

# EL CASMU: PASADO, PRESENTE Y FUTURO

## Disquisiciones histórico-filosóficas

*Las grandes obras  
las sueñan los locos visionarios;  
las ejecutan los luchadores natos;  
las aprovechan los felices cuerdos;  
y las critican los inútiles crónicos.*

### EL ORIGEN

El Centro de Asistencia adscripto al Sindicato Médico del Uruguay fue una creación de un médico joven, recién graduado, el Dr. Carlos María Fosalba (1906-1946)<sup>1, 2</sup> que en 1934 planteó la iniciativa, luego de haber insistido en años anteriores, sin éxito, por resistencia de los viejos sindicalistas. Esos años eran los que transitaban una Dictadura (la del Dr. Gabriel Terra), que por caprichos de un cirujano, portador de la Legión de Honor y enamorado del Poder, el Dr. Eduardo Blanco Acevedo, había desplazado a los que habían ganado por concurso 18 cargos de Médico de Asistencia Externa, y reemplazado con colegas adeptos a sus ideas. Esos 18 carneros, quedaron sepultados en el fondo de la historia, y ya nadie los recuerda.

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

---

<sup>1</sup> Véase: [http://www.smu.org.uy/cartelera/socio-cultural/centenariofosalba\\_alt.html](http://www.smu.org.uy/cartelera/socio-cultural/centenariofosalba_alt.html)

<sup>2</sup> Véase: <http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/fosalba/>

Que ya existían en 1935 esas personas, con alcance un poco mayor que el resto, que sabían hacer bien la Medicina, pero nada de lo demás. No sabían vender ni defender su trabajo.

Aquellos 18 médicos desplazados por Blanco Acevedo, y sustituidos por carneros, fueron coronados por el éxito de sus méritos, consiguiendo muchos de ellos puestos como Médicos de Urgencia del CASMU, luego de atravesar un exigente concurso de oposición. Muchos de ellos terminaron siendo profesores de la Facultad de Medicina. *“En 1936, llevando a la práctica principios defendidos por el gremio, se realiza el Concurso de Médico de Urgencia, primer concurso de oposición de la historia del mutualismo nacional. Integran el tribunal los Dres. Carlos V. Stajano y Juan Carlos del Campo, por la Facultad de Medicina, Víctor Armand Ugón y Víctor Zerbino, por el Centro de Asistencia, Julio César García Otero, por el Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay y Pablo F. Carlevaro por los concursantes. Resultan ganadores del concurso los Dres. Juan José Crottogini, Ricardo B. Yannicelli, Alberto Pérez Scremini, Norberto Cerruti, Oscar Bermúdez, José Pedro Cardoso, José Carrasco Vázquez, Eugenio Isasi, Hermógenes Álvarez, Ramón Pittaluga y Alejo F. Bianchi. La mención de los nombres de los ganadores de ese histórico concurso y de los integrantes del Tribunal, es de justicia. Es también la expresión de uno de los fundamentos de la creación del Centro de Asistencia: la alta jerarquía de sus tribunales de concurso y de su cuerpo técnico. Con el devenir de los años la mantenida jerarquía profesional de su Cuerpo Técnico contribuirá a consolidar el prestigio institucional.”*<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> AVELLANAL, Roberto: CASMU: Raíces, concepción doctrinaria, organización, crecimiento y desarrollo. Período 1935-1974, 3ª. Entrega. Revista *Intercambio*: Año VI, No. 56, noviembre 1996, pp. 13.

## LA VISIÓN DE FOSALBA Y SU ÉPOCA

### EL CENTRO DE ASISTENCIA Y LOS SINDICATOS LOCALES

En el ejemplar de ACCION SINDICAL de diciembre (53), se publica bajo ese título el siguiente comentario:

"A propósito de la constitución que se viene efectuando de los Sindicatos Locales, es interesante hacer notar que en las ciudades visitadas a ese efecto, los colegas médicos subrayaron la importancia de dichos organismos con autonomía local. Comprendemos -manifiestan- juiciosamente la autoridad moral creada y constituida sobre bases excelentes y admitimos la disciplina sindical que se origina, como ventajosa y necesaria para realizar una buena obra de colaboración.

Pero conjuntamente a la unión así conquistada, diríamos casi en una forma un poco teórica, es posible realizar una obra más firme e indisoluble, cual es la que se forja en una acción desarrollada por las cabezas de una localidad decididos a construir Centro de Asistencia Médica. Estos organismos lograrían en forma práctica y segura la unión de los médicos en su faz profesional al crearse relaciones íntimas por intereses comunes. Con la pronta realización de esta fórmula del ejercicio de la medicina, se obtendría la solución de muchos puntos de valor actualmente imposibles de ni siquiera plantearse. En primer lugar como lo hacemos notar, la vinculación en una obra común, establecer un cordial entendimiento de los médicos. Luego una conquista que ya es tiempo de alcanzarla. La realización de una medicina social cuyos beneficios serían absolutos para la población. A ninguno de nosotros escapa que así sería posible coordinar grandes planes de lucha contra ciertas enfermedades tal como lo quiere la medicina preventiva única capaz de luchar con éxito.

Y en otro orden, nuestros Centros de Asistencia locales estarían facultados para resolver los problemas técnicos-sociales. Es indudable que sus informes serían valiosísimos, para considerarlos en la Convención Nacional de Médicos que dentro de pocos meses se realizará en Montevideo, encarando ellos los problemas, de acuerdo con las necesidades técnicas de la población, y no según los intereses egoístas de cada uno de los médicos que ejercen actualmente la medicina.

A nuestros colegas de campaña pedimos vayan estudiando los beneficios que se recogen de un Sindicato Local y de un Centro de Asistencia tal como lo venimos señalando en artículos aparecidos en ACCION SINDICAL, facilitando así la creación que de dichas organizaciones viene efectuando con todo éxito el Sindicato Central."

### LA CELEBRACION DEL PRIMER AÑO DEL CENTRO DE ASISTENCIA

Dr. Antonio L. Turnes

24.12.2008 – Versión 5

Cuando un año más tarde, el Centro de Asistencia celebraba por todo lo alto su primer aniversario, tuvieron lugar una serie de actos y festejos, de los que puntualmente dio cuenta ACCION SINDICAL (54) en estos términos:

"El 1° de julio fue conmemorado exitosamente el primer aniversario de fundación del Centro de Asistencia. Tres magníficos actos se realizaron en esta jubilosa jornada: por la mañana, en el local del Sindicato Médico, un lunch ofrecido a la prensa y a la radiofonía; por la tarde un acto académico, público, en el Ateneo, dedicado especialmente a los socios del Centro de Asistencia; y por la noche, un banquete de confraternidad médica en el Parque Hotel.

En estos actos se ha exteriorizado el regocijo del público en general y nuestra colectividad médica, consagrando el esfuerzo de organización mutual del Sindicato Médico del Uruguay."

Y allí se daba pormenorizado detalle de cada uno de los tres actos, culminando con los discursos centrales en el banquete de camaradería médica. Hicieron entonces uso de la palabra los Dres. César Bordoni Posse, Elías Regules (h.), el Br. Carlos A. Lago, el Dr. Almeida Pintos, finalizando el Dr. Carlos María Fosalba con una pieza memorable.

Tal vez más recordada que otras, por haber sido tomada de su contexto un par de frases que llevadas al bronce acompañan al Sindicato Médico en sus Sedes, primero en el gran salón del Palacio Sindical, y ahora también en el Salón de Actos del edificio nuevo.

En otra parte, hemos incluido un fragmento de esa pieza, que ahora brindaremos en su totalidad, por ser una de las claves para mejor comprender la génesis del Centro de Asistencia como gran proyecto del Sindicato Médico y sus perspectivas económicas y sociales para la población y la profesión. Es por otra parte, una profunda reflexión, siempre optimista, de Fosalba, donde evidencia su inmensa alegría por el éxito alcanzado por el proyecto, cuando recién se erguía.

Decía Fosalba:

"Este acontecimiento que hoy festejamos con espontánea camaradería tiene un íntimo significado más profundo que la simple expresión de nuestro júbilo, por un triunfo o una conquista material. Se trata de un fenómeno mucho más importante y complejo, ligado más al sentido mismo de las cosas, que a las apariencias exteriores de los hechos. Estamos en realidad expresando públicamente nuestra solidaridad con una vasta labor constructiva que viene desarrollándose con formidable empuje desde las filas del Sindicato Médico; labor que abarca la plenitud de nuestra vida profesional en sus diferentes aspectos: ética, problemas gremiales, cuestiones profesionales, asuntos económicos, actividad científica, solidaridad de grupo y solidaridad social.

Podemos decir con orgullo que nuestro Sindicato es algo más que un vasto laboratorio de ideas; significa sin ninguna duda una verdadera colmena de trabajadores, realizando

Dr. Antonio L. Turnes

24.12.2008 – Versión 5

dentro y fuera de sus muros una obra concreta y positiva de realizaciones, que se suceden la una a la otra, en un ritmo ininterrumpido, porque la creación tiene ese mágico poder de no agotarse nunca y llevar permanentemente en su seno el germen de nuevos hechos y el potencial de energías que empuja siempre hacia adelante iluminando el camino para señalar nuevos ideales, nuevas ideas, nuevas aspiraciones y el ansia portentosa de querer siempre poseerlas para satisfacer esta humana inquietud, que sólo se afirma en el presente para poder así escalar mejor el porvenir

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 pesimismo 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 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 donde 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.

Yo he esperado este momento con paciencia; lo estoy esperando desde hace 5 años. Era necesario este gran triunfo para poder demostrar objetivamente y sin ningún lugar a dudas, la razón que me asistía cuando proclamaba, entre las sonrisas irónicas de la mayoría, no sólo que el Sindicato Médico sería cada vez más poderoso en su fuerza ética, sino que llegaría con el tiempo a ser una potencia material en lo económico, en lo profesional y en lo científico. Permítase esta vanidad disculpable por la trascendencia del momento y por la emoción que me embarga al escribir estas líneas preñadas de sinceridad.

Dr. Antonio L. Turnes

24.12.2008 – Versión 5

Hace 5 años, cuando yo era todavía un joven estudiante de Medicina, presenté un atrevido plan de trabajo al Comité Ejecutivo del Sindicato Médico, porque me producía desaliento y pesar la contemplación de aquella casa honesta, pura, sincera y valiente, pero desolada, vacía, inactiva, silenciosa e infecunda. Sus dirigentes entre los que me contaba yo, y muchos de los cuales están seguramente hoy entre nosotros, eran indiscutiblemente, un ejemplo de honestidad y amaban sinceramente al Sindicato, pero a mi entender, cometían un grave error: no creían en su capacidad constructiva porque no confiaban a su vez, en el espíritu solidario del gremio médico.

Doloridos por la indiferencia y el egoísmo brutal del ambiente, no se atrevían a realizar, porque no esperaban la respuesta solidaria de la masa. Ellos decían: Nosotros no podemos hacer obra porque el gremio no nos responde.

Yo les replicaba con juvenil vehemencia: ¡Pues bien! invierto el aforismo y digo: El gremio no nos responde porque no hacemos obra. Realicemos obra fecunda y buena, obra útil y provechosa y el gremio entonces estará con nosotros y nos apoyará. Al pesimismo escéptico de mis camaradas trataba de sustituirlo por el vigoroso optimismo producto de mis ideas, porque yo no soy un accidental sindicalista médico, sino un sindicalista en el sentido integral de la palabra. Por lo mismo que confío en el porvenir de una sociedad nueva integrada por organismos gremiales libres, ellos mismos orientados por hombres libres, por esa misma razón fundamentaba mi optimismo poniéndolo por encima de las enseñanzas dolorosas de aquel presente, interpretando la falta de solidaridad médica por la ausencia de un organismo sindical fuerte y poderoso y rechazaba la idea de que esta falta era consecuencia de la ausencia de solidaridad. Se me dijo entonces que mi optimismo iría disminuyendo a medida que el contacto con la realidad ambiente se encargara de podar la frondosidad de mis ilusiones. Y dije en aquellas sesiones, para mí inolvidables, que aceptaba el reto y que demostraría con los hechos que no eran ilusiones juveniles, sino convicciones maduras, mis proyectos de aquel entonces.

De aquel entonces al presente han pasado 5 años. De ellos sólo estos 2 últimos han sido empleados por un conjunto de colegas amigos y por mí, en la realización de los planes solo esbozados en aquella época.

En sólo dos años ¡qué extraordinario esfuerzo se ha realizado!

Aunque toda nuestra obra solo sea un embrión con respecto a lo que debe ser; aunque estemos balbuceando y falte mucho para realizar lo soñado ¿quién no ve ya el luminoso porvenir que nos espera? ¿Quién no distingue a este Sindicato vigoroso, juvenil, inquieto, creador, audaz, constructivo? Hemos tomado del viejo Sindicato una hermosa herencia, legada por nuestros antecesores. Herencia material que nos ha permitido llevar adelante la obra emprendida. Herencia moral, limpia y honrada, que ha despejado nuestro camino. Pero hemos sabido agregarle el ansia de hacer todos los días algo nuevo, de construir cosas reales mientras soñábamos y de soñar mientras construimos. Le hemos agregado el irresistible optimismo que todo lo puede y todo lo confía, que prefiere errar realizando a detenerse por temor a fracasar.

Cada generación cumplió su cometido: los que nos precedieron nos entregaron una casa sólida, moral y materialmente considerada; la nuestra trajo la inquietud insaciable de crear y hacer. Del cumplimiento de estos dos cometidos, ha surgido la bella realidad que hoy palpita vigorosa entre nosotros.

