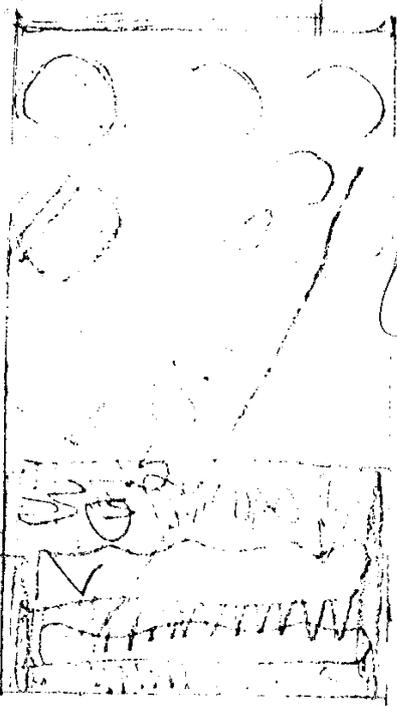


1.09.01.01.04



0110
 002/100

1) 50 m

CONCLUSIONES

1. ...

JULIO 2004

105 100

AUTORIDADES DE LA VII CONVENCION MEDICA NACIONAL

Presidente
Secretarios

Dr. Carlos A. Gómez Haedo
Dres. Tabaré Caputi y Marcos Carámbula

COMITE PERMANENTE DE LA VII CONVENCION MEDICA NACIONAL

Dr. Carlos A. Gómez Haedo
Dr. Tabaré Caputi
Dr. Marcos Carámbula
Dr. Roberto Avellanal
Dr. Gregorio Martirena
Dr. Luis Falconi
Dr. Raúl Bustos
Dr. Daniel Pazos
Dr. Salvador Fallveni
Dr. José Pedro Cirilo
Dr. Eduardo Navarrete
Dr. Eduardo Migliaro
Dr. Angel Ginés
Dr. Frederick Gluria
Delegado de la Asociación de Docentes de la Facultad de Medicina
Delegado de la Asociación de Estudiantes de Medicina

COMITE ORGANIZADOR DE LA SEPTIMA CONVENCION MEDICA NACIONAL

Dr. Gregorio Martirena
Presidente

Dr. Roberto Avellanal
Vice-Presidente

Dr. Marcos Carámbula
Secretario

Dr. Eduardo Navarrete
Tesorero

Dr. Frederick Gluria
Repr. del Com. Permanente
de la VI C.M.N.

Dr. Tabaré Caputi
Vocal

Dr. Salvador Fallveni
Vocal

Delegado de la Asociación de
docentes de Medicina

Delegado de ASCEEP
de AEM

Dr. Luis Falconi
Secretario Ejecutivo

Dr. Jaime Tuzman
Secretario de Recursos

Dr. Daniel Pazos
Secretario de Propaganda

Srta. Elina Pérez Mariluz
Secretaria Administrativa

Asociación de Empleados Bancarios del Uruguay
20-21 y 22 de julio de 1984.

Las conclusiones de la VII Convención Médica Nacional fueron aprobadas en asamblea multitudinaria, como nunca conoció la historia del gremio médico.

Expresión de la inserción de la lucha de los médicos junto al pueblo y las fuerzas sociales organizadas contra la dictadura, en defensa de la libertad y la democracia.

Se pautan líneas de trabajo en busca de una nueva estructura de la medicina, del trabajo y la agremiación médica, de la educación y la ética.

VIIª CONVENCION MEDICA NACIONAL

20 de Julio de 1984.

Una Nación es un cauce abierto en un horizonte geográfico con un devenir histórico que es su corriente. En ella se entremezclan un pueblo, complejas relaciones económicas e ideales y sentimientos colectivos.

Es en los momentos de dolor o desventura, cuando llegamos a comprender algo de su sentido. Los himnos y las banderas o escudos son su simbología externa, no son ni el cauce ni su contenido.

Por eso cuando en estos desventurados 12 últimos años sentíamos nombrar nuestros muertos ilustres desde las orillas por circunstancias usurpadores, comprendíamos y sufríamos el angostamiento real de la Nación, de ese su cauce y su devenir.

Pero la conciencia colectiva de ella se encerró en los cientos y cientos de hogares y familias uruguayas. Frente a una realidad oficial, autoritaria y verticalista, se alzó la realidad de un pueblo atrincherado en sus casas, sus tradiciones y aspiraciones libertarias y de justicia social.

