta la intervención. Como administrativa trabajé en forma directa con la Sra. Margarita González.

Luego del fallecimiento del Dr. Angel Falcone – 19... - es nombrado como asesor el Dr. Pablo Kostianovsky quien realiza algunas actualizaciones sin cambiar la esencia del vademecum. Permaneció en el cargo hasta principios de 1978, siendo sustituido por el Dr. Hugo Amengual Dupetit.

Al fallecer el Dr. Amengual es cuando paso de la Jefatura de Medicamentos al cargo de Asesor Técnico de Medicamentos, en relación directa solo con el Dr. Genta.

LAS SUCESIVAS INTERVENCIONES

Es necesario explicar que la Intervención del SMU tuvo varias secuencias, haciendo un total de cinco autoridades interventoras. El primero fue el Cr. Juan Tarrasa Martínez, que era Inspector General de Hacienda del Ministerio de Hacienda, Contador de Casa de Galicia, y directivo del Club Atlético Peñarol. Él actuó entre el 1º de octubre de 1975 y el 20 del mismo mes y año. Fue reemplazado por un Consejo Interventor, designado por el Poder Ejecutivo, a los 20 días, presidido por el Capitán de Navío (CIME) Yamandú Cestaro Barbé, los Dres. Mario Luis Genta Dentone, Eustaquio Montero Saprizza (médicos), los abogados Dres. Roberto Falchetti Mignone y Maurice Lionel Vidal Dalgarrondo (quien era además escribano), el Procurador Mario Artecona White, y el Cr. Raúl Bartesaghi Silveira (quien nunca llegó a asumir su función).³⁵

Este segundo Consejo fue sustituido en abril de 1976, por un tercero, integrado por los Dres. Mario Genta Dentone y Germán Surraco Sónora (médico de larga actuación en el CASMU, que había sido hasta entonces el Jefe del Departamento de Hemoterapia), junto al abogado y escribano Dr. Maurice Vidal Dalgarrondo.

El segundo Consejo (en realidad, la Intervención III) también tuvo corta duración, y quedó como Interventor el Dr. Mario Genta Dentone (Intervención IV), que tuvo una actuación más prolongada, como Cuarto Interventor. Hasta que fue reemplazado, luego de una investigación llevada a cabo por el abogado Rodolfo Traversaro, quien constató graves irregularidades de gestión. Esa sustitución tuvo lugar en el curso de 1977, siendo

35 Acta Notarial de Fecha 20 de octubre de 1975, extendida por el Escribano del Ministerio de Salud Pública Esc. Raúl José Acquistapace. Tomado de TURNES, Antonio L.: La Intervención del SMU (1975-1985). Veinte años después de su término. En: <http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/laintervencion.pdf> (Consultada el 20.03.2015).



(Foto ALI)

el Quinto y último interventor el médico radiólogo y médico militar Dr. Héctor Pollero Corradi (Interventor V).

Fue este último quien ejerció la actuación más prolongada, extendiéndose hasta el 28 de enero de 1985.

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 de baja a numerosos asociados por razones distintas: persecución ideológica, falta de pago de cuotas sociales [muchos se negaron a cotizar para una institución intervenida por la Dictadura cívico-militar], 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 Rosendo Grille González (que llevaba 20 años al frente de la institución y había sido factor fundamental para el crecimiento institucional), por el Sr. Ángel César 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.

Más avanzado el proceso, algún interventor en solitario (el cuarto) se dedicó a vender bienes inmuebles, por debajo de su valor de tasación a su Secretario Ejecutivo, de iniciales Dagoberto Ballarini de Ogueta, luego de haber suscrito resoluciones históricas, como la que disponía que todas las resoluciones del Interventor sólo serían válidas con la firma de dicho Secretario, el que también las podría firmar por sí solo.

Precisamente el inmueble de la calle Lucas Obes 926, un predio de 10.000 m²., la vieja Quinta de Carvallido, que se había adquirido para edificar el Gran Sanatorio del Norte para el CASMU, fue vendido a un familiar de ese Secretario, quien en el corto período de ocho días tenía los planos aprobados por la Intendencia Municipal de Montevideo, para la construcción de un barrio de viviendas que comercializaba directamente, y que hoy subsiste. Sin duda, eran muy ejecutivos. Todo esto, y mucho más, quedó claramente documentado, en el largo collar de irregularidades de todo calibre, en la mencionada Investigación Traversaro, dispuesta por el Ministerio de Salud Pública que encabezaba el Dr. Antonio Cañellas Martínez, la que aconsejó la destitución del Cuarto Interventor.

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 de 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, el 28 de enero de 1985, cuando los médicos se constituyeron en una asamblea multitudinaria en la propia sede del Palacio Sindical, de Colonia y Arenal Grande.

En forma personal traté de conocer algunos antecedentes con los que tendría que relacionarme laboralmente. Como respuesta obtuve *Hay que cuidarse de Angel Ronco y de Ballarini (Dagoberto Ballarini de Ogueta era el secretario del Interventor, que tenía facultades extraordinarias: las resoluciones del Interventor sólo podrían ser válidas con su firma acompañada de la del Secretario, el que podía firmar por sí solo. Eso debido a que con frecuencia el Dr. Genta se encontraba alcoholizado; pero sin duda una total subversión del orden administrativo más lógico).*

Es en el mes de noviembre, con mi renuncia presentada, es nombrado nuevo interventor del Casmu el Dr. Hector Pollero Corradi. El cual me cita, dando por nula mi nota de renuncia, e informándome que se había creado la Dirección de Medicamentos bajo la dirección del Dr. Efraín Margolis, me preguntó si lo conocía a lo cual le contesté que sí, siendo sus indicaciones las de confeccionar un nuevo Vademecum con un costo menor del orden del 20 %, dando un plazo 6 meses **para su puesta en vigencia.**

FUE UNA TAREA CUMPLIDA Y EL LOGRO DE UN DESCUENTO MAYOR DEL 20 %, disminuyendo así la carga del costo del medicamento en el presupuesto institucional.

El Dr. Purcallas definía al Vademecum del CASMU como muy amplio, que tenía una frase encabezándolo que rezaba: “Recetario Libre Controlado” . Él decía que era como Puerto Rico, un “Estado Libre Asociado”; libre pero controlado por la Comisión de Medicamentos”. En realidad se mantenía el vademecum realizado por el Dr. Falcone con actualizaciones menores y sin un estudio económico a fondo.

Es así que se integra la Dirección de Medicamentos formada por el Dr. Efraín Margolis como director, Dra. Aída Rey como asesor técnico en medicamentos (cursando el postgrado de Farmacología y Terapéutica) y las administrativas Sra. Concepción Sansó (en la oficina de Arenal Grande) y la Sra. Margarita González en la oficina de la Dra. Aída Rey en el Departamento de Suministros (la vieja Proveeduría, en Francisco Acuña de Figueroa 2272).

Es así pues, que luego de un intensísimo intercambio de ideas logramos fijar las pautas de cómo confeccionar un nuevo vademecum, siguiendo pautas técnicas y económicas a fin de obtener el resultado solicitado, sin desmedro de la calidad asistencial. Al decir del Dr. Margolis *“no necesito un loco que me dijera a todo que sí. Necesito una persona que piense”* Fue la primera y última vez que confrontamos criterios.

De ahí en más se formó un grupo de trabajo forjado en la unidad, discreción y una excelente relación laboral.

Las tareas de la Dirección de Medicamentos no se limitaron a la confección de un nuevo vademecum. Entre las principales realizaciones debemos destacar:

INFORMATIZACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS.

Al contar con un Centro de Cómputos y apoyándose en un analista de programación se logró obtener todos los datos acerca del circuito generado desde la prescripción médica, la compra de medicamentos, el gasto de medicamentos por categoría terapéutica, sus costos promedios, los hábitos prescriptivos de todos los técnicos de la institución como así también el estudio exhaustivo del mercado farmacéutico.

Con los datos obtenidos se fijaban las políticas a seguir tanto sobre el cuerpo médico como con la industria farmacéutica.

RELACIÓN CON EL CUERPO MÉDICO: se genera un cargo de visitador médico – desempeñado por la Sra. Elida Ruggia, bachiller de Medicina – a fin de mantener informados a los colegas sobre las directivas que se iban impartiendo, se aportaba material y se recababan las diferentes sugerencias que aportaban los médicos. Era una especie de “contravisita”, diferente a la que efectuaban los agentes de la industria farmacéutica, que aportaba información útil a la institución para la continuidad de su política de medicamentos.