A los que me objetan que muchos de los que hoy ingresan al Sindicato vienen sólo o principalmente atraídos por su triunfo económico, yo les contesto, que no importa. Ingresar a nuestra casa implica ya una disciplina moral; venir hacia nosotros significa identificarse en nuestros problemas; el tiempo y la camaradería harán el resto. Algunos defraudarán nuestra confianza, pero ¡cuántos serán conquistados para siempre! Por otra parte, antes pasaba lo mismo que ahora. Todos conocemos ex dirigentes del viejo Sindicato enlodados y vendidos a causas deleznable. Nuestra casa, a pesar de ellos, continúa y continuará su ruta de honestidad, de trabajo y de acción. Sus ideales no se han de marchitar por la frágil constitución de algunas conciencias venales. La vida es bella aunque deje a lo largo de su camino mucho lodo y tantos despojos despreciables. Quiero, por último, destacar la necesidad de que todos colaboren en la obra común actuando en la lucha, aportando el pensamiento y el brazo ejecutor. El Sindicato necesita más actores y menos espectadores. Que cada uno tenga el sentido de su responsabilidad, de su deber y de sus derechos.

Nuestra casa os espera, amigos, colegas y estudiantes, que sois futuros colegas; ella confía en vosotros. Su porvenir depende de cada uno de sus integrantes. Recordad que sólo se ama una cosa cuando hemos puesto algo de nosotros mismos en la construcción de ella; cuando no es extraña a nuestra vida, cuando en alguna de sus manifestaciones existe una partícula que ha surgido del fondo de nuestras almas, puestas en tensión por el esfuerzo creador.

Dueños de nuestro propio destino, seremos libres y esta libertad de vivir hará nuestras horas dignas de ser vividas.

Señores; colegas y amigos: Acompañadme en este grito sincero:

¡Viva el Sindicato Médico del Uruguay!"<sup>4</sup>

**No vamos a examinar aquí la larga historia del CASMU, de sus dificultades, y de la filosofía que inspiró su fundación, y el espíritu que informó a sus creadores.**

---

<sup>4</sup> TURNES UCHA, 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.

Pero las cosas, en aquel tiempo, se hacían con la discusión franca y abierta, con lealtad, sin odios ni rencores, sin prejuicios agrupacionales, sin banderías políticas. Todos estaban contra la dictadura de aquí y contra las tiranías del mundo. Eran pocas personas las que se interesaban y discutían sanamente y en familia.

## DESPUÉS DE FOSALBA

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

En esos tiempos fundacionales, todo era a puro concurso. Mucho trabajo, mucho amor a la camiseta, idealismo y realidad. Los médicos de urgencia, luego de su turno, pintaban las paredes, hacían otras tareas, ahorrando a la organización recursos, sin pagarle a extraños. Lo tomaban como algo propio, que querían y con cuyos objetivos estaban comprometidos. Así ocurrió por muchos años, con médicos y funcionarios.

La evolución no fue sencilla. Sucedieron dificultades y dolores de crecimiento. Estafas y pérdida de confianza en algunos funcionarios desleales, que jugaban su sueldo y el dinero de las cajas que manejaban, en las carreras de caballos.<sup>5</sup> Hubo muchas veces, que por cumplir una meta, los

---

<sup>5</sup> Véase entrevista con Emma Cammarano de Fosalba, en TURNES UCHA, 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, Anexo IV.

médicos dejaron de cobrar, o renunciaron a sus remuneraciones, en función de su trabajo efectivamente realizado, para aportar al bien común. De eso pocos lo recuerdan, y la mayoría lo ignora, pensando que en todo tiempo, los médicos se la llevaban toda. Es su ignorancia; no la realidad. Hubo mucho aporte y renuncia a cobrar, para construir una institución, con el sacrificio de quienes la forjaron.

## LAS GRANDES OBRAS

Las grandes obras las sueñan los locos visionarios; las ejecutan los luchadores natos; las aprovechan los felices cuerdos; y las critican los inútiles crónicos. Esta frase sintetiza cuánto se ha hecho y cuánto se ignora. La mentira, la ignorancia y la ambición, son tres graves vicios que corroen el espíritu de las personas y de las organizaciones. Eso es lo que está sucediendo. Hoy se perdió la memoria, el recuerdo del origen, de las dificultades, y se está dispuesto sólo a recibir, y muy poco, o casi nada, a dar.

Desde el ángulo de los médicos, que en su amplia mayoría comparten estos valores, aguantan a pie firme su compromiso asistencial, implícito y explícito, con sus pacientes. Los funcionarios, que con el paso de los años han ido perdiendo su sentido de pertenencia, han incidido, por responsabilidad de los directivos, al deterioro de la calidad de las prestaciones, cosa que tampoco es generalizable, sino que algunos, que hacen demasiado ruido y ponen pocas nueces, opacan a los demás, buenos y dedicados.

La crisis actual del CASMU se debe, sobre todo, a su perfil asistencial:

1. A su organización basada en la Medicina de Zona, del médico de familia, que mucho antes que lo inventara la OMS, ya lo había hecho la profesión médica en Uruguay.

2. A su perfil demográfico, que ha concentrado población muy fiel, que ha ido envejeciendo, como la población del país, pero de mayor impacto que la registrada en otras instituciones.
3. A una gestión directiva profundamente equivocada, torpe, egoísta y miope; a la falta de adopción de correctivos oportunos y adecuados, por impericia, imprudencia o negligencia, y a una politización de las opiniones que han polarizado y destruido el entramado social que le dio origen, desde la profesión, al nacimiento y crecimiento del CASMU.

## CONJUNCIÓN DE ESFUERZOS DIVERSIDAD DE ORÍGENES

Cuando su nacimiento, la Institución conjugó la opinión de los más diversos actores: batllistas, nacionalistas, socialistas, anarquistas, católicos, librepensadores, independientes. Todos mancomunados persiguiendo un mismo propósito, con valor, con energía, con coraje. Procurando más de dar que de recibir. Con plena confianza en la bondad de los objetivos que se habían trazado, de la justicia de sus metas, del sentido social de su tarea transformadora. Nadie le preguntaba al recién llegado cómo pensaba ni qué partido había votado. No se orientaban así los fundadores, y de allí su éxito, formando una columna fuerte y unida. Venían a cambiar el viejo mutualismo, lleno de vicios, de médicos mediocres, que explotaban a los profesionales y a los afiliados, y prestaban servicios de mala calidad, con ánimo de llenar el ojo y presentar buenos resultados a los afiliados o a los accionistas.

Ramón Rojas Beltrán, un médico chileno que vivió entre nosotros desde 1987 a 1990, en su historia del Gremialismo Médico en el Uruguay, publicada en este último año, mencionaba la circunstancia de que Fosalba hubiera

conseguido el milagro de reunir a los más diversos actores en este proyecto que cambiaría la historia. Éstas son sus palabras: *"Fosalba era delgado, bajo, nervioso, de arrebatos luminosos. Así nos explicamos, que aún estudiante, propusiera la idea de la cooperativa de salud a los médicos: y citando a Juan Edmundo MILLER transcribe: "...y se hizo el gusto produciendo el milagro con su poderoso magnetismo de atracción, porque logró unir al libre pensador Elías Regules, con el católico militante Julio César García Otero; al valdense metodista Víctor Armand Ugón, al ortodoxo Pablo F. Carlevaro, al batllista Julio César Estrella, y a muchos otros, para no decir, a todos los médicos de tendencias distintas, de corrientes diversas que, sin abdicar de sus convicciones abrazaron la idea de la cooperativa".* Y prosigue ROJAS: *"Su trabajo era múltiple: médico de consultorio, estudiaba y se preparaba para la docencia, director de revistas gremiales y científicas, redactor de artículos polémicos, integrante de comités solidarios de defensa de la guerra civil española, de la Segunda Guerra Mundial. Orador en mitines al que frecuentemente era invitado: "Siempre he vivido en serio" decía con frecuencia. Sus amigos le propusieron: destinar los sábados al descanso mental, porque su mente no se daba descanso. Pasaba de su profesión en consultorio y visitas a domicilio, a la revista gremial, a la editorial científica, a iniciativas permanentes para el diálogo trisemanal -y a veces diario- en la Junta Directiva, y la planificación de largo alcance como lo era su obsesión del Palacio Sindical."*<sup>6</sup>

La acción de Fosalba y sus compañeros de los más distintos orígenes, permitieron que la salud colectiva privada, en Uruguay se transformara. En la primera Convención Médica Nacional, realizada en 1939, se aprobó una resolución general que contribuiría, en gran medida, a que el 13 de febrero de 1943 se dictara la primera regulación y ordenamiento del Mutualismo y las instituciones de

---

<sup>6</sup> Véase: <http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/gremedica/histgrem.pdf> pp. 123-124.

asistencia colectiva: el decreto ley 10.384, que categorizó a las instituciones en cinco clases, reconociendo para el CASMU la de "Cooperativa de Producción Sanitaria", diferente a las mutualistas, a las cooperativas médicas, a las asociaciones civiles, y a las empresas de asistencia. Se consagraba así una vieja aspiración del SMU, expresada claramente en sus fundamentos teóricos por Fosalba en aquel relato a la 1ª. Convención Médica Nacional. Consecuencia de dicha norma, se produjo el registro en el Ministerio de Salud Pública, en 1944. *"El Instituto Nacional del Trabajo también reconoció que los técnicos del CASMU, médicos y practicantes, no son patronos sino cooperativistas, tesis brillantemente defendida por el entonces asesor letrado de la institución, Dr. Raúl E. Baethgen. Los bienes generados con el trabajo colectivo no pertenecen a nadie en particular, son herramientas de trabajo que cada generación médica transmite a la siguiente. No hay, es cierto, aportes de capital como en una cooperativa; tampoco hay ganancias sino remuneraciones de acuerdo al trabajo de cada uno. En caso de disolución, sus bienes pasarán al organismo de salud que lo sustituya: Seguro, Servicio Nacional de Salud o directamente al Ministerio de Salud Pública. El marco conceptual, la estructura de la Junta Directiva y sus comisiones, la organización administrativa y técnico asistencial se van a mantener en lo esencial sin modificaciones desde su fundación en 1935 hasta su intervención en 1975. No se producirán modificaciones en los criterios básicos de su concepción. Sí se irán incorporando nuevas técnicas y se ampliará progresivamente la capacidad administrativa, asistencial y locativa en la medida que la evolución de los conocimientos médicos y el crecimiento de su masa social lo requieren."*<sup>7</sup>

El Centro de Asistencia tiene una sucesión de Administradores. El primero Juan Edmundo Miller, íntimo

---

<sup>7</sup> AVELLANAL, Roberto: CASMU: Raíces, concepción doctrinaria, organización, crecimiento y desarrollo. Período 1935-1975, 4ª. Entrega. Revista *Intercambio*: Año VI, No. 57, diciembre 1996, pp. 17-18.

amigo de Fosalba, que participó en los años iniciales. Le sucedió don Roberto Coteló, ex estudiante de Medicina, que había participado de la Guerra de España junto a José B. Gomensoro y Virgilio Bottero, todos ellos amigos entrañables del fundador. *“En 1946, coincidiendo con una pequeña crisis financiera se decide crear la función de Administrador General que se concibe como un cargo médico de particular confianza al que se le encargará la dirección y coordinación del sector administrativo y del área técnica. Es designado para esa función el Dr. Oscar Vicente Raggio, médico de zona, de larga trayectoria gremial, integrante de la generación fundadora del Centro de Asistencia y Tesorero en ese momento de la Junta Directiva. El Administrador General será enlace y representante de la Junta Directiva ante todo el cuerpo técnico y la administración. Una de sus funciones básicas será dotar a las resoluciones de la Junta Directiva de la necesaria ejecutividad. La concepción del cargo de Administrador General fue madurando en los años siguientes y cuando en 1954 el Dr. Oscar V. Raggio renuncia, se establecen las bases definitivas del cargo y se hace un llamado abierto a aspirantes. Se confirma como vértice jerárquico de los sectores administrativos y técnicos y como cargo de particular confianza de la Junta Directiva, quien deberá designarlo por una mayoría de dos tercios de sus integrantes. Durará cuatro años en su función, pudiendo ser reelecto. A la vez se le declara incompatible con cualquier otra tarea en la Institución, así como con cualquier otro cargo rentado en instituciones similares o que tengan alguna vinculación con el CASMU. Como resultado de ese llamado, en 1955 es designado con el voto unánime de la Junta Directiva, el Dr. Alberto Rosendo Grille González, quien será mantenido en el cargo por los siguientes 20 años hasta su destitución por los interventores del CASMU durante la dictadura militar. El Dr. Alberto Grille, destacado gremialista, era docente de la Facultad de Medicina en el área de la clínica médica, discípulo del Prof. Raúl Piaggio Blanco y colaborador del Prof. Pablo Purriel, médico de zona del Centro de Asistencia. Durante su gestión y con su*

*impulso, el CASMU desarrolló la política de afiliaciones colectivas (ver más adelante) que constituyó además de un aporte doctrinario de gran importancia, un salto cuantitativo que llevó a doblar en poco tiempo la masa de abonados del CASMU. La importancia de la gestión técnica del Dr. Alberto Grille, su profunda adhesión a la Institución, su inteligencia en el manejo de sus relaciones con las sucesivas Juntas Directivas y con el personal técnico y no técnico, merecerían dedicar un capítulo especial a su gestión. Los citamos particularmente como otro de los ejemplos de elevada condición técnica y humana que han sido el sustento de la obra desarrollada por el gremio médico con su Centro de Asistencia.”<sup>8</sup>*

Los años siguieron transcurriendo. Pero la acción del CASMU en el ambiente se hizo sentir, elevando el nivel de las prestaciones, de los contingentes profesionales, de las construcciones hospitalarias privadas. En fin, de la calidad de las prestaciones. El término calidad no se conocía antes. Eso también llevaba de la mano un valor mayor de la cuota de afiliación mensual. Que dejaba de lado a los ciudadanos pudientes, eliminándolos de los registros, cuando se detectaba alguno. Porque se preservaba la Medicina Privada, dando ingreso sólo a personas de clase trabajadora o pequeños comerciantes e inmigrantes, privilegiando los núcleos familiares. Con hondo contenido social, conjugado con un sentido de excelencia en las prestaciones, y sin despliegue publicitario o marketinero. Nos cuenta Avellanal: *“En la concepción original del Centro de Asistencia se superponen conceptos sociales, doctrinas sanitarias y criterios sindicales. El Centro de Asistencia se crea como un instrumento de servicio social hacia la población no pudiente, a la que se pretende brindar la mejor asistencia a un costo razonable, al tiempo que se utiliza como*

---

<sup>8</sup> AVELLANAL, Roberto: CASMU: Raíces, concepción doctrinaria, organización, crecimiento y desarrollo. Período 1935-1975, 4ª. Entrega. Revista *Intercambio*: Año VI, No. 57, diciembre 1996, pp. 21-22.