Frente a la grandilocuencia de los entorchados nuevos oficiales del poder se irguió en la llaneza del corazón de nuestra gente, una negación inicialmente débil, pero progresivamente firme y creciento.

Fue en las "catacumbas" de esos hogares donde se alzó cada vez más fuerte la negación.

Y ello se fue expresando en nuestras canciones y cantores populares, en nuestros poetas y en nuestras murgas. Podemos decir sobre este lapso —que esperamos que termine pronto—, como señaló nuestro Vaz Ferreira, refiriéndose al año 1933: vimos caer muchas instituciones y nos dolió, pero también vimos caer a muchos hombres que no estuvieron a la altura de las circunstancias y eso nos dolió mucho más.

Los ciudadanos se vieron clasificados en el enorme Insectario del régimen en las famosas categorías A, B y C, en una afrenta colectiva que la historia no olvidará; hoy terminada felizmente en su etapa de aplicación. Se llegó a analizar hasta la línea de los antecesores y la descendencia.

Nosotros como profesionales médicos, vimos nacer toda una epidemiología ideológica, con sus contaminantes y contaminados, como hija directa de la concepción de la Seguridad Nacional.

Esta concepción fue la ideología imperante y ella lógicamente suponía un estado fuerte y centralizado, un autoritarismo mesiánico como metodología y una transformación del ciudadano en súbdito y a veces en vasallo, como lógica consecuencia.

La Sociedad Civil fue desconocida en sus caracteres tradicionales de división de poderes con independencia de los mismos y en la esencia de la metodología democrática: poder de decisión por las mayorías.

La vida democrática se expresa no sólo en el aspecto formal de las elecciones, sino en la vigencia diaria y permanente de los derechos individuales: posibilidad de acceso libre al trabajo, libertad de prensa, de agremiación, libertad de integrar cooperativas o asociaciones populares, etc.

En suma, en todo ese sistema de expresión viva del pueblo, que es como el aparato circulatorio de la Nación, se expresa y cómo, también, la democracia.

Todo ello fue intervenido y sustituido a veces, por personas o por Comisiones designadas directamente por los que detentaban el poder, con el resultado que todos conocemos y sufrimos.

El Uruguay perdió —en este período— su capacidad creadora que lo había distinguido en el concierto Latinoamericano e incluso mundial. Pero además vimos aparecer por primera vez con estos caracteres en nuestra Historia, una diáspora uruguaya dispersa por el mundo. A la emigración por razones económicas que se acentuó, se unió una emigración forzada por motivos políticos. El exiliado fue el testimonio vivo de la aplicación del sistema. Nuestros familiares, nuestros amigos, nuestros hermanos, se dispersaron, sobre todo en América y Europa. Ellos eran estudiantes, obreros calificados, profesionales, escritores, profesores, ciudadanos de una alta calificación.

Recordamos entre los nuestros con emoción y con orgullo fraterno a Pablo Carlevaro, Decano de la Facultad de Medicina, Jorge Bouton, Profesor de Clínica Semiológica, Tabaré González, Failache, Arbiza, Segura, Panizza, Canelli y tantos otros. A Hugo Villar y a Hugo D'Arboure los tenemos hoy aquí, por suerte nuevamente con nosotros, lo que esperamos sea definitivo.

En el ámbito universitario y muy especialmente, señalamos al ahora desaparecido Dr. Carlos Quijano, Maestro de generaciones, fundador de "Marcha", universitario por excelencia.

También las cárceles albergaron a numerosos ciudadanos y médicos compañeros segregados de su familia, de su círculo y de su profesión, por años en algunos casos, vinculados a delitos fundamentalmente de tipo político.

Pero también tuvimos pérdidas desgarrantes entre los médicos como consecuencia directa de la persecución política: Manuel Liberoff muerto trágicamente en Buenos Aires y Vladimir Roslik cuyo caso conmovió recientemente y conmueve todavía hoy a nuestra sociedad uruguaya.

Estos largos años de pérdida de la vida democrática que hoy parecen terminar en la propia aridez de sus logros frente al reclamo popular y de todos los sectores políticos y democráticos, deben movernos a la reflexión.

Debemos reconstruir nuestro país, profundizando aún más en nuestra tradición democrática, mejorándola,

demonstrando que los cambios aún profundos de las estructuras pueden hacerse en un régimen de convivencia, pero donde los grandes medios de comunicación o generación de poder económico, deben también estar al servicio del hombre, expresado en el régimen de las mayorías que deciden.