El Dr. Margolis redactaba el **BOLETÍN MÉDICO MENSUAL DEL CASMU**, donde se daba toda la información institucional del rubro medicamentos – promedios médicos **por especialidad**, de forma que cada colega pudiera compararse con sus pares, relación de costos de los medicamentos, tomando como el 100 % el de mayor costo, faltantes en plaza, de tal forma que el médico hiciera la prescripción sustituta. A esto se agregaban artículos sobre nuestros artistas (pintores, escritores), información general de interés sobre medicina, etc.

RELACIÓN CON LA INDUSTRIA: aquí se tuvieron en cuenta muchos aspectos.

- **Cantidad de comprimidos por envase:** La dispensación de fármacos tenía que guardar una relación directa con la vigencia de las órdenes a fin de racionalizar los esquemas terapéuticos, básicamente de los pacientes crónicos. Se contaba con el trabajo de los Dres. Juan Miguel Fierro y Juan Miguel Cat, que emitían las correspondientes tarjetas de autorización para el retiro de los tratamientos crónicos.
- **Control de calidad:** se inicia una nueva tarea compleja, laboriosa en su instrumentación – en algunas ocasiones se enviaba al extranjero las muestras a analizar – hasta que la institución pudo contar con personal idóneo y el material necesario.
- **Visitas a las plantas de fabricación:** las mismas servían para intercambiar ideas, promover inquietudes lo que redundaba en una mejor interrelación comprador-vendedor.
- **Búsqueda de nuevos competidores en plaza:** se incentivaba el aumento de competencia en el mercado estimulando básicamente a la industria nacional.

Además de los oligopolios que se formaban para establecer los ganadores de las licitaciones (a veces se las anulaban) se debe agregar monopolios,

básicamente de los laboratorios extranjeros hasta que la política de genéricos se impusiera y los laboratorios nacionales pudieran competir (otro motivo para disminuir los costos de medicamentos).

- **Estudio económico y financiero del mercado farmacéutico:** se estudiaban los precios de cada fármaco, los consumos institucionales, se confeccionaban las canastas por grupo terapéutico y se estimaban precios para una negociación fundada y coherente.
- Esta tarea generaba algunas “susceptibilidades” en los contadores, que hasta llegó a significar el planteamiento de nuestros despidos. El Dr. Pollero nos calificaba como “compradores baratos” y desestimaba el pedido de despido. Si bien trabajábamos en una oficina identificada como “contaminada”, contábamos con la aprobación del Dr. Pollero visto que se alcanzaban las metas propuestas de bajar el costo de los medicamentos, racionalmente.
- No fue la única vez que se nos comunicara un despido aun frente a la industria farmacéutica, momento en el cual nos dispusimos a entregar la oficina de dicha dirección hasta que horas más tarde el Dr. Pollero me indicó que comunicara a las Cámaras farmacéuticas que no había lugar a tal despido solicitado por el Cr. Ricardo Rodríguez Baldelli.

Desde la formación de la Dirección de Medicamentos se negociaron dos vademecum.

Al recobrar el 28 de enero de 1985 las autoridades naturales de la institución, se reestructura la Dirección de Medicamentos. Se reintegra el Dr. Pablo Kostianovsky como asesor, hecho que me lleva a solicitar separación de tareas desvinculándome de la relación con la industria farmacéutica, quedando con las tareas internas. Solicitud que me fue concedida por escrito tanto por el Dr. Hugo Sacchi (Presidente de la primera Junta Directiva luego de la Intervención) como por el Dr. Moisés Cohen, Director de Sanatorios. El Dr. Efraín Margolis vuelve a las tareas de Director de Sanatorio, situación que dura aproximadamente tres meses hasta que se restituye nuevamente la Dirección de Medicamentos, hasta la jubilación del Dr. Margolis en el año 1988.

Desde 1984 hasta su jubilación se puede constatar la necesidad de aumentar su ingesta de coronario-dilatadores, la cual merecía un llamado de atención – rezongo - por parte del resto del grupo de trabajo.

Es en el año 2002 que la Asesoría Técnica, con apoyo del área financiera, confecciona un nuevo vademecum manteniendo la política de precios históricos y de referencia, vigente hasta la jubilación de la Dra. Aída Rey.

OTRAS TAREAS

En la actuación del Dr. Margolis se puso en marcha la **UNIDAD DE NUTRICIÓN PARENTERAL**, por la cual me pasee por todas las clínicas quirúrgicas de Montevideo a fin de motivar a los colegas (por ejemplo, mejorando el nivel nutricional, se lograba disminuir las fallas de sutura en pacientes desnutridos).

Se solicitaba al MSP algún **PRONTO REGISTRO** a fin de contar con fármacos imprescindibles.

Se compraban medicamentos en el extranjero previa autorización del MSP y a través de Ministerio de Relaciones Exteriores; eran fármacos para pacientes con **enfermedades poco frecuentes** (fibrosis quística, alguna neurológica degenerativa, trastornos del metabolismo, feocromocitomas, antineoplásicos).

Para algunos de ellos **debido a su alto costo** se implementó el estudio socio-económico a través de la Asistente Social Angélica Capeletti a fin de estipular el co-pago de la medicación. Este mecanismo se suspendía una vez que hubieran dichos medicamentos en plaza.

El CASMU concentraba el porcentaje más alto de pacientes que requerían medicamentos específicos: los trasplantados, los hemofílicos, los sidosos, amiotrofias (como la ELA, Esclerosis Lateral Amiotrófica), para lo cual se establecían controles individualizados a fin de poder cumplir con los tratamientos requeridos, generalmente con fármacos de **ALTO COSTO**.

También se solicitaba la puesta en marcha de exámenes paraclínicos (ejemplo gammas globulinas hiper- inmunes) donde el Dr. José María García Oriente, endocrinólogo pediátrico, colaboró en su puesta al día de manera tal que pudieron volver al país pacientes del CASMU trasplantados de hígado en Barcelona.

OTROS TRABAJOS

BOLETÍN MÉDICO MENSUAL.

LA PUESTA EN MARCHA DE LA IMPRENTA DEL CASMU.

CREACIÓN DE COMISIONES INSTITUCIONALES (Comité de infecciones hospitalarias entre otras)

PRESENTACION DE JORNADAS, TALLERES, etc., algunas de las cuales se ilustran en los programas que se acompañan.

Por supuesto que estas líneas no identifican en su totalidad las cualidades del Dr. Efraín Margolis: su capacidad intelectual, su contracción al trabajo, su bonhomía, su capacidad en los momentos difíciles y estresantes de disminuir las tensiones con un buen tango, un poema, algún chiste.

¿Qué enseñanzas nos dejó en cuanto a la administración de salud, en cuanto al periodismo médico, a la innovación y al cariño por la institución?

El Dr. Efraín Margolis dejó mucho para el País. Al repasar todos sus trabajos verificamos que sus ideas siempre fueron de avanzada, nuevas, removedoras. Supo ver con décadas de anticipación un seguro nacional de salud, el cuidado de los más vulnerables, la implementación de un sistema de asistencia dividido por niveles – 1er., 2º. y 3er nivel. Nunca abandonó su carácter de docente, de excelente comunicador, y por la institución podemos decir que dejó su vida.