*instrumento gremial en la lucha por las reivindicaciones médicas ante las instituciones de asistencia médica colectiva. Se defiende la necesidad de aportar fundamentos técnicos en la organización y dirección de una mutualista para mejorar la calidad asistencial y dignificar las condiciones de trabajo médico. Frente al concepto de “cooperativas de consumo” como se concebía al mutualismo clásico, Carlos María Fosalba crea el de “cooperativas de producción sanitaria” manejada por los médicos. Se establecen principios de doctrina médica en ese momento vigentes como la libre elección del médico por el paciente y la libertad de recetario. Se definen aspectos laborales buscando mejorar sustancialmente las condiciones de trabajo y la remuneración de los médicos. En defensa de la actividad privada y en base a la orientación de servicio social del Centro de Asistencia, se limita el ingreso de “pudientes”. En la Asamblea constitutiva se dice: “Los ricos por su posición económica no necesitan de la solidaridad social”. Esta limitación se mantendrá, al menos en la letra, por decenios, hasta que nuevas realidades económicas y de organización asistencial la hicieron caer en desuso. Desde el origen se establece que no se va a competir con el mutualismo en base a la cuota. Ésta se fija deliberadamente más alta, pues se entiende que con la cuota usual de las instituciones mutuales no se puede brindar una asistencia decorosa ni se puede remunerar adecuadamente a los técnicos. La cuota promedio en 1935 estaba en \$ 1,33. Era lo que cobraba la Asociación Fraternidad, una de las asociaciones mayores de la época. El Centro de Asistencia la establece en \$ 1,50. La Asamblea del Sindicato Médico, que fija esa cuota deliberadamente más alta, determina también que un 33% de los ingresos deberá destinarse al pago de salarios médicos. En ese momento, el mutualismo destinaba solamente el 12% de su presupuesto a la remuneración de sus técnicos. Esta es la base histórica del porcentaje presupuestal asignado por el gremio al pago de salarios médicos. Fue un punto de referencia ineludible en las luchas gremiales por mejores salarios en las otras instituciones*

*mutuales. En la década de los años 60 dicho porcentaje se mantenía aún por encima del 30%, cuando el resto del mutualismo lo había incrementado lentamente un 18% a 25%.”<sup>9</sup>*

Respecto a la influencia moral y material en el cambio de las condiciones de atención del resto de las instituciones mutuales, así como también en la dignificación del trabajo profesional, volvemos a Avellanal: *“El gremio abre su Centro de Asistencia al ingreso de todos los médicos, con la sola condición de ser socio del Sindicato Médico. Se imaginaba, se deseaba, que una vez afianzado el Centro de Asistencia, los médicos mutuales y con ellos la masa de afiliados se volcaría a la cooperativa de los médicos. Se liquidaba el empresismo y la intermediación mutual en el trabajo médico. La contrapartida gremial era que ningún médico debía quedar sin trabajo. Este es el origen conceptual del libre ingreso de médicos al Centro de Asistencia. Criterio ético ineludible en las circunstancias en que se estableció. Este trasvasamiento no se dio. Sólo una profunda convicción de todos los médicos en la obra social que se emprendía, podría haber logrado dicha unificación. La heterogeneidad en las concepciones sociales, el fuerte individualismo, acotaron aquella perspectiva. De todas formas el Centro de Asistencia creció rápidamente convirtiéndose en una fuerte competencia en el sector de la medicina colectiva. El mutualismo a su vez, sintiéndose amenazado en su existencia, comenzó a cambiar. Tenía que competir ahora con una institución que se había impuesto a sí misma una alta calidad asistencial y que organizaba su actuación desde el más profundo respeto a sus propios técnicos. Se debe tener en cuenta que los médicos de las instituciones mutuales de la época gozaban de poco prestigio. Si bien en la etapa fundacional, criterios solidarios llevaron a los médicos a colaborar con las instituciones mutuales, a medida que estas fueron creciendo*

---

<sup>9</sup> AVELLANAL, Roberto: CASMU: Raíces, concepción doctrinaria, organización, crecimiento y desarrollo. Período 1935-1974, 3ª. Entrega. Revista *Intercambio*: Año VI, No. 56, noviembre 1996, pp. 14-15.

*incorporaban médicos, en su mayoría de poco prestigio y poca clientela privada, que aceptaban trabajar con los salarios y las agobiantes condiciones laborales que se ofrecían. Al tener que mejorar sus servicios, el mutualismo buscó técnicos de mayor prestigio, para lo cual comenzó también a incrementar los salarios y a cambiar las condiciones laborales. Mejora progresivamente el nivel asistencial del mutualismo, y lentamente comienzan a mejorar los salarios, las condiciones laborales y el propio prestigio de los médicos mutuales. Más allá de éxitos o fracasos, de virtudes y defectos, la historia de la asistencia privada colectiva en el país tiene un antes y un después de la creación del Centro de Asistencia. Podrán señalarse muchos parámetros, pero dos alcanzan para evidenciar los cambios generados a partir de su creación: se comenzó a elevar el nivel asistencial de todo el mutualismo constituido y mejoraron notoriamente las condiciones laborales y el prestigio social de los médicos mutuales.”*<sup>10</sup>

## LOS SEGUROS PARCIALES DE SALUD Y EL MAYOR CRECIMIENTO

A partir de 1958 comenzaron a aparecer los Seguros Parciales de Salud, que protegieron a diferentes gremios de trabajadores, pujantes por obtener protección de su salud en condiciones más accesibles y justas. En eso el Sindicato Médico tuvo acción principal, y el CASMU fue el brazo ejecutor. Aparecieron las afiliaciones colectivas y los Seguros

---

<sup>10</sup> AVELLANAL, Roberto: CASMU: Raíces, concepción doctrinaria, organización, crecimiento y desarrollo. Período 1935-1974, 3ª. Entrega. Revista *Intercambio*: Año VI, No. 56, noviembre 1996, pp. 15-16.

de Salud para diversos contingentes de trabajadores (la construcción, la estiba, la madera, la industria química, etc.). Eso llevó a un crecimiento exponencial de su masa social, y a la necesidad de ensanchar sus plantas físicas. Fue un desafío al crecimiento de la organización. En pocos años adquirieron y fueron haciendo crecer dos sanatorios más. Uno para prestaciones quirúrgicas, y otro para gineco-obstetricia. Muchos años después, agregaría un cuarto sanatorio para medicina interna y tratamiento intensivo. Finalmente, el avance de la Medicina y de la Tecnología, haría que cada vez se internaran y trataran más y mejor los pacientes críticos, y muchas afecciones que antes transcurrían en el domicilio de los pacientes fueran tratadas mediante la hospitalización, con lo cual, el recurso cama hospitalaria, fue más utilizado. Conforme existieron grupos de trabajadores que obtenían como conquista sindical que el Parlamento estableciera para ellos un Seguro Parcial de Salud, denominados en aquel tiempo indistintamente como Seguro de Enfermedad, para cubrir la atención médica integral únicamente del beneficiario dependiente de la actividad o industria respectiva, también otros grupos laborales, sin una ley que lo amparara, fueron logrando idéntico beneficio. Fueron las Afiliaciones Colectivas, que agrupando un núcleo de una organización grande o pequeña, lograban también por la vía de la negociación bipartita obrero-patronal, ese beneficio para ellos, a veces extendido a su familia, o extendido en condiciones especiales a cargo del trabajador. Tales fueron, entre otros, los casos de Alpargatas, Conaprole, Cristalerías del Uruguay, Ferrosalt, los trabajadores de la Intendencia Municipal de Montevideo y el propio Sindicato Médico, permitiendo la incorporación de sus afiliados y sus familias, a precios diferenciales, naturalmente más económicos, que la cuota individual.

Esta preocupación del CASMU y el SMU por la Medicina Social, fue generando vínculos con los dirigentes sindicales de los trabajadores, primero individualmente, luego en su mayor agrupación, desde 1965, la Convención Nacional de

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

## LA CONGELACIÓN DE PRECIOS Y SU INCIDENCIA FUTURA

En el año 1968 el gobierno presidido por Jorge Pacheco Areco, con una inflación que alcanzaba el 100% anual, dispuso la congelación general de precios e ingresos, estableciendo la COPRIN (Comisión reguladora de Precios e Ingresos) luego denominada DINACOPRIN (Dirección Nacional Coordinadora de Precios e Ingresos) que habría de regular, entre otras cosas el valor de la cuota mutual, los incrementos salariales y otros insumos. Curiosamente esta congelación jamás alcanzó el precio de los medicamentos y otras prestaciones indispensables para la atención de la salud, con lo que se dio la paradoja de tener anclado el valor de la cuota mutual, mientras estaba libre el valor de los insumos. El CASMU y otras instituciones de medicina colectivizada, fueron entrando en un plano inclinado de desfinanciación y déficit mensual creciente, que cuando la Inspección General de Hacienda realizó una constatación, ascendía aproximadamente al 25% mensual. O sea, que cada 4 meses, había uno que no había con qué cubrirlo. En el curso de los años, con altibajos, esto permaneció igual. Disminuyó la magnitud, pero nunca alcanzó números negros. Siempre en rojo, siempre con déficit. Cuando las autoridades naturales, en 1985, luego de casi 10 años de Intervención, reasumieron la conducción, el déficit mensual era casi el mismo, y así continuó hasta fines de 1986, donde debieron tomarse drásticas medidas para abatirlo sustancialmente. Pero nunca eliminarlo.

## LA VISIÓN DE UN PIONERO

Joaquín Purcallas Serra (1914-1984)<sup>11</sup> participó de sucesivas etapas en la conformación y engrandecimiento del Centro de Asistencia. Colaboró con Alberto Grille en la conducción de los Servicios, como Director de Sanatorios. Antes había integrado la Comisión de Palacio Sindical, que había construido e inaugurado el primer edificio propio que tenía el Sindicato Médico y su Centro de Asistencia. Al igual que Grille, provenía de la Clínica Médica del Prof. Pablo Purriel, donde había hecho carrera docente. Posteriormente acompañó los primeros tramos del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” como Asistente de Dirección, fundamentalmente trabajando con los Decanos y con los Directores extranjeros que concurrieron a dictar cursos y orientar los servicios: Odair Pedroso (de Sao Paulo, Brasil), Hugo Enríquez Frödden (de Santiago, Chile) y Guillermo Almenara Irigoyen (de Lima, Perú). Pero fundamentalmente era un médico de gran dinamismo, y autodidacta en la administración de servicios de salud. Fue Viceministro de Salud Pública, colaborando con el Ministro Dr. Julio César Estrella en los años 1955-1956, y actuó como Director de Sanatorios del CASMU en 1956-1967, siendo candidato a Intendente Municipal de Montevideo por el Partido Colorado Batllista, lista 99, cuando Zelmar Michellini lideraba esa fracción, en 1962. Cuando dejó su cargo para pasar a desempeñarse como Asesor de OPS en Ecuador, dirigió largas reflexiones sobre su perspectiva del CASMU al Comité Ejecutivo, que hemos rescatado en una semblanza difundida hace tiempo por Internet.<sup>12</sup> Con motivo del 50º aniversario de la fundación del SMU, Purcallas envió una larga carta manuscrita, a modo de repaso de la gestión sindical, con la perspectiva de la distancia. Veamos algún pasaje referido al

---

<sup>11</sup> Véase: <http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/purcallas.pdf>

<sup>12</sup> Véase: <http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/purcallas.pdf>

Centro de Asistencia: *“En un artículo hace años, señalaba la imagen de sentarnos al borde de la vereda y ver cómo se viene o intuir cómo se va. Lo vuelvo a hacer otra vez para analizar a la institución, no sentado alrededor de una mesa, o desde mi escritorio. Quiero imaginarme estos juicios del Sindicato Médico en función de la sociedad y no alrededor de una élite universitaria exclusivamente. Por eso el análisis al borde de la vereda, en la calle, rodeado del pueblo y comprometido con él. Luchando también para él, ya que como Sindicato, es muy claro que lo hacemos para nosotros.*

*Surge así una primera directiva histórica: nacido para la defensa de los derechos de los agremiados, quince años después encontraba que una forma de defender esos derechos era ejercer el deber: y así nació la prestación de servicios por el gremio. Una interrelación a veces criticada surgió. No se podrá sustentar más derechos para la clase, para el gremio, otros que aquellos que fueran posibles, y que se demostraran factibles en el propio ejercicio y responsabilidad en la prestación de servicios. Hubieron equívocos en esto. Hubo quien creyó que era mejor que hasta el Sindicato tuviera edificio aparte; otros lamentaron una exagerada subordinación (hasta ediliciamente Sindicato en el Piso 2 y Centro de Asistencia en el piso 1) y hubo explosiones de exigencias de cumplimiento de derecho gremiales a la organización que prestaba servicios, determinadas por quienes desconocieron la íntima unión del complejo y la ausencia de dos partes distintas cuando la realidad era que en el fondo había un propósito común, con dos tareas distintas pero interdependientes.*