El Gremio Médico. El origen de las Convenciones Médicas Nacionales

Fue el Dr. Carlos María Fosalba, quien levantó la idea de las Convenciones Médicas Nacionales en 1936. Si observamos la tónica de las distintas Convenciones Médicas Nacionales, vemos la reiteración de la preocupación gremial médica a través de las mismas. En la primera Convención Médica Nacional del año 1939 los temas que constituyen la discusión de dicha Convención son:

- I El Médico funcionario y el Estado
- II El problema del Mutualismo, siendo esta comunicación o trabajo, leído por Carlos María Fosalba
- III La situación del Médico de campaña
- IV El Médico y la clientela privada
- V Las relaciones profesionales entre Médicos

Fundamentalmente como ustedes comprenderán, fue exclusivamente en esta 1ª Convención Médica que todavía se trató el tema de la clientela privada, el cual desaparece prácticamente de las Jornadas Médicas futuras y de las Convenciones Médicas.

En 1943 se desarrolló la 2ª Convención Médica Nacional, siendo los temas fundamentales:

Seguros y otros temas de Medicina Social (Incluido en ello el Seguro Social Obligatorio y los Servicios de Salud Pública en la Zona Rural).

En 1949 la 3ª Convención Médica Nacional llega a culminar. Se tratan problemas de Medicina Asistencial y Preventiva, Mutualismo, Hospital de Clínicas, Seguro Social obligatorio, existiendo un Informe o Correlato Estudiantil, en nombre de la Asociación de Estudiantes de Medicina (A.E.M.) sobre Socialización de la Medicina.

En esa misma Convención Médica, el Ministro Interino de Salud Pública, señor Farfán, comunica la resolución del Poder Ejecutivo de entregar el Hospital de Clínicas a la Universidad de la República.

En 1955 se desarrolla la IV Convención Médica Nacional siendo sus temas:

- El Médico ante los problemas de Seguridad Social,
- Colegiación Profesional Obligatoria,
- Situación del médico en la Ley de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios.
- El auto, Instrumento Médico de Trabajo.

Existe también un correlato de los Dres. Stirling y Mario Pareja Piñeyro sobre Enseñanza y Educación Médico Social.

En 1972 se desarrolla la VIª Convención Médica Nacional; en ella los temas fundamentales son:

- Estructura Sanitaria y Seguro de Salud.
- Ley Orgánica de la Profesión Médica.
- Estatuto del trabajo médico.

Se realizan numerosas reuniones y se llegan a importantes resoluciones que han sido analizadas como precedentes en ocasión de prepararse esta VIIª Convención Médica Nacional.

Debemos señalar que la Asociación de los Estudiantes de Medicina fue fundada en 1915 y el Sindicato Médico del Uruguay en 1920.

El desarrollo del pensamiento médico estudiantil gremial universitario, da idea de la línea de transformaciones en la Medicina Uruguaya.

Son las mismas dos generaciones que ocupan cargos incluso fundacionales en ambas instituciones, son sus hombres los que actúan en la Universidad, en la Facultad de Medicina y en el Gremio Médico, con todo un conjunto de pensamiento y de acción social.

Surgen así, Decanos de Medicina y Rectores de la Universidad como ejemplo, citamos el Arq. Agorrio, el Decano y Rector, Crottognini, el Decano y Rector, Mario Casinoni, que forman parte de esa pléyade de dirigentes universitarios.

El Dr. Carlos María Fosalba planteó inicialmente como estudiante, la creación del CASMU (Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay) y luego, como Médico, logra consagrarla, siendo la más formidable obra de autogestión en el campo sanitario y social de nuestro país y a nivel médico en toda Latinoamérica.

Ese pensamiento y esa acción, son combatidos por el régimen de facto. La Federación Médica del Interior surge también en la misma línea de pensamiento médico estudiantil, gremial universitario, hace más de 18 años, con claros postulados gremiales y con aplicación de postulados asistenciales similares, aunque con aspectos particulares en su acción, logra así prestar cobertura asistencial en 1983 en todo el Interior de la República a 280.000 afiliados.

El CASMU lo hace, llegando a 250.000 afiliados en Montevideo. Ambos sectores de Cooperativas de Producción Sanitaria vinculados a gremiales, constituyen el 25% de los Institutos de Medicina Colectivizada del país.