11º congreso nacional de medicina interna

29 de Octubre - 1º de Noviembre de 1980 Montevideo - Uruguay

CERTIFICADO DE ASISTENCIA Y/O PRESENTACION DE TRABAJO

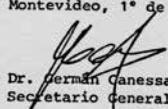
El Comité Organizador certifica que el Dr. Efraín MARGOLIS ROM ha asistido a este Congreso en calidad de Miembro Titular y ha concurrido al Curso Intra-Congreso "Insuficiencia Renal Crónica"

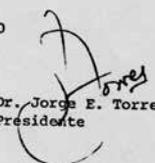
Actuación:

Aporte a los Temas Oficiales:

"Un marco administrativo para el enforque de la Iatrogenia medicamentosa"
MARGOLIS, E., REY, Aída

Montevideo, 1º de noviembre de 1980


Dr. Germán Ganessa
Secretario General


Dr. Jorge E. Torres
Presidente

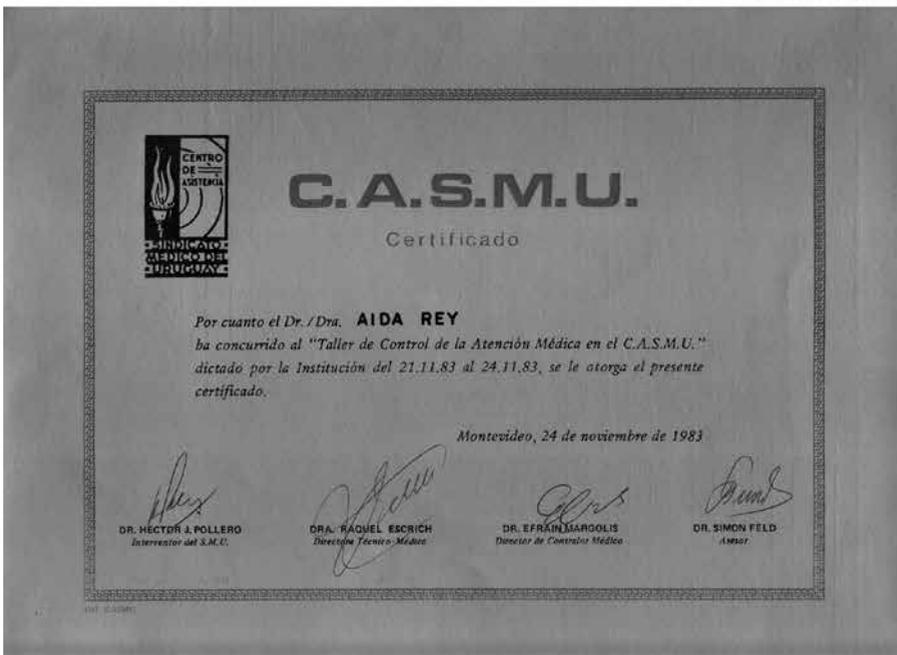
Presidente:
Jorge E. TORRES
Vicepresidentes:
Roberto DE BELLIS
Secretario General:
Germán GANESSA
Tesorero:
Julio C. FEIRANO
Secretario de Actas:
Luis A. SCORZA
Presidente del
12º Congreso:
Milton Q. CAZES
Vocal:
Rafael DE ANGELES
Presidente de la
Sociedad de Médicos:
Miguel CAT

Secretaría
Junco 1208
Piso 12 Of. 1203
Tel. 91 8019

(Archivo ARA)



(Archivo ARA)



seminario

**La Problemática
del Medicamento
en el Uruguay**

Organiza:
**"Archivos de
Medicina Interna"**

13 y 14 de diciembre de 1985

auspician:
Facultad de Medicina
Ministerio de Salud Pública
Sindicato Médico del Uruguay
Federación Médica del Interior

salón de actos de la Bolsa de Comercio, rincón 454



(Archivo ARA)

Coordinadores:

Dres. Efraín Margolis, Homero Bagnulo

Invitados Especiales:

Dr. Gilberto Dalesio - Dr. Jorge Pis Diez
Dres. en Farmacia y Bioquímica (Argentina)

VIERNES 13 DE DICIEMBRE DE 1985

Hora 9.00 **INAUGURACION** **INTRODUCCION Y CONCEPTOS
GENERALES.**
Dr. E. Margolis

EL MERCADO FARMACEUTICO URUGUAYO

Coordinador: *Dr. A. Nowinski*

Secretaria: *Dra. A. Rey*

DESCRIPCION Y EVOLUCION GENERAL
Invitados A.L.N., C.E.F.A.

EVOLUCION DEL MERCADO 1982-1984
Cr. E. Scarone.

**GASTO FAMILIAR. TICKET MODERADOR.
AUTOMEDICACION.**
Dr. H. Bielli

**ACTITUDES Y CONDUCTAS DEL
CONSUMIDOR ANTE EL MEDICAMENTO**
Soc. C. Aguiar.

**TENDENCIAS DEL MERCADO.
PRODUCTOS NUEVOS DE MARCA Y
GENERICOS.**
Dres. A. Rey, L. E. Bianco.

(Archivo ARA)

| | | |
|--|--------------------|---|
| | CONFERENCIA | EL CONTROL DE CALIDAD <i>Dr. G. Dalesio, Dr. Jorge Pis Diez</i> |
|--|--------------------|---|

| | | |
|-------------------|-----------------|--|
| <i>Hora 10.50</i> | DESCANSO | |
|-------------------|-----------------|--|

| | | |
|-------------------|--|--------------------------------|
| <i>Hora 11.00</i> | | PREGUNTAS Y COMENTARIOS |
|-------------------|--|--------------------------------|

| | | |
|---------------------------|--|---------------|
| <i>Hora 12.00 a 17.00</i> | | RECESO |
|---------------------------|--|---------------|

| | | |
|-------------------|---------------------------------------|--|
| <i>Hora 17.00</i> | EL RECETARIO MEDICO | |
| | <i>Coordinador: Dr. J. P. Cirillo</i> | |
| | <i>Secretario: Dr. H. Bagnulo.</i> | |

| | | |
|--|--|---|
| | | CARACTERISTICAS DEL RECETARIO MEDICO <i>Drs. J. P. Cirillo, L. E. Folle</i> |
|--|--|---|

| | | |
|--|--|---|
| | | ECONOMIA. MEDICAMENTO Y SALUD. <i>Dres. H. Bagnulo, N. Mazza, G. Ruoco.</i> |
|--|--|---|

| | | |
|--|--|---|
| | | POLITICAS DE VADEMECUM <i>Dres. E. Margolis, e invitados Fed.M.I.</i> |
|--|--|---|

| | | |
|-------------------|-----------------|--|
| <i>Hora 18.45</i> | DESCANSO | |
|-------------------|-----------------|--|

| | | |
|-------------------|--|--------------------------------|
| <i>Hora 19.00</i> | | PREGUNTAS Y COMENTARIOS |
|-------------------|--|--------------------------------|

SABADO 14 DE DICIEMBRE DE 1985

| | | |
|------------------|--|--|
| <i>Hora 9.00</i> | POLITICAS DEL MEDICAMENTO | |
| | <i>Coordinador: Dr. E. Margolis</i> | |
| | <i>Secretaria: Dra. N. Piazza de Silva</i> | |

(Archivo ARA)

**PAPEL DEL ESTADO Y SECTOR PRIVADO
MARCAS Y PATENTES**
Invitados A.L.N., C.E.F.A.

**INVESTIGACION Y DESARROLLO.
POLITICAS DE PROTECCION DE LA
PRODUCCION NACIONAL.**
Dra N. Piazza de Silva, e invitados S.M.U., S.I.M.A.

**TECNOLOGIA APROPIADA PARA EL
MEDICAMENTO.**
Dr. J. C. Bagatini e invitados A.Q.F.U.

**CONCEPTO DE MEDICAMENTOS
ESENCIALES. POLITICAS NACIONALES.
REGIONALES Y CONTINENTALES.**
*Dr. S. Villaverde, E. Margolis,
e invitados Fed.M.I., F.U.S.*

Hora 10.50 DESCANSO

Hora 11.00 PREGUNTAS Y COMENTARIOS.

Hora 12.00 CONCLUSIONES GENERALES.
Dr. H. Bagnulo

Diseño y Producción de este Seminario: Heber Saldívia

ARCHIVOS DE MEDICINA INTERNA

Organo Oficial de la:
**SOCIEDAD DE MEDICINA DE MONTEVIDEO,
SOCIEDAD URUGUAYA DE MEDICINA INTENSIVA, SOCIEDAD URUGUAYA DE
NEFROLOGIA Y SOCIEDAD DE DIABETOLOGIA Y NUTRICION DEL URUGUAY**

ARCHIVOS DE MEDICINA INTERNA ES EDITADA POR PRENSA ACADEMICA LATINOAMERICANA LTDA.
CANELONES 1529 - 1o. piso. Ap. 5. Tel. 40 54 28 - CASILLA DE CORREO 6022 - MONTEVIDEO - Uruguay

(Archivo ARA)

CASMU
CENTRO DE ASISTENCIA
DEL SERVICIO MEDICO
DEL URUGUAY

Seminario sobre

**USO RACIONAL DE LA
ANTIBIOTICOTERAPIA EN
LA PRACTICA DIARIA**

**Viernes 4 de setiembre
de 1987 de 17 a 20 hs.**

**Sábado 5 de setiembre
de 1987 de 9 a 12 hs.**

**Bolsa de Comercio
Rincón 454 esquina Misiones**

**COMITE DE DOCENCIA
MEDICA DEL C.A.S.M.U.**

Adhesión

FARMACEUTICA URUGUAYA 
licenciataria exclusiva de **SQUIBB**

CASMU
CENTRO DE ASISTENCIA
DEL SERVICIO MEDICO
DEL URUGUAY

EXPOSITORES:

Dr. Horacio Sagrario
(Coordinador)

Dr. Rubén Aguiló

Dr. María Albornoz

Dr. Ricardo Eiras

Dr. Esteban Marafioti

Dr. María Julia Muñoz

Dr. Walter Pedreira

Dr. Aida Rey

Dr. Hamlet Suárez

(Archivo ARA)



TEMAS:

- AFECCIONES MAS COMUNES EN LA PRACTICA GENERAL
- INFECCIONES URINARIAS
- INFECCIONES RESPIRATORIAS ALTAS Y BAJAS DEL ADULTO Y DEL NIÑO
- INFECCIONES DE PARTES BLANDAS
- COSTO/BENEFICIO EN ANTIBIOTICOTERAPIA
- INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

COMITE DE DOCENCIA MEDICA DEL C.A.S.M.U.