*Es cierto que ello frenó aspiraciones gremiales del Sindicato, las cuales si no hubieran tenido el freno determinado por la ejecución de servicios, hubieran actuado con más fuerza en la sociedad hasta el límite de poder llegar a constituir un privilegio para la clase. O cercano a ello. ¿Estuvo mal ese freno? No, rotundamente no. Las aspiraciones gremiales quedaron circunscriptas a la factibilidad de una sociedad*

*para la que se vive, con la que se vive y con solidaridad en sus goces y desgracias.*

*Esta concepción filosófica del Sindicato Médico lo apartó como Sindicato de la simple lucha de clases, que al final se transforma en una lucha para su beneficio de una parte de la clase contra otra parte de esa misma clase, olvidando al principal beneficiario de este juego.*

*Fueron modelándose así, en pequeño, las obligaciones y derechos de los que prestaban servicios y de quienes los recibían, en una convivencia ejemplar, capaz de generalizarse como ejemplo de la organización social.*

*Fueron construyéndose las bases de relaciones entre el hombre que trabaja y el que recibe ese trabajo. Fue construyéndose el hombre, sin el cual, autolimitado, sin imposiciones, por sí mismo, no hay organización social adecuada, cualquiera sea el sistema político que convive y la filosofía que ese sistema conlleva. El Sindicato Médico, pues, creó un tipo de hombre, no como definición, sino funcionando. No le bastó declararlo. Lo plasmó; está presente; es el hombre de hoy. Luego lo agremió. Formó con esa calidad una asociación de hombres, con diferencias, pero iguales, bastante iguales en el desarrollo y cumplimiento del concepto.*

*Y de esa manera, hombre y grupo, se dio a la tarea de actuar para su garantía y para que sus conocimientos y organización sirvieran a la colectividad. Se llegó así, hace años, a demostrar y ejecutar lo que ahora parece descubrirse como axioma, que la profesión tiene como destino el hombre y la comunidad y no es la fuente de la compra y venta de servicios y el lucro. Y nació el ejercicio de la medicina social, no porque surgiera de la literatura o las declaraciones de derechos colectivos, sino del propósito de cada hombre de esta institución definido primero en su propia persona, para luego definirse como propósito de colectividad médica.*

*Y definió una forma política de atención médica y no era gobierno. Y definió una estructura de servicios y enseñó administración, y no era universidad. Y estableció interrelaciones sindicales, las más difíciles, por ser vendedora de servicios, sin ser ni pretender serlo una central de trabajadores. Pero hizo algo de todo esto y lo hizo bien. Pudo haberlo hecho mejor. Eso es el futuro.”<sup>13</sup>*

Y en otra carta anterior, más cercana a su alejamiento luego de tantos años de intenso batallar, diría desde Quito, el 5 de febrero de 1969, a modo de despedida y reflexiones:

*“Delineando claramente cómo hacer las cosas, en este mundo en que hay una crisis del cómo y no tanto de las teorías. Diciendo cómo hacer las cosas, asumiendo y contra todos, la responsabilidad de hacerlas, responsabilidad que muchos teóricos y políticos, creen que es sólo del Estado. Diciendo qué hacer cada uno y cumpliendo. Y a los años de esta actividad, sentir la satisfacción de que toda la masa trabajadora a la cual el Sindicato y su Centro de Asistencia, le brindan su esfuerzo, está identificada con este propósito y reconoce el equilibrio entre los deberes ejercidos y el derecho a una situación decorosa que se abroga.*

*El ideal de la clase trabajadora no es sólo reclamar derechos; esa es la lección. Reclamar derechos, significa además conceder que hay una autoridad con la potestad de prescribirlos o proscribirlos. Es mejor que cada uno, y que grupos, tiendan a construir el mundo del derecho, donde se compatibilice el derecho a gozar con la obligación de hacer. No creo en gozar primero y hacer después; nadie podría recibir aquello que no se produzca, ni repartir lo que no hubiera. Si cada uno hiciera de esto su religión, y cada familia, y cada sindicato, el mundo y el país dentro del mundo, sería distinto.*

---

<sup>13</sup> Véase: <http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/purcallas.pdf> pp. 13-15.

*Y porque nuestro país es chiquito, hemos aprendido a mirar por encima de la verja el vedado vecino y en los intereses que entendemos, hemos tratado de llevar nuestros conceptos al mundo que nos rodea.*

*No deseo ocultar que estos conceptos son monolíticos dentro de casa. No; no lo son desgraciadamente. Es evidente los sentimientos encontrados entre las directivas del Sindicato y del Centro de Asistencia muchas veces. Y lo es, porque expresan ideas distintas y porque los hombres acompañan más fácil unas que otras. El Sindicato representa el derecho de la clase, y el alineamiento del grupo social es más fácil porque ¿quién no está dispuesto a reclamar más? Me apresuro a decir que esto va dicho sin pretender rebajar la condición de exigir. Y el Centro, representa la factibilidad de dar, dentro de la responsabilidad de hacer. Y es evidente, que para esto, el acompañamiento sea menor.*

*También es más fácil y vulnerable el Centro, frente a los enemigos de fuera, que curiosamente son los médicos y no el pueblo servido. Por la misma causa, aunque con no idénticas razones. Aquí prima, para luchar contra el Centro, intereses particulares sobre los intereses generales de la clase, a veces a caballo de una ética detestable y hasta delictiva. Mientras el Centro trata de edificar una política, vigilado por el Sindicato, de derecho universal para el médico, los enemigos médicos de fuera, buscan destruirla, para que impere la ley de la selva. Para que triunfe el concepto de médico empleado, como bastardo dependiente en su derecho, pero mucho peor, dependiente en la garantía, que debe de ser libre, del ejercicio de su apostolado.*

*Ya éstas cosas, con discrepancias totales o parciales, las conocen muchos de vosotros. Ya soy viejo conocido. Y cambiado, cuando ya no respondo a ataques personales de gente frustrada que no merece ni siquiera la consideración de una respuesta.*

*Para ello es mejor que me vaya con la música a otra parte. Incluso en una experiencia personal, de cuántos de aquellos ideales aprendidos, pueden extenderse a otra sociedad que es la mía y vuestra como ciudadano del mundo o en otra que no es la mía, cuando pensamos con nacionalismo.” El Centro representa una condición hermosa de honradez, que desgraciadamente sólo los universitarios por ahora, y cuán pocos, reconocen. Tiene una torta disponible enorme que es su presupuesto, y de ella con toda libertad, toma el mínimo compatible con la dignidad de cada uno, resuelto así por toda la clase, y realiza la función con la categoría conocida y reconocida. Y esto es un evangelio humanístico que extendido, significa un mundo nuevo, que enseña a tomar lo justo y a producir con responsabilidad.*

*En el transcurso de mi vida en esa casa vi crecer y hacer, más que crecer que hacer, muchas cosas. Vi crecer el Centro, desde sus modestos 28.000 abonados a 165.000. Vi incorporar 100.000 trabajadores al uso de servicios calificados, que cada vez más, sólo podrán pagar los ricos. Vi el nacimiento de la atención hospitalaria propia, para llegar a ser una decorosa muestra de responsabilidad médica de autogestión. Ví aparecer la unidad preventiva de salud en la parte de la lucha inmunológica, aunque no tuve la suerte de ver instalar la sección de exámenes clínicos periódicos. Estaba y todavía muchos no ven, ejecutándose las acciones de promoción de salud a través de la concurrencia, estimulada por obstetras, pediatras, siquiatras, cardiólogos, etc., y de todos en general, a los consultorios periódicamente para exámenes de vigilancia. Algunos llaman a esto, ordeño de la orden, cuando en realidad es, un servicio prestado, que si tiene algún vicio en la forma de remuneración, lo que debe de hacerse, es corregirlo. Esto estaba delineado ya en 1935, fijando cuánto debía de ser controlada una embarazada o un niño recién nacido y en su primer año de edad, y aunque no se dijo, se extendió al resto del cuidado médico.*

*Es decir que vi, cómo se hacía salud, y no tratamiento de la enfermedad, excluida sólo la sanidad ambiental. Y ví cómo se hacía de la mejor manera, ya que no con médicos*

*de asistencia preventiva y otros curativa, sino que el mismo médico hacía las acciones de recuperación de la salud y de promoción y de prevención en la medida de lo posible. Y esta estructura, cuando el mutualismo COPIA el destajo, no se da cuenta ni los directivos ni los médicos que van introduciendo formas de organización de servicios como la señalada; superando el dualismo medicina curativa – preventiva y el dualismo hospital – centro de salud.*

*Ví hacer todo esto, con un gran énfasis puesto en la consulta externa, pero no sólo ésta institucional sino de consultorios médicos periféricos, suprimiendo o corrigiendo los males de la masificación de la medicina en la hora del acceso del derecho a la salud de las masas. Atendiendo a individuos y personas de las masas, con concepto de derecho a su dignidad personal; tributándole el derecho a una relación médico-paciente con quien el individuo quiera, íntima, personal y cariñosa, que en el médico funcionario se pretende obtener por reglamentos.*

*Ví hacer marchar la máquina hospitalaria en medio de la libre elección profesional, verdadero “capo lavoro”, como hospital abierto y ví hacerla marchar con un presupuesto hospitalario, en conjunto del presupuesto, del 17% cuando llega al 55 y hasta el 75% en cualquier ejemplo que se tome. Ví producir 67 altas por cama en los últimos seis años, sin que se le impusiera a ningún médico nada, salvo buscar la manera de hacerle comprender el alto interés de su responsabilidad profesional, cuando alrededor, las camas no producen más de 18 altas y menos aún. Se demostró que se puede hacer alta calidad de medicina hospitalaria de agudos, con el 2%o de camas cuando el promedio nacional es de 3,5%o y cómo se puede hacer funcionar decorosamente con 2.2 empleados por cama.*

*Desgraciadamente no ví desarrollarse el concepto de residencia, ni en el CASMU ni en el hospital docente, que a nuestro modo de ver, tiene la responsabilidad primaria de esta situación, ejemplo vivo de una resistencia al cambio preocupante. Por lo tanto no ví desarrollarse ni la calidad de la historia clínica ni la auditoría médica. No llegué tampoco a*

*ver alcanzar la producción autóctona farmacéutica, siquiera testigo, para controlar la intensidad del lucro de los laboratorios de producción; pero últimamente se ha dado un paso muy firme en ese sentido al efectuar el expendio de medicamentos, lo que permite el contralor adecuado del "Standard" como paso previo al otro punto de mayor ambición."*<sup>14</sup>

## UNA AUDITORÍA TÉCNICA DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

En 1970 el Centro de Asistencia, tal vez desbordado por una realidad avasallante, que hacía peligrar el logro de sus objetivos, contrató los servicios de una consultoría externa, AUDITEC (Auditoría Técnica Especializada) que emitió su informe en mayo de 1971, con la firma del Prof. Ángel Veiga de Cicco, el Contador Juan A. Hipogrosso, el Egresado de la EDAP Julio C. Dornell y el Bachiller Jorge Cappellini.

Entre muchas materias que trataba el extenso informe, señalaba respecto de la organización interna del CASMU:

*"El CASMU se encuentra todavía dentro de su etapa inicial de desarrollo como centro de atracción del trabajo médico agremiado y debe perfeccionarse como Institución, asentándose sobre bases técnico-administrativas generales, acorde con su papel rector en la materia. En los últimos tiempos, no se ha verificado una revisión integral de los supuestos, tanto técnicos como administrativos, sobre los*

---

<sup>14</sup> Véase: <http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/purcallas.pdf> pp. 18-21.

*que descansa la institución ni se ha introducido variantes fundamentales en su funcionamiento. Superada la clásica confrontación entre medicina individual y social, se vive hoy la era de la Organización Médica, donde no sólo priman las necesidades profesionales, sino fundamentalmente los criterios de universalidad y racionalidad, en relación con los usuarios y con el incremento constante de las prestaciones sanitarias. Se trata, en definitiva, de que el CASMU cree el máximo de beneficios con la capacidad instalada de todos sus recursos. Una tesis comprensiva de la realidad integral del CASMU y su proyección hacia el futuro, se basa en que la situación actual dista de ser satisfactoria, siendo indispensable materializar transformaciones sustanciales, para que el Organismo obtenga un mejor producido social y mayor eficiencia en los servicios, sin derroche de los recursos disponibles. Esta necesidad de racionalización, emplea procedimientos y técnicas, que no suponen aumentar ostensiblemente el gasto para producir más salud, ni tienen por finalidad – como es obvio – disminuir el nivel de retribuciones médicas, sino por el contrario acrecentarlo, en la medida que también permita más beneficio para los usuarios y la satisfacción del personal.”* El informe examinaba de forma pormenorizada el cuadro de organización de la institución, sus falencias, a la vez que proponía efectuar cambios incorporando procesos y unidades de organización nuevas, que sistematizaran el esfuerzo para un mejor funcionamiento y lograr una institución más racional, eficiente y económicamente equilibrada.<sup>15</sup>

Ese informe impactó por la entidad de las críticas que resultaban del análisis de los procesos organizativos de la institución, y las múltiples deficiencias que constataba, así como por los correctivos que sugería. Sin embargo, lejos de aplicarlo o discutirlo, el tema pasó a estudio de Comisiones, que no produjeron resultado, tal vez urgidos por cuestiones más urticantes. No podemos olvidar que entre 1971 y junio

---

<sup>15</sup> Informe General del Grupo de Estudio de AUDITORÍA TÉCNICA especializada para el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay, Montevideo, mayo de 1971, 66 páginas; pp-7-8.

de 1973, se vivió una escalada de violencia social, política y militar creciente, como consecuencia de un clima de confrontación con la guerrilla urbana y la represión consecuente. En 1972, el Ministro de Salud Pública Prof. Dr. Pablo Purriel, generó la expectativa de que podría sancionarse rápidamente un Seguro Nacional de Salud, para cuya confección convocó a distinguidos sindicalistas médicos, encabezados por su ex Jefe de Clínica el Dr. Julio C. Ripa, Hugo Villar, Aron Nowinski y otras figuras. Finalmente el 27 de junio de 1973 Juan María Bordaberry disuelve las Cámaras, prohibiendo que a ese acto se denominara Dictadura, y fueron conculcadas las libertades, disueltos los partidos políticos y perseguidas las figuras políticas y sindicales, incluyendo dirigentes médicos, en una escalada creciente. Así llegamos a la Intervención.