Este movimiento y este pensamiento gremial médico - estudiantil y universitario en el Uruguay, tiene como muchos fenómenos uruguayos, características propias: el hecho de que las mismas generaciones estén actuando en organismos gremiales médico y estudiantiles, (debiendo señalar que el organismo gremial médico está integrado además por estudiantes, cosa única en dicho tipo de organismos); hace que la representación de los órdenes estudiantil y médico en la Universidad, influyan en el desarrollo de su pensamiento como dijimos. Pero a su vez, la Universidad a raíz de la influencia de su pensamiento, llega a tener una calidad de aplicación social de dicho pensamiento, que se expresa en forma renovada en sus cambios de planes, en la creación del Hospital de Clínicas Universitario, en el impulso de todas las Escuelas de Tecnología Médica (como ahora se han llamado), sumadas a la Escuela Universitaria de Enfermería, la Escuela de Colaboradores del Médico, de Fisioterapeutas, de Aux, de Radiología, de Hemoterapeutas, etc., que permiten una aplicación tecnológica en todos los organismos asistenciales del país. En especial debemos señalar la importancia y la trascendencia que ha tenido la Escuela Universitaria de Enfermería, conocida no sólo en nuestro país, sino en toda Latinoamérica. Numerosos graduados de dicha Escuela, han ejercido en distintos países del mundo, de Europa y América, sobre todo. Pero también debemos señalar que los organismos gremiales, en especial el organismo médico, tiene una preocupación fundamental por la problemática asistencial y eso lleva a la creación — que ya dijimos — del más importante organismo de autogestión asistencial con una trascendencia social y económica de primera magnitud, como lo son el Centro de Asistencia del

Sindicato Médico y luego los numerosos Centros Asistenciales de las distintas gremiales médicas del país.

Esta reflexión tiene gran trascendencia porque como declamamos, esto es original de nuestro país. Pero además, porque justamente en este largo y duro período, ha tratado de distorsionarse con intervenciones como la del Sindicato Médico del Uruguay, tratando de cambiar la estructura de estas Cooperativas, aislándola de sus organismos gremiales, que son si se quieren en parte, su seguridad, con el móvil evidentemente no coafeso, pero real, de disminuir el poder de incidencia democrática de los organismos gremiales, a través de sus grandes obras económicas.

El futuro de este país debe ser analizado en todas sus perspectivas en especial en estos momentos en que se ha pretendido encontrar una oposición, que no es real (aunque alguna vez pueda ser circunstancial) entre tecnología médica y gremialismo médico. No concebimos un gremialismo sin el más acendrado desarrollo de la tecnología de su propia profesión, eso sí, adaptado al carácter y a la soberanía nacional y de su gremio; y no podemos entender una tecnología independiente del sentimiento de la colectividad y de las mayorías del país.

Esta falsa antinomia, debe ser aclarada en la forma que corresponde, en esta VIIª Convención Médica Nacional.

La VIIª Convención Médica Nacional aborda ahora con responsabilidad, con coraje y energía, la tarea propuesta en la temática que nos convoca y que ya comenzó en el día de hoy, al tratar los temas de Educación Médica, Política de Salud, para continuar luego con Organización Médica, Estatuto del Trabajo Médico, Colegiación y Ética Médica.

No se nos escapa la difícil situación en que se cita.

En un período todavía de facto, aunque con síntomas alentadores de transcurso a la institucionalización democrática y más aún, con la esperanza y la firmeza de un pueblo que así lo exige.

En el ámbito gremial la Federación Médica del Interior actuó con posibilidades de expresarse parcialmente dado los caracteres y tipos de organizaciones creados por la Ley de Asociaciones Profesionales. El Sindicato Médico del Uruguay, intervenido hace 8 años con todos sus organismos y en especial el CASMU está impedido de actuar con sus caracteres propios también en la ley de asociaciones profesionales.

Esto último originó la creación del CIM, organismo de conducción y coordinación gremial médica, que mantiene los principios del SMU y que cesará con su recuperación.

A ellos y a sus autoridades y militancia, expresamos nuestro agradecimiento profundo por mantener encendida la llama del gremialismo que se pretendió apagar definitivamente en el país.

También es deber nuestro hacer notar la solidaridad y el estímulo que los compañeros trabajadores de la salud no médicos, han tenido alentando y compartiendo la preocupación inicial de los médicos por la reagremiación y por abrimos de par en par sus corazones y sus locales. Eso no lo olvidaremos.

En una crisis económica inserta en una recesión mundial, pero con perfiles propios en el Tercer Mundo y en especial en Iberoamérica. En ella las relaciones de dependencia y de colonialismo económico, hicieron crujir con la Guerra de Las Malvinas, todo el aparato jurídico del Panamericanismo, montado trabajosamente después de la última Guerra Mundial.