FARMACEUTICA URUGUAYA



UMIA

EXPOSITORES:

- Dr. Homero Bagnulo (Coordinador)
- Dr. Ruben Agrello
- Dra. Marta Alberti
- Dr. Ricardo Elena
- Dr. Efraín Margolis
- Dra. María Julia Muñoz
- Dr. Walter Pedreira
- Dra. Aída Rey
- Dr. Hamlet Suárez

(Archivo ARA)

ACTIVIDAD INTENSA Y SALUD FRÁGIL

Desde joven Efraín había sido un fumador intenso y tempranamente manifestó su primer infarto de miocardio, en agosto de 1962, cuando tenía 37 años, que lo obligó a mantener reposo por 60 días, como se estilaba en la época. Eso no le impidió desarrollar su trabajo, incluso en épocas de mucha dificultad política en el país. En mayo de 1971 tuvo un episodio de angina de pecho, con signos de isquemia miocárdica, según lo certificó el Dr. Héctor Artecona, que le obligó a estar en reposo cerca de dos meses. Entre febrero y abril de 1977 estuvo otros dos meses en reposo por un nuevo infarto de miocardio.³⁶ Estuvo bajo tratamiento permanente con el Dr. Orestes Fiandra, su cardiólogo de confianza, pero sin dejar de tener una activa y decisiva participación en todo tipo de eventos, además de dirigir primero como Asistente, luego como Director de Sanatorios y más tarde como Administrador General del CASMU, por algunos períodos en apoyo al Dr. Alberto Rosendo Grille González, que fue el titular hasta que éste fue destituido por la Intervención del Sindicato Médico del Uruguay (que por entonces era una persona jurídica única) en enero de 1976. La Intervención del SMU durante la dictadura (1976-1985) lo mantuvo como uno de los principales referentes técnicos y Margolis siguió abriendo rumbos en materias tales como la racionalización del uso de medicamentos en esa institución, realizando publicaciones que fueron de utilidad general para todo el mutualismo.

36 Certificados de licencia por enfermedad y sus respectivas prórrogas, de su legajo en el Fondo de Solidaridad Social que se conserva en el archivo digitalizado del SMU.

Falleció en Punta del Este, mientras paseaba con su esposa y amigos por la Península la noche del 19 de febrero de 1991, a las 23 y 25, según certificado suscrito por el cardiólogo Dr. Frank Torres, en el Sanatorio Cantegril, donde intentaron sin éxito reanimarlo.³⁷

Sus restos descansan en el Cementerio Israelita de La Paz (Canelones).

* * *

Efraín Margolis falleció apenas cumplidos sus 66 años. Pero dejó un legado importante, construido a través de sus enseñanzas y de sus escritos, además de su práctica de la administración de salud, que lo hacen un referente principal dentro de la Salud Pública del siglo XX. Su recuerdo nos acompaña permanentemente. Sin duda hacen falta muchas personas formadas con su idoneidad intelectual y su riqueza moral para llevar adelante las grandes transformaciones del sistema de salud. Su ejemplo de trabajador incansable, de publicista permanente en temas de la organización de los servicios de salud y de la profesión médica, hacen que su obra deba ser valorada como corresponde. A través de estas páginas hemos querido reflejar parcialmente lo que fue su rica personalidad y lo que dejó como retrato de una época histórica del país y el mundo en el campo de la salud. Es seguro que muchas de las materias que él abordó quedan todavía pendientes de resolver adecuadamente, como con su tesonera labor habría él querido. Ese es el principal mensaje que nos dejó. Continuar trabajando para hacer realidad el Derecho a la Salud, en sus más auténticas y rectas dimensiones.

El 19 de agosto de 1993 a las 18 horas, en el Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Medicina fue inaugurada la Biblioteca del Prof. Dr. Efraín Margolis, en el Salón Rojo de la Cátedra, reacondicionado con alfombra de ese color, gracias a la generosa donación de su familia. Fue un reconocimiento y un recuerdo para perpetuar su memoria en el lugar al cual él había dedicado tantos años de su vida como docente e investigador, y al que amaba entrañablemente. Del homenaje participaron los docentes de la cátedra, discípulos, compañeros y amigos de Efraín Margolis, en un homenaje que fue muy emotivo por la oratoria evocadora y el reencuentro. Tal vez los que transcurren hoy por esos ámbitos, y no tuvieron ocasión de conocerlo y apreciarlo, desconozcan lo que significó Margolis para la Administración de Salud en Uruguay. Y no les vendría nada mal conocerlo, para hacerse mejores y ubicarse en la real dimensión que a cada quien le corresponde, no por jerarquías, sino por trayectorias y obras.

³⁷ Certificado de defunción suscrito por el Dr. Frank Torres No. 393.165 y partida de defunción del Registro Civil, agregados al expediente del Fondo de Solidaridad Social del SMU, en su legajo digitalizado.

En otros lugares a los que tanto aportó, particularmente en el CASMU, no se le ha realizado todavía el homenaje y la recordación que merece quien tanto ha dejado para el bien general de la salud y de la institución.

Siempre permanecerá vivo en nuestro recuerdo. Por eso quisimos dejar estos elementos para conocimiento de quienes no le conocieron, o lo hicieron sólo de forma superficial, para brindarles alguna información más sobre una de las personalidades más importantes que tuvo la Salud Pública uruguaya a lo largo del siglo XX.

* * *

EPÍLOGO

Efraín Margolis Rom (1925-1991) fue un actor principal en el campo de la administración de salud en el Uruguay del siglo XX.

Su formación académica, sus estudios y publicaciones rigurosos, con profundo espíritu crítico y constructivo, dejó honda huella en las organizaciones para las cuales trabajó. A las que aportó su conocimiento y su ánimo docente, con generosidad y sin búsqueda de reconocimiento o mérito personal.

Desde que vino a Montevideo desde la ciudad de Castillos, en el departamento de Rocha, donde vivía su familia y donde cursó sus estudios primarios y secundarios, se vinculó fuertemente a las organizaciones estudiantiles. Formó parte de los iniciadores de la Federación de Estudiantes del Interior, y trabajó para la Federación de Estudiantes Universitarios del Uruguay como secretario rentado. Pero fue también un militante de la Asociación de los Estudiantes de Medicina, que le dieron una formación gremial de mucha calidad.

Su actuación en el plano estudiantil, le permitió tempranamente, en 1952, representar Uruguay en la asamblea Mundial de la Juventud, lo que le permitió realizar una gira por diversos países de Europa, Inglaterra, Bélgica, Francia e Italia, así como visitar las Sedes de la Unión Internacional de Estudiantes y del COSEC, en Leyden, o las de diferentes organizaciones de Naciones Unidas en Ginebra.

Como practicante interno no se limitó a cumplir con sus obligaciones asistenciales, sino que realizó numerosas investigaciones en las Clínicas

de los Profesores Abel Chifflet y Fernando Herrera Ramos, para facilitar el seguimiento de los pacientes allí internados, con trabajos de méritos que marcaron nuevas pautas para la época.

Su larga vinculación con la Cátedra de Higiene y Medicina Preventiva, hoy denominada de Medicina Social, le permitió ingresar como Ayudante de Clase y culminar como Profesor Agregado, acompañando a cuatro Profesores a lo largo de muchas décadas.