## LA INTERVENCIÓN (1975-1985)

En octubre de 1975 el Sindicato Médico del Uruguay y por consecuencia su Centro de Asistencia, fueron intervenidos por la Dictadura. Desde entonces y hasta febrero de 1978, tuvieron sucesivamente el gobierno institucional 4 intervenciones, individuales o colectivas. Las irregularidades groseras de la 4<sup>a</sup>. Intervención, ejercida por el Dr. (Tte. Cnel.) Mario Genta Dentone, fueron objeto de una investigación realizada por el abogado Traversaro,<sup>16</sup> contratado especialmente al efecto. Éste comprobó, a través de un rastreo de antecedentes e interrogatorios de testigos, las irregularidades de gestión con la industria farmacéutica, la venta de un inmueble de 10.000 m<sup>2</sup>. que el CASMU tenía para la Construcción del Hospital 5<sup>o</sup>, en El Prado, por un valor por debajo de la tasación, a un familiar del Secretario de la Intervención, quien tenía más poder que el propio Interventor, cuyos detalles no interesa profundizar

---

<sup>16</sup> Véase: <http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/laintervencion.pdf>

aquí. Ya hicimos, en el año 2005 un aporte de revisión a los 20 años de la Desintervención, que puede consultarse.<sup>17</sup>

## LA QUINTA INTERVENCIÓN (1978-1985)

Las irregularidades presumidas, y luego comprobadas, determinaron con rapidez quirúrgica y mentalidad militar, la sustitución por una 5ª. Intervención, que ejerció el Dr. (Cnel.) Héctor Pollero, médico radiólogo que había tenido actuación en IMPASA, como Administrador del Departamento de Radiología. Él fue quien solicitó la investigación del abogado Traversaro.

Su acción se extendió desde el 27 de febrero de 1978 hasta el 28 de enero de 1985, en que cesó la intervención. Actuó con un conjunto de asesores, que están detallados en el Informe de Price-Waterhouse, encabezados por la Dra. Betty Mireya Bono Bruno, antigua colaboradora del CASMU, con fuertes lazos con la administración del Centro de Asistencia, y que terminó su carrera asistencial como Jefa del Departamento de Oftalmología. Si bien en orden cronológico era la 5ª. Intervención, tal vez se insistió tanto por el titular en denominarla así, por su similitud con la Quinta República que estableció Charles De Gaulle, a partir de 1958, en Francia. Inspirándose en ella habrá pensado que estaba llamada a un destino superior, a perpetuarse en la historia.

La 5ª. Intervención realizó una serie de procesos, que en esencia, aplicaban las recomendaciones de AUDITEC, en su mayor parte, generando cambios a nivel de la administración del CASMU, en su estructura y modalidad de funcionamiento, cuyos fundamentos sería interesante reseñar.

Durante esta Intervención la DINACOPRIN autorizó un incremento de la cuota para inversiones, que habilitó encarar incrementos patrimoniales significativos, quebrando la

---

<sup>17</sup> Véase: <http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/laintervencion.pdf>

tendencia de pérdida de patrimonio verificada en las intervenciones anteriores (1<sup>a</sup>. a 4<sup>a</sup>).

En un informe de gestión, que citaremos varias veces,<sup>18</sup> el responsable del área de Contabilidad y Finanzas del CASMU, Cr. Dante Giménez, informaba con fecha 12 de setiembre de 1984, entre otras particularidades: *“Los abultados déficit generados por el CASMU en períodos anteriores, y que oscilaban entre un 23% y 27% sobre ingresos, lo habían convertido en un organismo endeudado, como consecuencia del alto costo financiero de las obligaciones. Esta situación exigió la adopción de medidas de emergencia que posibilitaran el logro de equilibrio en la ecuación de ingresos probables con egresos probables que permitieron pensar en términos de desarrollo institucional. En ese contexto se consolida el pasivo con la industria farmacéutica, mediante la concentración de préstamos a largo plazo y bajo interés, se suprimen bonificaciones excesivas a afiliaciones colectivas y se logra aumentar al máximo los niveles de productividad en la recaudación de zona. Lo anterior posibilita una sensible mejora en la situación financiera a fines de 1979, que con posterioridad se ve acentuada y que se refleja en una importante disminución de los déficit operativos (Anexo 4), consecuencia directa de las economías logradas en diferentes rubros de gastos y de una utilización más racional de préstamos bancarios por cortos períodos.”* (...) *“La política de las actuales autoridades para la obtención de los objetivos trazados en materia asistencial se ha basado en el logro de las condicionantes que permitan al CASMU en el mediano plazo, transformarse en un servicio que administre prestaciones con instalaciones enteramente propias, con médicos bien retribuidos y desvinculados, en lo fundamental, del número de actos que practiquen, de modo que la Institución posea intrínsecamente los medios para juzgar la necesidad de su propia intervención y que el acceso del abonado a su servicio no se convierta en una carga*

---

<sup>18</sup> RESUMEN DE GESTIÓN – REALIZACIONES EN C.A.S.M.U., pp. 22-23.

*desmedida. Es por ello que se ha implementado por parte de la actual gestión toda una política de inversiones orientada a la renovación de materiales, equipamiento médico y adecuación de plantas físicas en apoyo a la actividad médica departamentalizada entre los que debe destacarse la construcción del Policlínico 8 de Octubre. El Anexo II demuestra la magnitud de las inversiones realizadas hasta la fecha que representan en dólares una suma de US\$ 7:696.334, y que se han financiado exclusivamente con fondos de la sobrecuota para inversiones y el producido de los intereses respectivos.”<sup>19</sup>*

El propio interventor viajó a Europa, invitado por empresas francesas, [ACTIM: Agence pour la Coopération Technique, Industrielle et Economique; SODETEG] interesadas en promover la construcción de un Hospital de 500 camas, que estaba en las previsiones de esa administración interventora, para lo cual había adquirido un predio de 20.000 m<sup>2</sup>. al BHU, en Avda. Italia, Mariscal y Samuel Blixen. *“Tanto el curso como el viaje (que aproveché para visitas a múltiples hospitales en Francia, Alemania y España) me aclararon definitivamente los inconvenientes que tenía reunir en un solo edificio las Policlínicas y el Hospital, por el enorme tránsito de personas que significaba la realización de unas 3.000 consultas diarias.”*<sup>20</sup> Sin embargo, pudo discriminar este Interventor la conveniencia de desarrollar en forma independiente el Policlínico, que también generó beca a Europa para visualizar realidades diferentes, realizada por un médico que no produjo ningún efecto, el Dr. Hugo Damasco, que había sido Director del Sanatorio 2 del CASMU, desde antes de la Intervención, y que sería encarado luego, con éxito, por el Dr. Héctor Morse que llevaría adelante la planificación y ejecución de ese proyecto, después de un prolijo relevamiento de las necesidades de los diversos servicios.<sup>21</sup> Produjo también la 5<sup>a</sup>. Intervención la

---

<sup>19</sup> RESUMEN DE GESTIÓN – REALIZACIONES EN C.A.S.M.U., pp. 24.

<sup>20</sup> RESUMEN DE GESTIÓN – REALIZACIONES EN C.A.S.M.U., pp. 53.

<sup>21</sup> RESUMEN DE GESTIÓN – REALIZACIONES EN C.A.S.M.U., pp. 50.

adquisición del inmueble de Asilo 3336, para la ubicación del Centro Administrativo, que se haría realidad en 1985. Identificó realidades a corregir producto de concepciones superadas o equivocadas, como la centralización del Laboratorio de Análisis Médicos, que significó un gran ahorro, a la vez que la ruina de más de 30 laboratorios particulares que trabajaban y vivían fundamentalmente del trabajo que el CASMU descentralizaba.<sup>22</sup> No tuvo la misma suerte Pollero con sus colegas, por cuanto pese a haber previsto la centralización de la Radiología y adquirido los equipos en Francia, los mismos permanecieron encajonados hasta muchos años después de su cese, por la resistencia intrínseca al grupo, manteniendo el esquema de los consultorios radiológicos particulares que vendían servicios al Centro de Asistencia.

En la opinión de Price Waterhouse, emitida en su informe del 25 de octubre de 1984, establecía en su numeral 2.5: *“Administración de Personal. Recomendamos estudiar la posibilidad de establecer la norma de dedicación exclusiva para el personal de mayor jerarquía de la Institución, fijando una política que permita identificar situaciones de conflicto de intereses. Consideramos que la dimensión del CASMU, una de las entidades de mayor volumen operativo del país, requiere dedicación total y exclusiva de sus directivos, sin que esto implique juicio alguno sobre su gestión. Ello podría merecer un replanteo de las políticas sobre administración y remuneración del personal”*.<sup>23</sup>

Tal vez no fue realizada una revisión adecuada de la actuación de esta 5ª. Intervención, la más prolija de todas, que implementó muchos cambios impensables en épocas de convivencia democrática. Entre otras cosas, porque sólo

---

<sup>22</sup> RESUMEN DE GESTIÓN – REALIZACIONES EN C.A.S.M.U.; pp 56: En 1975 el Laboratorio centralizado (exclusivo para urgencias, realizaba 134.621 UVR [Unidades de Valor Relativo] y los Laboratorios Externos facturaban 3:866.000 UVR, totalizando 4: 000.621 UVR. En 1983 el Laboratorio central (Sector Urgencias) ejecutaba 2:159.000 UVR y el Laboratorio Central (ambulatorios) 3:231.316 UVR, mientras que a los Laboratorios Externos eran derivadas 602.739 UVR, con un total de 5:993.055 UVR. Siendo la diferencia en más, realizada por el Laboratorio Central, frente al régimen anterior (comparado a ocho años de distancia) de 1:992.434 UVR:

<sup>23</sup> RESUMEN DE GESTIÓN – REALIZACIONES EN C.A.S.M.U., pp. 10.

discutía con sus asesores, como un monarca absoluto, o tal vez, utilizando un símil de administración militar, con la estructura de un Comandante y un Estado Mayor que distribuyendo competencias lo asesora y diversas áreas. Pero, en definitiva, en nuestro caso real, decidía por sí y ante sí, luego de consultar al Estado Mayor Conjunto (ESMACO), la Junta de Comandantes en Jefe, y el Ministerio de Salud Pública.<sup>24</sup> En tanto que los dos primeros avalaron permanentemente su gestión y la respaldaron con decisiones que le permitieron hacer realidad sus proyectos, el MSP mantuvo una actuación reticente y omisa, la mayor parte del tiempo.

En lo médico asistencial, profundizó la Departamentalización del CASMU, que se había iniciado en la década del 70 por las autoridades naturales, generando como uno de sus actos postreros, la integración del Departamento de Medicina Interna, en febrero de 1984, que le fue confiado al Dr. Carlos A. Gómez Haedo <sup>25</sup>.

## TEMAS SIN RESOLVER

Entre los temas que quedaron sin resolver, aparte de la terminación del Policlínico y la decisión sobre la construcción del Hospital de 500 camas, estuvo la separación de la Persona Jurídica del SMU de la del CASMU. La misma fue objeto de diversas consultas, incluso de sondeos al Consejo de Estado, alguno de cuyos integrantes era médico y había sido cirujano del CASMU; pero no hubo decisión, ni ánimo político, ya al final de la Intervención y de la Dictadura, para resolverla. Se realizó incluso un concurso de ideas entre los altos funcionarios del CASMU para ver cómo podrían

---

<sup>24</sup> RESUMEN DE GESTIÓN – REALIZACIONES EN C.A.S.M.U. – Informe del Interventor, entregado a las autoridades naturales del SMU, el 28 de enero de 1985, página 52.

<sup>25</sup> RESUMEN DE GESTIÓN – REALIZACIONES EN C.A.S.M.U. – Informe del Interventor, entregado a las autoridades naturales del SMU, el 28 de enero de 1985, página 2.

continuar llamándolo CASMU, aunque significara otra cosa, y no una dependencia del Sindicato Médico. También la revisión de estos capítulos, permitiría conocer la actitud adoptada por los diferentes funcionarios y ubicarlos mejor en su contexto.