El trabajo en el ámbito universitario le permitió estar cerca del Rector Mario A. Cassinoni, siendo el iniciador de las actividades de Bienestar Estudiantil, como gran organizador que era, y con la experiencia propia que traía de haber sido un estudiante del interior, trasplantado a la capital, con las dificultades que ello conllevaba en aquel tiempo. De vivir en pensiones, con magros ingresos provistos por la familia, o del producto de sus primeros trabajos docentes.

De ese tiempo son sus estudios de poblaciones realizadas en el marco de las actividades de la Cátedra de Higiene, referidas a la situación de la población del Barrio Sur, que significaron importantes cambios en la organización y los servicios de ese clásico enclave capitalino, que durante la primera mitad del siglo fue el asiento de los Conventillos para inmigrantes y afrodescendientes pobres.

Sus participaciones en foros internacionales, fueron otros tantos aportes a su retorno, por la riqueza de los informes que produjo, que fueron distribuidos entre los dirigentes médicos de la época, y que tuvieron poca trascendencia, aunque contenían elementos fundamentales para la orientación de las organizaciones sanitarias.

Trabajó intensamente en la organización de algunos aspectos del Ministerio de Salud Pública, acompañando al Dr. Joaquín Purcallas Serra, su gran compañero y amigo, cuando éste fue Subsecretario, produciendo aportes de gran repercusión, como lo fue el informe que produjo el salubrista americano John A. Hall, que puso de manifiesto las carencias organizativas que tenía el Ministerio, y que darían lugar a lentas modificaciones posteriores, que hasta hoy no se han completado. Particularmente en lo que tiene relación con la centralización normativa y la descentralización ejecutiva, tantas veces repetida, pero tan difícil de llevar a la práctica.

Sus múltiples aportes escritos como artículos, relatos o publicaciones sobre temas de educación, de salud pública o de administración de hospitales, comprenden un amplio abanico de temas tratados con profundidad, erudición y gran aportes de datos, continúan siendo útiles hoy, muchas décadas después que fueron producidos.

El trabajo realizado por Margolis en el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay es de la mayor relevancia, por la jerarquía de sus aportes, por la significación económica de sus propuestas y sobre todo por

la innovación. Al recorrer caminos antes sin explorar, en la administración de servicios de salud, y que trajeron grandes beneficios para la institución que lo albergaba, pero también por derrame, sobre las demás instituciones de asistencia médica colectivizada. Margolis siempre pensó y soñó en un Seguro Nacional de Salud, que armonizara todas las estructuras existentes, cada una con su tradición, sus recursos y sus méritos, para conformar un verdadero sistema. Que hiciera mejor uso de la fuerte inversión realizada en recursos humanos, plantas físicas, recursos materiales, financieros, y particularmente en el uso racional del medicamento.

El medicamento fue uno de los temas que más apasionó a Margolis y del que dejó mejores aportes, únicos en su género, producto de una larga colaboración con la Dra. Aída Rey Álvarez, distinguida farmacóloga, que dieron un giro copernicano a la concepción de este recurso tecnológico de tanto peso en el total del gasto del sistema de salud. Los aportes que hicieron ambos en este terreno, pero que fundamentalmente publicó y difundió Margolis, impulsando proyectos como la compra colectiva entre las instituciones, la realización de un Vademecum simplificado, que eliminara los productos ineficientes y las asociaciones inefectivas o peligrosas, además de un conjunto de productos que tenían en realidad un efecto placebo y que los médicos recetaban de forma complaciente, como las vitaminas, en las que se gastaban millones de dólares anuales, sin beneficio alguno para los pacientes y las instituciones, pero a veces con algún beneficio para quien determinaba la compra de esos insumos.

El SMU y el CASMU sufrieron una intervención de la Dictadura cívico-militar por razones netamente políticas. Se inició con el pretexto de que tenía un déficit operativo del 25 % anual, y al finalizar la gestión, diez años más tarde, devolvió a sus auténticos dirigentes una institución con el mismo déficit del 25% anual. Mientras tanto, se sucedieron intervenciones e interventores, que tuvieron conductas variadas y que no hicieron lo debido, porque formaban parte de un sistema autoritario y dogmático. Que quiso disolver el CASMU y no pudo, aún teniendo las dóciles manos del Consejo de Estado y un ejército de asesores sumisos, civiles y militares.

Margolis, que fue un pilar en el sostenimiento del CASMU en las épocas más críticas, unió a su honestidad y humildad, un estado de salud deficitario. Pero también encontró condiciones adversas para un eficaz desempeño, a la altura de sus merecimientos morales e intelectuales. Antes de la Intervención, ocurrida en octubre de 1975, el CASMU tenía un Administrador General que era una autoridad, respetada por todos, que conducía con sabiduría y sagacidad la IAMC más importante del país, siendo líder entre todas las instituciones. Nos referimos al Dr. Alberto R. Grille González. Las Juntas Directivas electas por los afiliados del SMU para dirigir el CASMU, atendían las orientaciones que Grille esbozaba, porque era el que más cono-

cía la institución y el medio en que le tocaba actuar. Y estaba respaldado por un equipo técnico-administrativo que le guardaba respeto pero que también le aportaba su conocimiento y experiencia. Cuando la Intervención llegó, pocos meses después, Grille es destituido, y la arbitrariedad es la que dirige la institución.

El valor de Grille para el CASMU era incalculable. Ante cualquier problema, generalmente de magnitud, él hacía un razonamiento impecable ante la Junta Directiva, exponía todos los argumentos a favor y en contra de un curso de acción y finalmente la Junta decidía. Por lo general, siguiendo la orientación que Grille con tanta lógica había aportado.

Pasarían muchos interventores antes que alguien valorara a Margolis. Pero lo tomarían ya en medio de un ambiente hostil, bajo la amenaza permanente de la desautorización y el despido, que fueron minando su ya quebrantada y frágil salud. Lo redujeron de ser el Director Asistente del Administrador General, a un asesor que debió transcurrir en un cuartucho armado entre cuatro maderas en aquel gran espacio del 2do. piso del Palacio Sindical, presidido por un mural del Taller Torres García, que la Intervención se ocupó de destrozar, clavando mamparas y clavos para colgar la ropa. La degradación había llegado a un límite infranqueable. La Intervención de Pollero no lo despidió, sino que lo utilizó porque comprobó cuáles eran sus auténticos méritos, y lo que su sabiduría y experiencia le economizaban a una institución que iba decayendo en la consideración general, y en el manejo cotidiano de su economía. Asediada por múltiples presiones, incluso de grupos de médicos que defendían sus intereses sectoriales, y del ESMACO que era la amenaza cotidiana para todos quienes trabajaban recatemente aunque tuvieran ideas propias y diferentes de las que detentaba la Dictadura.

Pero a la salida de la Intervención, en febrero de 1985, Alberto Grille había fallecido, y la conducción del CASMU quedó en manos de una Junta Directiva sin la orientación señera de aquel gran conductor. Designó a un Director General, el Dr. Aron Nowinski, a quien pretendieron limitar sus potestades, imponiéndole decisiones que éste se negó a aceptar, como la destitución de los viejos Directores Asistentes que venían de la época de Grille, por el solo hecho de que habían permanecido en sus puestos durante toda la Intervención. Sin calibrar los vejámenes a que habían sido sometidos, y cómo una aplanadora les pasó por arriba, con personajes de toda calaña que vinieron a recalar al abrigo de las Intervenciones. Lejos de reparar el daño hecho, algunos directivos continuaron en la misma dirección de hostigamiento en lo que hoy sería denominado el mobbing laboral contra Margolis y otros Directores, por el mero hecho de haber permanecido en sus puestos y no cedido a las presiones para que renunciaran. Existió la clara intención de destituirlos, aunque hubieran entrado por concurso legítimo a sus car-

gos en plena Democracia. No lo lograron. Pero a él le hicieron las mayores humillaciones imaginables. Le prohibieron hablar en la Junta Directiva y participar en las decisiones. Hasta le privaron de asistir a las sesiones. Hasta que harto de tanto manoseo, él pidió una larga licencia, para dedicarse a la docencia, y finalmente renunció. Sin generar ningún conflicto, más que el sufrimiento de tanta ingratitud.

Esa injusticia en reiteración real, fue in crescendo, y Margolis no la pudo soportar, aunque resistió en silencio o hizo sus manifestaciones de protesta bien documentadas, que no tuvieron resultado. Y eligió el camino que era mejor para preservar su salud. Frente a los dogmatismos autoritarios, no importaba de qué signo, lo mejor era alejarse de una institución, a la que tanto había entregado y de la que tan poco afecto recibía. Eso precipitó su final, aunque se produjera pocos años después de su alejamiento.

Renunció al CASMU, la institución por la que tanto hizo, y a la vez tanto contribuyó a elevar el nivel de las IAMC, que era uno de los motivos fundantes de esa institución de raíz gremial, para dedicarse a la actividad docente en su querida Cátedra de Higiene y Medicina Preventiva. Investigando y publicando trabajos para el bien general del sistema de salud, y en medio del reconocimiento de los ajenos y la ojeriza de sus viejos compañeros. Un error irreparable y una injusticia que no tuvo compensación.

Su figura menuda, inquieta y movediza, su simpatía permanente, y sus permanentes ideas a transformar en realidades, como quería Fosalba, hizo que disfrutara de sus últimos años con la alegría de vivir con su familia y sus pocos y fieles amigos. Siempre consecuente con sus ideas libertarias y sus inquietudes científicas de investigador agudo de la realidad social y sanitaria nacional, contribuyendo a ensanchar el conocimiento para el progreso de un sistema de salud que él y muchos como él, pensaban que tenía que cambiar grandemente para hacerlo más equitativo y solidario. Pero también para que empleara mejor sus recursos humanos, materiales y financieros.

Lamentablemente las miserias humanas, presentes en todos los colectivos, hicieron que Margolis padeciera la intolerancia y la persecución de algún viejo dirigente gremial, que no pudo superar las rencillas de sus épocas estudiantiles ni su dogmatismo.

Y así Margolis, al final de una vida rica en su producción científica, habiendo jerarquizado la profesión del administrador de salud, con sus permanentes aportes que excedían el marco de la institución para la que trabajaba, prefirió dejar la Institución a la que consagró su vida, para volcarse a la docencia en la Cátedra de Medicina Preventiva y Social, que le dio satisfacciones y reconocimiento hasta el final.

La muerte lo sorprendió disfrutando de unas vacaciones en Punta del Este, acompañado de sus amigos, cuando tenía tanto todavía para aportar al sistema de salud y al País.

Su gran inteligencia no se acompañó de un físico privilegiado, sino que su cuerpo sufrió los impactos de una labor comprometida y tesonera, con una permanente toma de decisiones que generaban estrés, y que terminaron con su vida tempranamente.

Los cambios vendrían a iniciarse varias décadas después de su muerte, con la instalación del Sistema Nacional Integrado de Salud y la Colegiación Médica, por las que él tanto había bregado, y que no pudo alcanzar a verlos. Aunque sean hechos a perfeccionar e ideas a transformar en realidades.

Por eso, hemos querido rescatar lo esencial de una vida tan rica y productiva, de un hombre de pensamiento libertario que no se doblegó ni por los hostigamientos laborales padecidos ni por la evolución de su patología. Y trabajó hasta el final, en lo que fue su pasión, la investigación en administración y la enseñanza, con alegría y optimismo. Enseñando siempre. Y ese es el mejor recuerdo que nos pudo dejar.

El encarnó, como pocos, o tal vez ninguno, en la historia del Sindicato Médico y del Centro de Asistencia, aquella frase señera de Carlos María Fosalba, pronunciada cuando festejaba con alegría el primer aniversario de una creación que tanto había impulsado y que había tomado vida. Frase que quedó estampada en letras de bronce en los muros de aquella Casa:³⁸

El Sindicato Médico está comenzando a ser lo que ya ha mucho tiempo deseaba que fuera: un verdadero universo, de posibilidades ilimitadas para construir y realizar una casa que fuera un verdadero hogar para los médicos; una escuela de ética, en el sentido completo de la palabra; una cátedra viva y actuante de deontología, no sólo profesional, sino, y aún más, humana: un lugar de capacitación para la lucha honesta, progresiva, sincera y desinteresada; un sitio para retemplar el valor y aprender a valorar el tesoro inigualado del respeto por sí mismo; un rincón donde aprender a conocer y estimarse y poder así estimular el bello sentimiento de la solidaridad en su más amplio significado; y junto a todo esto, construir y siempre construir. Realizar obra, sin pesimismos enervantes, sin escepticismos disolventes, sino con sano y robusto optimismo, que no ignora los obstáculos, que los analiza y los estudia, que los medita y los pesa, pero no para detenerse espantado ante la magnitud del esfuerzo que se vislumbra, ni para renunciar a la conquista de lo que se ansía y se sueña, sino para capacitarse y aniquilarlos vez a vez, con seguridad, con hombría y con valor.

Aún mismo los que permanecen alejados de nuestro Sindicato, perciben ya el estruendo que produce el torrente de su 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

38 FOSALBA, Carlos María: Discurso en la celebración del primer aniversario del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay, 1º de julio de 1936. En: TURNES, Antonio L. y GIL y PÉREZ, Juan Ignacio: El Pensamiento del Dr. Carlos María Fosalba en las postrimerías del siglo XX. Edición del SMU, 1996.

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 germinando 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 y detenerse es morir. Nosotros estaremos siempre en movimiento, porque siempre tendremos un ideal aún no alcanzado, un hecho por crear, nuevas ideas para transformar en realidades.

Pero el reconocimiento de su obra, de su fidelidad a estos principios, aún está pendiente.

* * *

ÍNDICE ONOMÁSTICO

| | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| ACQUISTAPACE, Raúl José | 183 |
| AGRELLO, Ruben | 198 |
| AGUIAR, César | 194 |
| AGUIAR JAUREGUITO, Alberto | 172 |
| AGUIRRE BROUCHOU, César Víctor | 83 |
| ALBERTI, Marta | 198 |
| ALONSO, Justo Marcelo | 104 |
| AMENGUAL DUPETIT, Hugo | 183 |
| ANAVITARTE, Eduardo | 30 |
| ANSORENA, Ignacio | 62 |
| ARMAND-UGÓN, Víctor | 83 |
| ARTECONA, Mario | 199 |
| ARTECONA WHITE, Mario | 183 |
| ARTIGAS, Ceibal | 87 |
| BACIGALUPI, Juan Carlos | 38 |
| BAGATTINI, Juan Carlos | 196 |
| BAGNULO SACOMANDI, Homero | 86, 164, 194, 195, 196, 198 |
| BALARINI de OGUETA, Dagoberto | 172 |
| BARONE, Hugo | 72, 174 |
| BARRENECHE CASTEL, Omar | 72, 103 |
| BARTESAGHI SILVEIRA, Raúl | 183 |
| BASIL, Luis A. | 62, 75 |
| BELTRÁN, Julio C. | 174 |
| BERTA, Arnoldo | 88 |
| BEYHAUT, Gustavo | 49 |
| BIANCO, L. E. | 194 |
| BIELLI, Hugo | 194 |
| BOCCOLERI, Carlos Silvestre | 57 |
| BONO BRUNO, Betty Mireya | 170 |
| BORDABERRY, Juan María | 108 |
| BORRELLI, Juan A. | 17, 36, 37, 61 |
| BRALICH, Jorge | 62 |
| BRANDOLINO, Mario | 138 |
| BROQUEN, Enrique | 52 |
| BUÑO VÁZQUEZ, Washington Héctor | 65 |
| CAMPBELL, Pedro | 24 |
| CANESSA, Germán | 191 |
| CANETTI, Marcos | 49 |
| CAÑELLAS MARTÍNEZ, Antonio | 172, 185 |
| CAPELETTI, Angélica | 189 |
| CARLEVARO, Domingo | 49 |
| CARRARA de SICA, Sylvia | 112 |
| CARRASCO, Juan Carlos | 62 |
| CARRERA, Ignacio Tito | 83 |

| | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|-----------------------|
| CARRILLO, Eduardo | 132 | ESCRICH, Raquel | 192 |
| CARVALHO, Edgardo | 49 | ESTRELLA, Julio César | 21 |
| CASAL BECK, Luis | 83 | FABIUS, Salomón | 57 |
| CASSINONI RODRÍGUEZ, Mario Alcides | 11, 41, 43, 45, 47, 65, 204 | FALCHETTI MIGNONE, Roberto | 183 |
| CASTELLANOS, Jorge | 134 | FALCONE, Ángel | 182, 183, 186 |
| CASTIGLIONI, Víctor | 172 | FASOLI, Juan Pedro | 182 |
| CAT MONTSEGUR, Juan Miguel | 187 | FASULO, Pablo | 125, 126, 171 |
| CAYMARIS, Alberto | 174 | FEBLES ALFONSO, Deobaldo | 107, 108 |
| CERUTI CROSA, Pedro | 54 | FELD, Simón | 192 |
| CESTARO BARBÉ, Yamandú | 183 | FERNÁNDEZ MARANA, Gonzalo J. | 172 |
| CHARQUERO, Gutenberg | 62 | FERNÁNDEZ ORIA, Walter | 33 |
| CHIFFLET, Julio | 87 | FIANDRA CUCULIC, Orestes | 199 |
| CHIFFLET GRAMÁTICA, Abel | 17, 27, 30, 204 | FIERRO, Juan Miguel | 187 |
| CID MATINOTE, Alberto | 169 | FINOCCHIO, Lorenzo | 104 |
| CIRILLO APOLITO, José Pedro | 164, 165, 182 - 195 | FOLLE RICHARD, Luis E. | 195 |
| COHEN JUNIO, Moisés | 64, 87, 188 | FOSALBA, Carlos María | 77, 104, 207, 208 |
| COIROLO, Álvaro | 49 | FRONDIZI, Risieri | 46 |
| CRUZ GOYENOLA, Lauro | 54 | FRUGONI, Emilio | 54 |
| CURIE, Pierre | 23 | FURIS, Berta | 69 |
| DALESIO, Gilberto | 194, 195 | GALEANO, Eduardo | 52 |
| D'ELÍA CORREA, José Artigas | 64, 107 | GALUP, Jorge | 46 |
| de los SANTOS, Cosme | 112 | GAMBINO, Hugo | 104 |
| de LEONE, Héctor | 166 | GARCÍA FONTES, Walter | 83, 88 |
| de MATTOS, Carlos | 49 | GARCÍA LORIENTE, José María | 189 |
| DICANCRO INELLA, Miguel Isabelino | 165 | GARY VENDITTI, Ruben | 33, 34, 138, 174 |
| DUMNOVA, Yenia | 54 | GATTI, Gerardo | 49 |
| ÉBOLE RODRÍGUEZ, Obdulia | 17, 62, 75, 133, 172 | GENTA DENTONE, Mario Luis | 172, 182, 183, 185 |
| ECHAVE, Luis Héctor | 49 | GENTILE RAMOS, Irma | 72 |
| ELENA PERCOVICH, Ricardo J. P. | 198 | GERMANI, Gino | 46 |
| ERRANDONEA, Alfredo | 49 | GEZUELE, Elbio | 69 |
| | | GIAMBRUNO, Cyro E. | 57 |
| | | GIL y PÉREZ, Juan Ignacio | 208 |
| | | GIORDANO, Antonio | 69 |
| | | GOFIN, Jaime | 27, 138 |
| | | GÓMEZ GOTUZZO, Juan de Dios | 87 |

| | | | |
|-------------------------|-------------|------------------------|-------------|
| GÓMEZ HAEDO, | | MARGOLIS HIRT, Álvaro | 18, 20, |
| Carlos Alberto | 143, 171 | | 118 |
| GONZÁLEZ, Margarita | 186 | MARGOLIS HIRT, Rodolfo | 18 |
| GONZÁLEZ MACHADO, | | MARGOLIS ROM, Abraham | 16 |
| Luis | 177, 180 | MARGOLIS ROM, Dorita | 16 |
| GRILLE GONZÁLEZ, | | MARGOLIS ROM, Efraín | 3, 5, 11, |
| Alberto Rosendo | 12, 82, | | 12, 14, 15, |
| | 83, 85, | | 16, 18, 19, |
| | 87, 164, | | 20, 21, 22, |
| | 166, 167, | | 25, 29, 30, |
| | 170, 171, | | 33, 34, 36, |
| | 174, 176, | | 38, 41, 45, |
| | 183, 184, | | 46, 47, 48, |
| | 199, 205, | | 49 50, 52, |
| | 206 | | 53, 54, 55, |
| GRILLE MOTTA, Alberto | 166 | | 57, 61, 62, |
| HALL, John A. | 12, 20, | | 64, 65, 66, |
| | 21, 204 | | 68, 69, 70, |
| HANDLER, Mario | 62 | | 75, 77, 78, |
| HERRERA, Luis Alberto | 22 | | 79, 81, 82, |
| HERRERA RAMOS, | | | 83, 85, 87, |
| Fernando | 17, 27, 30, | | 88, 96, 97, |
| | 204 | | 98, 99, |
| HIRT REINDEL, Raquel | 18, 19 | | 103, 104, |
| HOFFMANN, Conrado | 52 | | 106, 107, |
| HORJALES, José Oscar | 138 | | 108, 109, |
| HULL, Raymond | 80 | | 111, 112, |
| IBARRA RUIZ, José Pedro | 65 | | 113, 114, |
| IGLESIAS GARCÍA, | | | 118, 119, |
| Enrique Valentín | 62 | | 120, 121, |
| ISOLA, Gabriel | 45 | | 122, 123, |
| JAUNARENA, Mario | 52, 53, 54 | | 124, 125, |
| KOSTIANOVSKY, Pablo | 183, 188 | | 132, 133, |
| KRUSE, Herman | 62, 75 | | 137, 138, |
| LANZA SERÉ, | | | 139, 140, |
| Aquiles Ricardo | 176 | | 147, 148, |
| LARGHERO YBARZ, Pedro | 28 | | 149, 159, |
| LATUFF, Lisandro | 96 | | 163, 164, |
| LERICHE, René | 29 | | 165, 168, |
| LIZARRAGA, | 49 | | 169, 171, |
| LÓPEZ, Waldemar | 49 | | 172, 173, |
| MACHADO, Carlos | 52 | | 175, 176, |
| MAGRI COSTA, Ricardo | 25 | | 177, 179, |
| MAÑANA CATTANI, Julio | 64, 192 | | 181, 182, |
| MARDONES RESTAT, | | | 185, 186, |
| Francisco | 110 | | 187, 188, |
| MARGOLIS, Salomón | 16 | | 189, 190, |

| | | | |
|-------------------------|-------------|-------------------------|-----------|
| | 191, 192, | PELUFFO NAZZARI, | |
| | 194, 195, | Carlos | 174 |
| | 196, 198, | PERDOMO de AMILIVIA, | |
| | 199 , 200, | Gloria | 62 |
| | 203, 204, | PERDOMO, Roberto | 26, 112 |
| | 205, 206, | PEREIRA VILLANUEVA, | |
| | 207 | Orlando Manuel | 18, 174 |
| MARGULIES, Isaac | 112 | PETER, Laurence J. | 78, 80 |
| MARIÑO, M. | 161 | PIAGGIO BLANCO, Raúl A. | 166 |
| MARIÑO URRETAVIZCAYA, | | PIAZZA MINOLETTI de | |
| Roberto | 87, 133 | SILVA GAUDÍN, Nelly | 13, 25, |
| MARTÍNEZ, José Jorge | 49 | | 132, 133, |
| MAZZUCHELLI, Hércules | 104 | | 147, 149, |
| MIGLIARO, José Pedro | 25, 28 | | 178, 195, |
| MIGUES BARÓN, | | | 196 |
| Carlos Alberto | 132, 133 | PIÑEYRÚA, Julio | 83 |
| MIRABAL de la LLOSA, | | PIS DIEZ, Jorge | 194, 195 |
| José Horacio | 99, 170, | PLÁ RODRÍGUEZ, Américo | 58, 59, |
| | 173, 174 | | 173 |
| MITRIONE, Dan Anthony | 104 | POCHINTESTA, Mario | 87 |
| MONTERO SAPRIZA, | | POLLERO CORRADI, | |
| Eustaquio | 183 | Héctor | 82, 113, |
| MONTES, José María | 177, 180 | | 172, 173, |
| MOORE, Francis Daniels | 29 | | 184, 185, |
| MORENO, Weyler | 62 | | 188, 192, |
| MUÑOZ MELO, María Julia | 86, 161, | | 206 |
| | 198 | PORTO, L. | 161 |
| NEGRÍN, Etna | 25, 30 | POUEY, Enrique | 24 |
| NEGRO ADAMI, | | PRADA, Abner | 62 |
| Ramón Carlos | 83 | PRIETO, Ruben | 49 |
| NEGRO TELLECHEA, | | PURCALLAS SERRA, | |
| Ramón Carlos | 72 | Joaquín | 12, 21, |
| NOWINSKI, Aron | 33, 68, | | 22, 34, |
| | 72, 86, 87, | | 65, 68, |
| | 138, 164, | | 83, 85, |
| | 170, 194, | | 88, 165, |
| | 206 | | 171, 172, |
| ORMAECHEA, José Enrique | 33, 34, | | 176, 182, |
| | 166 | | 186, 204 |
| OSIMANI, Juan J. | 33, 34 | PURRIEL, Pablo | 108, 133, |
| OSUNA, Luis Jorge | 134 | | 138, 166 |
| PACHECO ARECO, Jorge | 99 | RATHAUSER, Vladimiro | 134 |
| PALACIOS, Alfredo L. | 48 | | |
| PARDO, David | 33, 34 | REGA VÁZQUEZ, Alfredo | 104 |
| PÁVLOV, Iván Petróvich | 163 | RETA, Adela | 46 |
| PEDREIRA, Walter | 86, 198 | REY ÁLVAREZ, Aída | 12, 79, |
| PELUFFO, Euclides | 57 | | 81, 131, |