Cuando terminó la 5ª. Intervención, Pollero pidió a un Contador Independiente, el Cr. Luis Perera, contratado por Price Waterhouse, que realizara una certificación de su estado de resultados y de los diversos informes producidos por las principales áreas operativas del CASMU, la que entregó a las autoridades naturales al momento de terminar su labor. Es un gesto de prolijidad en la gestión, destacable, enfocado a dar continuidad institucional, sabiendo que la información es clave para la toma de decisiones, en cualquier terreno, médico, militar o administrativo. Sin embargo, en un gesto irreflexivo sin duda teñido por la alegría de la reconquista y una cierta cuota de autosuficiencia, dichas autoridades hicieron caso omiso, y ni siquiera dedicaron atención alguna a un informe, que les podría haber allanado el camino, por cuanto en él se hacían aportes interesantes de información y su conocimiento hubiera evitado múltiples errores. La soberbia no es una de las virtudes humanas, cardinales<sup>26</sup> o teologales<sup>27</sup>, sino uno de los pecados capitales.<sup>28</sup>

En el informe consta que, si bien se produjo un notorio incremento patrimonial cercano a los US\$ 10:000.000 respecto al momento de asumir dicho Interventor, se habían postergado una serie de obligaciones comerciales con

---

<sup>26</sup> Las virtudes cardinales son: **La Prudencia, La Justicia, La Templanza y La Fortaleza.** [http://es.wikipedia.org/wiki/Virtudes\\_cardinales](http://es.wikipedia.org/wiki/Virtudes_cardinales)

<sup>27</sup> Las virtudes teologales son: **La Fe, La Esperanza y La Caridad.** [http://es.wikipedia.org/wiki/Virtudes\\_teologales](http://es.wikipedia.org/wiki/Virtudes_teologales)

<sup>28</sup> Los siete pecados capitales, una clasificación de los vicios humanos son: **Lujuria, Gula, Avaricia, Pereza, Ira, Envidia y Soberbia** (en ese orden, tanto en el listado de Gregorio I, el Magno (540-604) del siglo VI, como de Dante Alighieri en su Divina Comedia (1308-1321). [http://es.wikipedia.org/wiki/Pecados\\_capitales](http://es.wikipedia.org/wiki/Pecados_capitales)

proveedores (Laboratorios de producción farmacéutica nacionales y extranjeros; ver más adelante) y con el Banco de Previsión Social (N\$ 200.268.350, pagadero en 240 cuotas mensuales y consecutivas, siendo exigible la primera de dichas cuotas en junio de 1985)<sup>29</sup>, cuyo pago se había pactado para iniciarse en múltiples cuotas a partir de junio de 1985, o sea, muchos meses después de cesar.

Resulta interesante la descripción que hace el Cr. Luis Perera (Price Waterhouse) en la página 13 de su informe del 25 de octubre de 1984, bajo el rubro:

“3.2 Por adeudos con la D.G.S.S. por concepto de aportes personales de funcionarios del CASMU no vertidos en tiempo y forma a dicha institución, con antelación al 1°. De junio de 1981, el SMU suscribió un convenio por la cantidad de N\$ 200.268.350 pagadero en 240 cuotas mensuales y consecutivas, siendo exigible la primera de dichas cuotas en junio de 1985, todo ello al amparo de la ley de consolidación de deudas No. 15.178, de fecha 18/8/81 y su decreto reglamentario No. 92/983, de fecha 22/3/83.

Acorde a lo dispuesto por el artículo 6° del citado decreto, “el atraso en el pago de tres cuotas consecutivas de amortización del convenio suscrito o de obligaciones mensuales devengadas a partir del mes siguiente al de la fecha de la firma del mismo por cualquier Tributo de seguridad social a cargo del contribuyente que correspondieren por igual período, provocará de pleno derecho la caducidad del convenio”.

El CASMU refinanció los aportes correspondientes a dos trimestres retenidos a sus funcionarios con posterioridad al convenio, impidiendo la caducidad del mismo mediante la suscripción de un convenio especial cada mes vencido, basado en que CASMU no había podido hacer uso de la opción de refinanciación bajo la ley 15.178 por aportar regularmente.

---

<sup>29</sup> PRICE WATERHOUSE: Informe de Contador Público Independiente sobre la viabilidad técnica de una auditoría completa de los estados contables del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU) al 30 de setiembre de 1984., fechada el 25 de octubre de 1984, página 13.

Se recomienda al respecto continuar con las iniciativas a fin de instrumentar soluciones formales que, por vía de norma de igual nivel, puedan asegurar que no se aplique el artículo 6° del decreto 92/983.”

Debe señalarse que esta modalidad, aplicada por la Intervención, de refinanciar pasivos financieros con el diferimiento de obligaciones a la Seguridad Social, que son de práctica comercial corriente en el Uruguay, existieron antes, durante y después de su mandato de diez años. Nada nuevo bajo el sol.

En consecuencia, el déficit dejado al finalizar era similar al encontrado al comienzo de este largo proceso de 10 años, no obstante los resultados patrimoniales positivos. El mismo informe señalaba: *“3.1: Por sus características, el CASMU funcionó de hecho, no de derecho, hasta el año 1981, durante la vigencia del decreto ley No. 10.384 de fecha 13/2/43 como una “sociedad de producción sanitaria”, entendiéndose por tales a las entidades asistenciales organizadas por instituciones gremiales médicas “con personería jurídica...” (Art. 1, lit. B). Según lo informado, CASMU no gestionó ante los organismos oficiales su personería jurídica independiente hasta el momento de la intervención. Por ley No. 15.181 de fecha 21/8/81 se derogó expresamente el decreto ley No. 10.384 (art. 22) verificándose actualmente un vacío normativo como consecuencia de no encuadrar el CASMU en ninguna de las categorías del nuevo régimen de asistencia médica colectiva y privada (art. 6°.) Sugerimos continuar y profundizar el estudio de soluciones legales a esta particular circunstancia.”*<sup>30</sup>

## LA DEUDA CON LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

---

<sup>30</sup> PRICE WATERHOUSE, informe del 24.10.1984, página 13.

En un informe del mismo Cr. Luis Perera, patrocinado por Price Waterhouse, de fecha 21 de enero de 1985, dirigido al Interventor con carácter privado y confidencial, se establece bajo el rubro:<sup>31</sup>

## “2.2 Información complementaria

2.2.1 El CASMU acordó con los laboratorios extranjeros agrupados en C.E.F.A. la refinanciación de las compras de medicamentos del mes de mayo de 1984 de acuerdo con el siguiente resumen:

- La deuda se pagará en seis cuotas mensuales iguales y consecutivas, venciendo el conforme correspondiente a la primera cuota el 28 de febrero de 1985.
- La tasa de interés des del 4 por ciento efectivo mensual (incluido IVA e impuesto), lo que equivale a un 60 por ciento anual, tasa inferior a la vigente en el mercado a la fecha de la refinanciación y en la actualidad.
- Los intereses se devengarán desde la fecha de vencimiento de las facturas hasta la fecha de vencimiento de la primera cuota, es decir hasta el 28 de febrero de 1985.

El acuerdo logrado con los laboratorios nacionales es similar al citado en relación con los intereses, pero con una fórmula de pago fraccionada en dos conformes de vencimiento 28 de febrero de 1985, uno de los cuales (por el 75 por ciento del capital e intereses) será canjeable en dicho mes por tres conformes iguales de vencimiento mensual consecutivo a partir del 31 de marzo de 1984 [obviamente hay un error de fechas].

2.2.2 La deuda con los laboratorios (N\$ 37.3 millones), así como los intereses a pagar (N\$ 9.3 millones), se hallan contabilizados en la cuenta 211.701 – Documentos a Pagar por Deudas con Laboratorios. Los intereses no devengados al 30 de setiembre de 1984 (N\$ 8.3 millones) se encuentran registrados en

---

<sup>31</sup> PRICE WATERHOUSE, informe del 21.01.1985, página 5.

la cuenta 211.702 – Documentos a Pagar – Intereses a vencer.”

## VUELVEN LAS AUTORIDADES NATURALES

El 28 de enero de 1985 una Asamblea espontánea de los médicos convocada por la Comisión Intergremial Médica (CIM), presidida por Marcos Carámbula, se dio cita en el Palacio Sindical (Colonia 1938, Piso 2do.), desbordándolo, y adoptando un cuerpo de resoluciones que aparecieron en el número 1 del Boletín *“Noticias”* de marzo de 1985. La Asamblea, que fue presidida por José Pedro Cirillo, Homero Bagnulo (Presidente y Vicepresidente del Comité Ejecutivo democráticamente electo al momento de la Intervención, en 1973, y luego impedida su renovación por la autoridad policial) y por Marcos Carámbula, adoptó un cuerpo de resoluciones que en esencia declaraba írritas, nulas y de ningún valor las decisiones adoptadas por los casi 10 años de Intervención, definía pasar al Consejo Arbitral algunas situaciones de médicos involucrados en ella, y restituía a las autoridades naturales en todos los organismos sindicales (SMU, CASMU, FSS, COLdeVAC). Los Directores de Sanatorios designados por la Intervención fueron en su mayoría cesados, resguardándose aquellos que habían adquirido sus cargos con anterioridad a la 1ª. Intervención, y reponiendo en sus cargos a los funcionarios destituidos, presos o exiliados.

Cuando la Junta Directiva del CASMU, presidida por el Dr. Hugo C. Sacchi Pedetti (1913-1993)<sup>32</sup>, se hizo cargo de la conducción del Centro de Asistencia, entre otras medidas, detuvo la construcción del Policlínico, por entender que a la Institución le hacían falta camas hospitalarias, y que había que reconvertir esa construcción en hospital. Grave error, carente del menor análisis, que determinó la postergación de la obra y cerca de 18 juicios, entre el contratista principal y

---

<sup>32</sup> Véase: <http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/sacchi.pdf>

los subcontratistas, por los despidos de personal que debieron efectuar al ver suspendidos *sine die* los trabajos.

La Junta Directiva seleccionó en el primer semestre de 1985 al Dr. Aron Nowinski como Director General, y a los Dres. Hugo Dibarboure Icasuriaga y Félix Rígoli, como Directores Asistentes. Les correspondió a ellos hacer un profundo relevamiento de la organización y lidiar con vicios consagrados y otros nuevos, como largo conflicto con los funcionarios, en abril de 1986, que mereció un Editorial de “*Noticias*”, de puño y letra de Roberto Avellanal, titulado “En la hora de nuestras Responsabilidades”.

El pago de honorarios, denominados viáticos, a los miembros de la Junta Directiva del Centro de Asistencia, que desde el origen habían sido honorarios, fue otro de los cambios introducidos al fin de su gestión por la presidencia de Sacchi. Si bien al inicio fue una suma meramente simbólica, este régimen fue corregido en lo sucesivo, asignándose remuneraciones importantes a los directivos, con diferentes incrementos por el ejercicio de sus cargos y por la participación horaria en comisiones de trabajo.

En 1990, cuando alcanzó el límite de edad autoimpuesto, Aron Nowinski presentó renuncia a su cargo. Fue reemplazado por un triunvirato integrado por los Dres. Moisés Cohen, Director de Sanatorios, antiguo colaborador de Joaquín Purcallas, Félix Rígoli, Director Asistente con Nowinski, y el Cr. Uruguay Somma Moreira, que había tenido larga actuación en el CASMU desde su tiempo de Estudiante, como ayudante del Cr. Sexto Montedónico, y como Contador General luego, hasta que en 1974 accedió por un llamado internacional a la Comisión Técnica Mixta de la Represa de Salto Grande, como Gerente de Compras. En 1985 volvió como Asesor de la Junta Directiva y continuó hasta 1993, en que se retiró de la Institución. Ese triunvirato hizo una transición por un período de algunos meses. Luego se designó al Dr. Félix Rígoli como Director General, que actuó

hasta 1998, en que egresó para incorporarse como Director de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud, en Washington DC. Lo sustituyó interinamente el Dr. Álvaro Haretche, y cuando optó por la dedicación exclusiva en el Fondo Nacional de Recursos, la Dirección General pasó a ser ejercida en forma rotativa por diferentes personas: los Dres. María Cristina Noceti y Ricardo Romay. En el último semestre de 2004 fue seleccionada para el cargo de Gerente General médico la Dra. María Julia Muñoz, ocupándolo por breve tiempo hasta que fue designada Ministra de Salud. María Julia Muñoz había ingresado en 1986 como Adjunta de Administración Médica, recorriendo diversos cargos, entre los cuales tuvo la Dirección de los Sanatorios Nros. 1, 2 y 4, la creación del Comité de Infecciones junto a los Dres. Homero Bagnulo y Walter Pedreira, permaneciendo vinculada hasta 1990, en que pasó a desempeñar funciones en un cargo político en la Intendencia Municipal de Montevideo. Luego de varios interinatos se designó a la Dra. Beatriz Silva, que actuó por corto período, menor a un año, y actualmente es desempeñado por el Dr. Milton Carro. Todos ellos cursaron el período de dificultades crecientes, con facultades recortadas, asumiendo la Junta Directiva la mayoría de las decisiones.

En esos años se sucedieron como presidentes de la Junta Directiva del CASMU los Dres. Hugo C. Sacchi en varios períodos, José Pedro Cirillo, Carlos A. Gómez Haedo, Jorge Blanco Casas, Ruben Moreira Mesones en dos períodos, Jorge Basso Garrido, Tito Pais, María Rosa Remedio, Barrett Díaz Pose y Gerardo Eguren.<sup>33</sup> Desde luego, los presidentes eran de una Agrupación que circunstancialmente obtenía una mayor votación en la elección de autoridades, pero las demás agrupaciones compartían cargos y responsabilidades. Eso fue así hasta el 2004, cuando la coparticipación de 2 o 3 agrupaciones se multiplicó y aparecieron otras nuevas, que

---

<sup>33</sup> Véase: Historia de las Agrupaciones en el SMU (1920-2002), en: [http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/grupaciones\\_smu.p](http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/grupaciones_smu.p)

no habían estado presentes en períodos anteriores, y en su mayoría no forman parte del Cuerpo Técnico del CASMU, por lo que su conocimiento de la institución puede estar restringido.

## LA INFLUENCIA DEL S.M.U.

La estructura jurídica de la institución, donde la cabeza de la persona jurídica es representada por el Comité Ejecutivo del SMU, hace que el CASMU sea un organismo adscrito, sometido a la supervigilancia o supervisión del SMU. Esta vinculación que podía ser justificable en los años iniciales o hasta asegurar que el desarrollo institucional fuera firme e irreversible, se mantuvo más allá de la prudencia. Haciendo de la vinculación SMU-CASMU un dogma de fe sindical, se negó sistemáticamente la discusión de una separación, tal cual lo habían procesado las demás organizaciones médicas originadas en los gremios médicos de los demás departamentos del País.