| | | | |
|----------------------------|------------|--------------------------|-------------|
| | 177, 180, | SZNAJDER, Jaime | 107, 108, |
| | 181, 186, | | 165, 172 |
| | 188, 191, | TABÁREZ, Helvecio | 104 |
| | 192, 194, | TAMAYO, Antonio | 64 |
| | 198, 205 | TARRASA MARTÍNEZ, Juan | 183 |
| RIPA BARBIERI, Julio César | 68, 83, | TISCORNIA, Rodolfo | 33 |
| | 99, 103, | TOBLER, Guillermo | 33, 34 |
| | 104, 138, | TORRES, Frank | 200 |
| | 170 | TORRES CALVETE, Jorge E. | 191 |
| RISSO COMESAÑA, Raúl | 33, 34 | TRAVERSARO, Rodolfo | 183, 185 |
| RIVERO, G. | 161 | TRÍAS, Ivonne | 27 |
| RODRÍGUEZ, Alba | 62 | TRÍAS, Vivian | 52 |
| RODRÍGUEZ, Universindo | 27 | TSIGAL, Víctor | 90 |
| RODRÍGUEZ BALDELLI, | | TURNES, Antonio L. | 21, 57, |
| Nemesio Ricardo | 188 | | 163, 168, |
| RODRÍGUEZ de VECCHI, | | | 176, 183, |
| Victoriano | 33, 34 | | 208 |
| ROM, Rebeca | 16 | VALLONE, Amanda | 25 |
| RONCO, Ángel César | 182, 184, | VAZ FERREIRA, Carlos | 48 |
| | 185 | VIDAL DALGARRONDO, | |
| ROYOL, José | 133 | Maurice Lionel | 183 |
| RUCKS, Carlos | 62, 75 | VILLALBA, Samuel | 104, 138 |
| RUGGIA, Elida | 187 | VILLAMIL, H. | 87 |
| RUIZ LIARD, Alfredo | 88 | VILLAR, I. | 161 |
| RUOCCO, Gloria | 164, 173 | VILLAR TEJEIRO, Hugo | 68, 72, 87, |
| SACCHI PEDETTI, | | | 138, 170 |
| Hugo Carlos | 72, 163, | VILLAVERDE, Sergio | 196 |
| | 164, 174, | VILLEMUR TRIAY, Luis | 33, 34 |
| | 188 | WEIS, Raúl | 62 |
| SALAMANO, Ronald | 161 | WSCHEBOR, Mario | 49 |
| SALVERAGLIO, Federico J. | 17, 36, 88 | YAKUBOV, Julio | 107, 108 |
| SANSÓ, Concepción | 133, 186 | YANNICELLI PRADERI, | |
| SANZ, Víctor | 49 | Eduardo | 133 |
| SAVLOFF, Guillermo | 46 | YANNICELLI PRADERI, | |
| SCARONE, Elbio | 194 | Ricardo Baltasar | 104 |
| SELYE, Hans | 29, 30 | YELPO, Ricardo | 49 |
| SERÉ LANZA, Enrique | 104 | | |
| SKLODOWSKA de CURIE, | | | |
| María | 18, 23 | | |
| SOLAR, Miguel | 104 | | |
| SOLER, Miguel | 62, 75 | | |
| SOSA, Adhemar | 52 | | |
| STALIN, José | 163 | | |
| SUÁREZ GALLEGO, | | | |
| Hamlet Eduardo | | | |
| SURRAC | 183 | | |
| SÓÑORA, Germán | 172 | | |

Otras obras del autor:

El Pensamiento del Dr. Carlos María Fosalba. Junto al Dr. Juan Ignacio Gil y Pérez, premio del concurso (1996).

Maimónides, el sabio sefaradí (2004), premio de la Federación Sefaradí Mundial (2005)

Médicos Uruguayos Ejemplares Tomo III. Junto al Prof. Em. Dr. Fernando Mañé Garzón (2006).

La Sífilis en la Medicina (2007).

Recuerdos de los Comienzos de la Nefrología en el Uruguay. Junto a los Dres. Dante Petrucelli, Teresita Lopart y Ernesto Corio (2009).

La Hidatidosis como problema de salud pública: una mirada histórica. Realizado para el XXIII Congreso Internacional de Hidatidosis, realizado en Colonia del Sacramento, Uruguay (2009).

Florencio Sánchez: Los misterios de su vida, pasión y muerte. (2010).

Los comienzos de la hidatidología internacional. Realizado para la conmemoración de los 70 años de la Asociación Internacional de Hidatidología. (2011).

Héctor Ardao: Maestro de la Cirugía Plástica Reparadora en el Uruguay. (2011).

Hospital de Clínicas de Montevideo, Génesis y Realidad (1887 – 1974). Junto a Eduardo Wilson, Aron Nowinski, Soledad Sánchez, Jorge Sierra. (2011).

Roberto Berro: El gran reformador de la protección a la infancia. Junto a Guido Berro Rovira. (2012).

La cardiología como pasión: Homenaje a Jorge Dighiero a los 100 años de su nacimiento. Comisión Honoraria para la salud Cardiovascular, Montevideo (2012).

El Chumbo Ríos: ética, coraje y humanidad. Guaymirán Ríos Bruno (1928 - 2004). (2013).

La hidatidosis en el Río de la Plata. (2014)

Bernardo Porzecanski y su lucha contra la Rabia en el Uruguay. (2014).

La Sociedad Uruguaya de Pediatría en su Centenario 1915 - 2015. (2014)

Elio García-Austt Negri, el uruguayo que fundó la Sociedad Española de Neurociencia. (2015)



Efraín Margolis Rom (1925-1991) fue un médico dedicado a la administración de servicios de salud y a la docencia de grado y postgrado. Durante su vida laboral estuvo consagrado al Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay, haciendo importantes contribuciones que se reflejaron también en otras instituciones. Analista agudo y objetivo de la realidad sanitaria nacional, efectuó generosos aportes a través de sus publicaciones en diversas áreas del conocimiento de los servicios de salud, de los seguros de salud en sus diversas fases evolutivas, que permitieron su mejora continua.

Su contribución principal fue en el área de la atención médica y la seguridad social, la asistencia médica colectivizada en Uruguay, así como en la racionalización del uso del recurso farmacológico en las grandes instituciones, hasta la informática en salud.

La condición de universitario lo distinguió a lo largo de su vida, desde su contribución como estudiante, a la administración de la Federación de Estudiantes Universitarios del Uruguay, y la colaboración con el Rectorado de la Universidad de la República desde la redacción del proyecto de Ley Orgánica de 1958. Su actuación en la Cátedra de Higiene y Medicina Preventiva se tradujo en importantes trabajos e investigaciones que fueron oportunamente publicadas y que significaron aporte sustantivo para el conocimiento de la situación social y sanitaria de determinadas poblaciones y al cambio de las condiciones que permitieran reales mejoras.

Su legado intelectual y ético muestra los frutos de su alta dedicación en cuerpo y alma para la dignificación del trabajo de un administrador de salud, aún en las condiciones más adversas que debió sufrir, tanto en la Dictadura, como en la Democracia.

ISBN: 978-9974-8521-2-9



9 789974 852129