En los hechos, la circunstancia de que el SMU tenga la última palabra en la definición de hechos, le hace intervenir permanentemente como árbitro de las diferencias que se dan entre los profesionales, individualmente o en grupo, y su empleador el CASMU. Tanto en concursos, como en reclamos salariales o laborales, de lo que existen cientos de ejemplos a lo largo de los años.

Esta interferencia, cuando hay un manejo económico importante en una de las principales empresas del País, por su magnitud de facturación, distorsiona su conducta comercial y empresaria. En realidad, pretendiendo defender los intereses generales de los médicos y practicantes de Medicina afiliados, hace que permanentemente se dispongan medidas que afectan a los reclamantes, pero a la vez cuestionan la autoridad decisoria de la Junta Directiva, como principal autoridad empleadora. Lo que no se gana en la

cancha, se gana en la liga. Las instancias de apelación o de revisión en subsidio, alargan los procesos decisorios, haciendo que personas que nada tienen que ver, ni conozcan en detalle los hechos llamados a juzgar, intervengan en la dilucidación de diferendos, que a menudo dañan la institución. En realidad, puede interpretarse como una falta de madurez institucional, la persistencia de esta vinculación. Es como si un niño recién nacido tuviera dependencia de su madre, luego de sus padres, para asegurar su crecimiento, educación, pero condicionando su autonomía; una vez que la adquiere, puede valerse de sus propios medios. Tomar sus decisiones y emanciparse. Esa es la regla en la Biología. Cuando se mantiene una relación de dependencia, se produce una vinculación de parasitismo. En alguna forma, una organización vive a expensas de la otra. Y en definitiva, esa relación daña a ambas partes.

No haber tomado en cuenta los cambios ocurridos en el devenir social y económico del país y de la profesión médica, ha implicado que el SMU haya perdido terreno en la defensa de los intereses morales y materiales que tiene la obligación de defender, de acuerdo a los fines institucionales, por cuanto hacerlo íntegramente, podría comprometer los intereses del CASMU. Esto, en realidad, perjudica a los afiliados al SMU que no forman parte del Cuerpo profesional del Centro de Asistencia.

Además de ello, los factores de raíz política agrupacional, también han sido de incidencia creciente en la dinámica de la gestión. Este hecho es casi exclusivo del Centro de Asistencia de la capital. En el resto del país, las directivas de las cooperativas médicas, son elegidas por integración plural, a través de las Asambleas, y se van produciendo renovaciones de generaciones a lo largo de los años. Los agrupamientos de afiliados que se reúnen para cada elección de autoridades de todo el SMU (Comité Ejecutivo y sus Organismos Adscriptos) van aglutinando sectores de interés, más o menos diferenciados, que van produciendo, seguramente de forma

no intencional, desvíos en la conducción que son poco favorables a su gestión.

Por otra parte, también desde 1985, se produjo una sustitución progresiva y sostenida de la Dirección Técnica por un cuerpo de normas adoptadas por la Junta Directiva del CASMU, el órgano de dirección política, que confundiendo los roles, fue desplazando a la Dirección General en sus funciones y cometidos. Otro hecho de particular repercusión en los resultados. La variable composición de la Junta, no en cuanto a las agrupaciones que la integran, sino en cuanto a las personas, ha hecho modificar, a lo largo de los años, las decisiones previamente adoptadas, revocándolas y modificándolas de acuerdo a los intereses y circunstancias que en cada ocasión se dan. No ha existido una política comercial consistente y sostenida; ni una política de recursos humanos; ni una política asistencial.

Las dificultades económicas y financieras que se venían dando desde la década del 60, cuando la cuota de afiliación pasó de ser libremente fijada por la institución en uso de su libertad, y marcando una diferencia con las demás organizaciones mutuales, pasó a estar regulada, sometida a los vaivenes de los organismos multilaterales de crédito (fundamentalmente el FMI) y al interés de los Gobiernos de turno por que las cuotas mutuales no incidieran negativamente en los resultados macroeconómicos de la canasta de productos y servicios que conforman los índices que miden la inflación. En consecuencia, los ingresos fueron sistemáticamente recortados, sin acompañar la evolución de los precios de los insumos, que a su vez, incrementaban libremente.

Para mantener sus estándares asistenciales en los primeros niveles, la institución era empujada a proveer nuevos exámenes, incorporar tecnologías de avanzada más costosas, ingresar el uso de fármacos novedosos y no siempre de

eficacia probada, pero con sus ingresos anclados por la regulación estatal.

Esta situación determinó una distorsión creciente entre los ingresos y egresos, desbalanceando permanentemente su economía. La impericia de los directivos hizo que en los últimos 15 años el endeudamiento financiero para sostener un presupuesto de difícil equilibrio, llevara a una situación de no retorno en cuanto al desfinanciamiento.

El endeudamiento comercial fue un recurso que durante décadas empleó el CASMU para sobrellevar sus distorsiones. Pero cuando esta situación se puso más difícil, entonces se recurrió al crédito bancario, que por ser la venta de una mercancía, el dinero, también iba en un ritmo de inflación creciente. Así se fue deslizado, desde 1990 en adelante, en una espiral de créditos otorgados, sobregiros bancarios que le permitían salir del paso en cuanto pagar proveedores y funcionarios, pero que progresivamente incrementaron su costo financiero, hasta hacerlo insoportable.

La falta de control de las variables económicas que tienen relación con la prestación asistencial, también empujaron al alza los gastos de todo tipo, no siempre justificados, por exámenes innecesarios, técnicas superfluas, incorporación caprichosa de medicación al vademécum y, en general, falta absoluta de control sobre la gestión profesional, en una gran institución, caracterizada por su enorme tamaño y dispersión y su falta casi absoluta de controles de gestión, determinaron ir cuesta abajo en la rodada. Hasta llegar a la situación actual.

Cuando se piden créditos para pagar sueldos y proveedores, se va por mal camino. Y cuando esos créditos se agotan o no pueden repagarse, entonces se llegó al final.

La influencia del SMU determinó que por razones gremiales, factores solidarios con otros gremios, o con los propios colegas, se pretendiera resolver la situación de aquellos que perdían su fuente de trabajo por el cierre de instituciones, a través de su ingreso, más o menos restringido, al CASMU. Con lo cual se incorporaba personal innecesario, sin el adecuado crecimiento de la masa de afiliados.

La estructura fundamental de la organización CASMU permaneció generalmente incambiada, en tanto su padrón de afiliados fue progresivamente decreciendo. En una dinámica de ingresos y egresos, que iba reciclando permanentemente a la población más joven, no sujeta a restricciones, excepto en los beneficiarios del BPS, y la de edad mayor, generadora de mayores gastos asistenciales, porque esos no eran admitidos por otras instituciones en función de su edad.

## LA EVOLUCIÓN DE LOS ABONADOS

Resulta curiosa la evolución del padrón de abonados, que teniendo un crecimiento rápido en sus primeros 20 años, creció de manera muy fuerte entre los años 1960 y 1975, alcanzando a diciembre de este año 255.400 abonados. En los años siguientes alcanzaría en 1977 un promedio de 265.900 afiliados, cifra que se aproximaría en 1986 con 265.000. Pero a partir de allí, cada vez le fue más difícil conservar su padrón de afiliados, manteniendo una erosión permanente, sólo superada por la incorporación de unos 30.000 afiliados del interior del país, con el surgimiento de las Sedes Secundarias, a partir de 1990, iniciando por Salto y Bella Unión, siguiendo por Maldonado y otras localizaciones. En su mayoría dieron trabajo a grupos pequeños de médicos, que actuaron como cooperativistas contratando con el CASMU, en un régimen que sí se alejó de las concepciones que estaban en las Bases Fundamentales. Pero que

reconocieron una situación que permitía aprovechar para el necesario sostenimiento de una organización que iba perdiendo, mes a mes, cientos de abonados en Montevideo.

## LAS INVERSIONES

Quedó claro por la exposición del Cr. Dante Giménez, mencionada en el informe final de la 5<sup>a</sup>. Intervención, que las inversiones importantes que acrecieron el patrimonio y permitieron una expansión de sus plantas físicas, fue posible por el uso adecuado de las sobrecuotas autorizadas por la DINACOPRIN para ese destino. Por más que algunas de esas sumas se hubieran desviado a gastos operativos, como se deslizó en alguna parte de ese mismo informe.

Sin inversión, no hay progreso. Las autoridades democráticamente electas, a partir de 1985, tuvieron, sobre todo a partir de 1990, sobrecuota para inversiones, pero no fueron traducidas en mejoras edilicias significativas. Si bien se terminó el Policlínico, luego de las dificultades iniciales mencionadas, se amplió el sanatorio 2, y se hicieron pequeñas reformas en otras áreas, existieron otros proyectos, como la erección de un Gran Sanatorio Cinco Estrellas en la esquina de Asilo y Abreu, para conformar un conjunto homogéneo, del que sólo se presentó a la prensa la maqueta y el Arquitecto proyectista, por cierto una de las mayores autoridades en arquitectura hospitalaria. Pero la falta de acierto en la conducción generó que esto quedara solamente en el papel, sin moverse un solo ladrillo.

Por el contrario, otras instituciones, que poco o nada hicieron anunciando obras de cartón, concretaron sustanciales reformas, ampliaciones y compras de linderos, que se tradujeron en sustanciales mejoras de las plantas físicas, ellas sí generadoras de mejor imagen institucional. Nos referimos básicamente a la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, que terminó en un largo proceso su Sanatorio que hoy lleva el nombre de "Enrique Cabal", y

luego incorporó vinculándolo por un puente sobre la calle Palmar, el Sanatorio que lleva el nombre de "Oscar Magurno Souto". También a la Corporación Médica Uruguaya, que primero se trasladó de su antigua sede de Río Branco y Soriano a 8 de Octubre y Morales, para luego expandirse adquiriendo las sedes del Liceo Francés y de CIMA-España, conformando un gran y confortable conjunto arquitectónico.

El CASMU desde 1985, sabedor de su déficit de camas, continuó alquilando un número alto de ellas a sanatorios privados, dándoles vida y drenando recursos. Si bien merodeó y estudió diversas oportunidades de compras de sanatorios (España Mutualista, Sanatorio Americano, Impasa) nunca llegó a concluir exitosamente ninguna operación. Por lo cual quedó rehén de los que le alquilaban camas, hasta que la ampliación del Sanatorio 2 y grandes ajustes al plan de Internación Domiciliaria, [que se había incorporado durante la Intervención 5<sup>a</sup>, y que fue pionero en el Uruguay, luego imitado por otras instituciones de primer nivel, como el PADO, en la Asociación Española], le permitieron dejar de arrendar casi 200 camas. Con lo cual, de paso, sucumbieron algunas de las principales prestadoras: Sanatorio Español, Sanatorio Italiano y Sanatorio Larghero.

Fosalba sostenía en 1936, cuando el CASMU festejaba su primer año de vida: *"A los que me objetan que muchos de los que hoy ingresan al Sindicato vienen sólo o principalmente atraídos por su triunfo económico, yo les contesto, que no importa. Ingresar a nuestra casa implica ya una disciplina moral; venir hacia nosotros significa identificarse en nuestros problemas; el tiempo y la camaradería harán el resto. Algunos defraudarán nuestra confianza, pero ¡cuántos serán conquistados para siempre! Por otra parte, antes pasaba lo mismo que ahora. Todos conocemos ex dirigentes del viejo Sindicato enlodados y vendidos a causas deleznable. Nuestra casa, a pesar de ellos, continúa y continuará su ruta de honestidad, de trabajo y de acción. Sus ideales no se han de marchitar por la frágil constitución de*

*algunas conciencias venales. La vida es bella aunque deje a lo largo de su camino mucho lodo y tantos despojos despreciables.”*<sup>34</sup>

Sin embargo, aquel pensamiento honesto y optimista del fundador, no se vería confirmado en el devenir histórico. Tal vez quienes le sucedieron fueron progresivamente menos capaces de adecuar la organización a los cambios que se iban produciendo. En su magnitud, en su estructura, en su funcionamiento. Se privilegiaron aspectos de forma sobre los de fondo. Se estuvo demasiado sujeto a condiciones externas generadas por las sucesivas Administraciones de Gobierno, a través de la regulación de la cuota. Eso determinó que la diferencia de calidad que caracterizó las primeras etapas del Centro de Asistencia, se vieran abortadas, a partir de 1968, en forma inexorable y progresiva. Por más discursos y buenas intenciones que se manifestaran una y otra vez. No volvería a tener el equilibrio indispensable, en lo económico y financiero. Tampoco en el grado de adhesión de sus funcionarios, médicos o no.

En la medida que el Centro de Asistencia fue generando grandes cambios en la organización mutual, lo que hoy conocemos como IAMC (instituciones de Asistencia Médica Colectivizada), actuando como catalizador de grandes cambios en la medicina social uruguaya, fue frenando su desarrollo. Las instituciones de Montevideo, primero, y las organizadas por los Sindicatos Médicos locales posteriormente, hicieron realidad, por otra vía, las ideas que tanto Augusto Turenne (respecto de los sindicatos médicos locales) primero, y Carlos María Fosalba (respecto de las cooperativas de producción sanitaria) después, habían procurado concretar, con pasión e inteligencia.

## EL FUTURO

---

<sup>34</sup> Discurso de Carlos Ma. Fosalba en el 1er. aniversario del CASMU, el 1º de julio de 1936, transcrito íntegramente en otro pasaje.

Los oscuros nubarrones que se ciernen sobre el Centro de Asistencia en nuestros días, no fueron generados en los últimos años. Llevan muchas décadas. Pueden rastrearse elementos desde 1968, y aún antes. Pero la falta de corrección de estos factores negativos, y la inercia de la organización para adoptar decisiones con independencia de intereses personales, ha llevado a una situación de no retorno, casi de quiebra, o de quiebra directamente. Lo que de otra forma se manifiesta por la convocatoria a acreedores mediante la fórmula legal del Concurso o Concordato.

El Concordato es una forma aceptada por la normativa vigente para llegar a acuerdos de quitas y plazos de pago con los principales acreedores, incluyendo los laborales, que tienen prioridad, excepto los gravámenes hipotecarios. Algunas instituciones mutuales de plaza (Casa de Galicia, Impasa) han realizado estas operaciones, con éxito relativo. Al menos han seguido funcionando.

Pero no es la única medida, ni una varita mágica que todo lo resuelve. Sin una reestructura jurídica, organizativa y de gestión, de nada servirá este gesto desesperado. Si en la institución, así como sucede con los pacientes, no cambia sus conductas, el final será fatal e inevitable a corto plazo.

No se puede continuar pensando que una empresa de asistencia médica, pueda conducirse con éxito con su organización actual. Con su dependencia del gremio que le dio origen. No existe ninguna institución ya con esa forma.

Las empresas tienen un equipo de conducción dirigido por un Director General y algunos colaboradores. Regulado por un Consejo de Administración o el nombre que se le quiera dar, que se reúne periódicamente y adopta las políticas, luego de los estudios que la Dirección le somete, y recogiendo las inquietudes que los miembros del Consejo de Administración realizan. No importa que la empresa fabrique autos, tornillos,

productos químicos o administre hospitales, en uno o en varios puntos de un territorio, o en diversos países. El Consejo se reúne una o dos veces al año, examina los resultados presentados, determina las acciones de corrección en base a información confiable, y luego verifica que esas rectificaciones se hagan. El equipo de dirección es muy profesional y dinámico y asume plena responsabilidad por su tarea. No hay allí dedicaciones parciales, ni compartir un cargo de dirección con un cargo en el Ministerio de Salud o en la Facultad de Medicina, o en otra organización o consultoría, hablando de una organización de salud. Esas personas así jugadas a una institución, harán todo lo que esté a su alcance, si fueron adecuadamente seleccionadas, para alcanzar éxito en las metas propuestas por el Consejo.

Pero zapatero a tus zapatos. No puede un conjunto de médicos clínicos, de la especialidad que sea, estar al frente de una empresa gigantesca de servicios, para la escala nacional, reuniéndose una vez por semana, determinando o más bien debatiendo sin resolver mucha cosa, para que los Directores sean meros mandaderos o ejecutores, de resoluciones incoherentes y contradictorias, que se van tomando al azar, sin información apropiada y sin conocimiento. Basado en comentarios de corredor, chismes, prejuicios sobre sectores o personas y talenteos varios. Eso es lo que ha sucedido hasta ahora, y los resultados saltan a la vista. Es muy triste comprobar que un hecho tan grave y grosero, no haya sido corregido, hasta ahora, por las autoridades competentes, por el gremio que dirige la institución. Eso sólo puede confirmar que se ha transformado en una organización completamente inepta para gobernar sus propios bienes. Y como sucede con las personas cuando se tornan incapaces, el Juez debería designarle una curatela.

Todas las cooperativas médicas tuvieron, en sus inicios, una persona jurídica única. Pero cuando se vio que la experiencia era viable, rápidamente se organizaron bajo otra persona jurídica, y dejaron que cada cual evolucionara con libertad.

Reconociéndose fraternalmente como parte de un pasado común, como un brote de un viejo tronco. Pero con una individualidad y autonomía jurídica, que le permite evolucionar sin condicionamientos. ¿Sería por un afán egoísta de apropiarse del poder, o porque no había otra forma más idónea para asegurar el éxito de la empresa? Esas cooperativas médicas, así administradas, es usual que en tiempos de crisis planteen y resuelvan, rápidamente, rebajas en las remuneraciones al personal médico y no médico, con o sin reintegro, en determinados plazos, hasta que la situación se vuelva a su punto de equilibrio. Todas tienen claro que de no hacerlo, la institución sucumbe. No esperan milagros, ni hadas madrinas.

En la medida que se reconozca esta imperiosa necesidad, es posible que se pueda reconstruir el CASMU. Pero es muy difícil, porque cada cual busca, individual y colectivamente, prevalecer en su interés sobre otros grupos. Se anteponen pertenencias a grupos gremiales diferentes, llevando a confrontaciones estériles, que en lugar de unir, dividen. Y esta situación es una manifestación de los viejos gérmenes sembrados a lo largo de muchos años de conducción equivocada.

Una empresa no puede dirigirse desde asambleas, ni desde otros organismos que desconocen la materia de que tratan, pero que son llamadas a dirimir, como organismo de alzada. O mediante un órgano de dirección colectivo que considera es de su competencia definir las grandes políticas, como los pequeños asuntos y toda la gama de intermedios. Falla el principio fundamental de la administración, que establece, desde Henri Fayol: *“Un solo jefe, un solo programa”*. El estado de asamblea y debate permanente, resulta un vicio de los mecanismos democráticos de gobierno, que hace fracasar cualquier intento. Ese es el camino seguido por todas las instituciones que cerraron sus puertas.

El Sindicato Médico del Uruguay tiene experiencia ya del fracaso de varias de sus realizaciones. La Cooperativa de Consumos, que tuvo vida efímera entre 1963 y 1967, en que liquidada y sus activos vendidos a la Cooperativa de las Fuerzas Armadas, fue un exponente. El Centro de Medicina Laboral, que se ocupaba de las certificaciones médicas, fue otra experiencia, que terminó por factores extrínsecos y por fallas en el control interno, si bien subsidiarias, también críticos. O sea, que experiencia de fracasos, tiene varias.

La propia creación en 1996 de la Emergencia 1727, que comenzó a funcionar en diciembre de 1997, definido como un emprendimiento estratégico del SMU, que se mantuvo al margen de su organismo asistencial, pero buscando coordinar acciones con él, para simplificarle su tarea, no ha sido exitoso. En la medida que más allá de resultados económicos, también se generó sin capital propio, en base a créditos externos y a hipotecas de bienes sindicales. Y en última instancia, dependiente económicamente del flujo de caja que le aportaría el Centro de Asistencia, su principal proveedor de usuarios. Padeció de iguales vicios que los que torcieron la recta intención del CASMU, en su primer período de expansión. Hoy es otra estructura que agrega 700 funcionarios a los 7000 del CASMU, y que forma parte del problema, pero tal vez también de la solución.

Es posible que el camino sea generar una cooperativa médica, como las que existen ya en todo el país, porque éstas se inspiraron en el CASMU, pero no son copias serviles, sino adaptaciones a diferentes circunstancias: de tiempo y de lugar, de magnitudes y de propósitos.

El pragmatismo no ha sido pasajero del largo viaje del CASMU. Más bien prevalecieron idealismos de otro tiempo, compromisos políticos, más o menos fuertes o laxos. El fuerte deseo de hacerse con la conducción de una empresa, detrás de un gremio, que le daba apariencia de poder. Pero que a la hora de las decisiones, demostró que pesaba poco.

La concepción estratégica y el planeamiento en el largo plazo, tampoco han estado presentes en la gestión de conducción desde 1985 en adelante. Sólo durante la 5ª. Intervención se evidenció una voluntad de construir en el largo plazo, dándose pasos que podrán compartirse o no, pero sin duda apuntaban en esa dirección, que fortalecía claramente a la institución y la adhesión de sus abonados.

La reforma del sistema de salud, el SNIS, pregonado y promovido por el Sindicato Médico, por Fosalba y por los sindicalistas y médicos del CASMU de la primera hora, plasmados en la Primera Convención Médica Nacional de 1939, y en las 7 Convenciones Médicas que la siguieron, hasta 2004, finalmente tuvo lugar por la legislación aprobada en 2007. Para ponerse en ejecución a partir de enero de 2008, plagada de buenas intenciones pero preñada de vicios, caprichos y torpezas. Porque esa reforma fue implementada de modo defectuoso, amputada en una parte sustancial, y esto contribuyó, no de modo significativo, pero sí dando el tiro de gracia, a un organismo envejecido y débil, que se encontraba con sus reservas agotadas y sus arterias exangües. Y paradójicamente, en un tiempo donde el Presidente de la República y la Ministra de Salud o el Director General de Salud, son médicos, miembros del Sindicato Médico, y algunos a su tiempo autoridades del CASMU, se encuentran enfrentados o pujando por la imposición de sus puntos de vista, sin reconocer adecuadamente que han incurrido en graves errores al amputar al SNIS una parte importante de la población que debía cubrir. Por meros criterios economicistas. De esta manera se pone en peligro la propia Reforma, con grave riesgo de abortar.

Es curioso que en todas las comparecencias que hizo al SMU para exponer su programa de acción en salud, el entonces candidato presidencial y colega, en sucesivas campañas electorales, se acompañó del mismo equipo ahora instalado

en el MSP. Como sucedió con Abu-I-Walid Ibn Rusd (más conocido como Averroes) [Córdoba, España, 1126- 1198]<sup>35</sup> en el Libro de las Generalidades de la Medicina [Kitab al-Kulliyat fil-tibb], ellos sólo tenían trazado el Libro de las Generalidades de la Reforma. Nunca salieron de los “titulares”, y el problema no fue en los enunciados, sino en la puesta en práctica, donde personajes de dudosa salud mental, fueron puestos al frente de la implementación. De ahí sus resultados más que dudosos.

Mientras tanto, la tensión generada en los enfrentamientos de los últimos meses, que han sobrepasado los límites de la tolerancia, han destruido el clima de relacionamiento y colaboración que debe darse en el equipo de salud, tal vez en grado irreversible.

Se ha perdido de vista el interés de los abonados, principal objetivo de esta organización, que cuando se fundó estableció en sus Bases Fundamentales los siguientes fines:

- a) Procurar que la asistencia médica mutual sea eficaz, seria y verdadera, sin trabas ni restricciones que desnaturalicen su fin;
- b) Mejorar la situación de los médicos mutuales, exigiendo para ellos la consideración y el respeto a que son acreedores por su noble y elevada función social, devolviéndoles el libre ejercicio de su humanitaria profesión;
- c) Solidarizarse en un esfuerzo común cuando las circunstancias lo exijan para defenderse de disposiciones o reglamentaciones arbitrarias o injustas.

Los incisos a) y b) de su Artículo 1º, son idénticas en las Bases Legales, depositadas en el Ministerio de Salud Pública, en cumplimiento del Decreto-Ley del 13 de febrero de 1943,

---

<sup>35</sup> AVERROES: El Libro de las Generalidades de la Medicina [Kitab al-Kulliyat fil-tibb], traducción de María de la Concepción Vázquez de Benito y Camilo Álvarez Morales, Editorial Trotta, Madrid, 2003, 510 páginas. pp.204 y siguientes.

que en las Bases Gremiales, adoptadas por la Asamblea del SMU del 16 de enero de 1935. Sin embargo las Gremiales incorporan el inciso c), que no se trasladó a las Legales, presentadas nueve años después.

En relación al inciso primero, podría considerarse que fue logrado, por cuanto la asistencia médica mutual cambió radicalmente, mejorando sustancialmente sus prestaciones, aunque sin superar, ellas ni el CASMU, las trabas y restricciones que desnaturalizaran su fin.

En cuanto al inciso segundo, mejorar la situación de los médicos mutuales, parecería que este objetivo no se ha alcanzado, o si se obtuvo en su momento, no se ha mantenido en el tiempo. Es obvio que la consideración del médico mutual, y el médico en general, en nuestros días, ha decaído grandemente en la consideración pública, aunque algunas encuestas de opinión parezcan inducir a pensar lo contrario.

El inciso tercero, ha sido una expresión sostenida por el SMU, más que por el Centro de Asistencia, lo cual hace que su inclusión allí carezca de relevancia.

Si el SMU y el CASMU, a través de sus órganos directivos y de la Asamblea General, no han sido capaces de reconocer y modificar este estado de cosas, que en 73 años de vida institucional tanto han cambiado;

Si ellos no pudieron adecuar la estructura organizativa y jurídica y ahora enfrentan una situación tan precaria, sometiendo a sus abonados, los que confiaron en la calidad de su asistencia, y a la población, a una permanente exposición mediática debatiéndose entre la vida y la muerte;

Entonces, tal vez, la institución haya cumplido su ciclo. Si se llegara a tal decisión, sea por resolución propia de sus autoridades, o por decisión de la Justicia competente,

deberían aplicarse las disposiciones previstas en los Estatutos del SMU para tal circunstancia, que son de claridad meridiana.

El Capítulo XV de los Estatutos del SMU vigentes, "Del Patrimonio Social" establece claramente en su Artículo 64:

*"En ningún caso podrá el Patrimonio del Sindicato destinarse a otros fines que los establecidos en los Estatutos, salvo en caso de peligro nacional o calamidades públicas.*

- a) Los bienes del Sindicato Médico del Uruguay afectados al cumplimiento de fines asistenciales, que cumpla por intermedio del Centro de Asistencia, en caso de disolución de este Centro, pasarán a instituciones públicas destinadas a la asistencia de la población, documentándose aquellas condiciones que aseguren la prosecución de los fines para los cuales fue creado.*
- b) Siendo el Centro de Asistencia, por disposición de sus Bases Fundamentales, un organismo del Sindicato Médico del Uruguay pero no de cada uno de sus integrantes, ningún socio – sea o no técnico del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay – podrá considerarse con derechos sobre los bienes afectados al cumplimiento de fines asistenciales."*