En una situación de la historia donde se indican —como lo ha dicho muy bien Pedro Lain Entralgo, como grandes líneas de la Medicina Moderna: la colectivización, la tecnificación, el acento en la Medicina preventiva y el acento en la Medicina de la persona.

En momentos también, en que se pretende que la tecnificación está unida al criterio de medicina de mercado contrariamente a la posición del Gremio Médico Uruguayo, que sostiene que la salud no debe formar parte del concepto de mercado, sino que es función de un derecho social.

En un período en que se debe dar acceso en la realidad asistencial de los pueblos a lo que la Carta de las Naciones Unidas define como el Derecho a la Salud.

En tránsito a la recuperación democrática y al ejercicio de la plena soberanía ciudadana, debemos comprender que en el futuro la inserción de nuestro país en la Revolución Científico - Tecnológica Mundial, debe hacerse con la solidaridad de otros países hispanoamericanos, pero además con la necesaria lucidez en la elección de los métodos para superar nuestra independencia.

Universidades, Gremios y Partidos Políticos debemos enfrentar como tarea conjunta, cada uno con sus perfiles, caracteres y ámbitos propios, lo que es la esencia de una política auténticamente nacional y latinoamericana.

Declaramos entonces inauguradas oficialmente, las sesiones de la VIIª Convención Médica Nacional, esperando que sea un instrumento útil, no sólo para la profesión médica, y para los trabajadores de la salud, sino también para el conjunto de la nación.

La VII Convención Médica Nacional, convocada para analizar la situación sanitaria del país y aspectos éticos, legales, laborales y gremiales del ejercicio de la profesión:

1. Ratifica la vigencia del derecho a la salud, como necesidad impostergable de toda la población.
2. Denuncia el grave deterioro de la situación sanitaria, consecuencia de la incidencia negativa de factores vinculados a la inadecuada atención médica y a la inexistencia de derechos fundamentales:
 - trabajo y salario suficiente
 - vivienda decorosa
 - educación
 - alimentación adecuada
 - libertades individuales, en un país inmerso en el subdesarrollo y la dependencia económica.
3. Afirma que:
 - Solamente la vigencia de un estado democrático, con amplia participación popular, permitirá sustentar las profundas revisiones estructurales que nuestra sociedad requiere.
 - El servicio nacional de salud es la forma de organización que permite el mejor cumplimiento de los requisitos fundamentales de la atención médica, garantizando una asistencia universal, humana, igualitaria e integral para toda la población, sin exclusiones.
 - El derecho a la Salud se conquista con la movilización de todo el gremio, de los trabajadores de la Salud y las fuerzas sociales, sindicales y políticas que hoy expresan a nuestro pueblo.
 - La situación laboral del médico seriamente comprometida —como la de los demás trabajadores, pero con una tasa de desocupación y subocupación mayores que la general del país— reclama impostergables soluciones, contemplando un salario digno y plena ocupación, en el marco de un estatuto de trabajo médico que garantice el acceso a todas las fuentes de trabajo del sector.
 - Esta Convención, realizada en este régimen, con la participación masiva del cuerpo médico nacional, marca un hito trascendente en la historia del sindicalismo médico, ratificando su voluntad de constituir un gremio médico único.
 - La voluntad unánime del cuerpo médico nacional reclama el inmediato cese de la intervención del Sindicato Médico del Uruguay.
 - El cese de la intervención de la Universidad, con retorno a la vigencia de la Ley Orgánica de 1958, con sus principios de autonomía y cogobierno por los tres órdenes, es indispensable para lograr las reformas de fondo necesarias en la etapa de transformación democrática del país.
4. Reafirma la necesidad del código de ética profesional y ratifica y hace suyas la vigencia de normas aprobadas por la Asociación Médica Mundial (1975) y la Organización de Naciones Unidas (1982) relacionadas con la intervención de los médicos en torturas y apremios físicos.
5. Condena específicamente la participación de médicos uruguayos en tales actos y dispone la integración de un tribunal ético que los juzgue con la seriedad, objetividad y ecuanimidad que la hora del país reclama.

(Aprobada por aclamación el 22 de Julio de 1984)

Presidente del Plenario
Secretario del Plenario
Relator

Prof. Dr. José B. Gomensoro
Dr. Héctor Bove
Dr. Angel Ginés

DECLARACION

I. Introducción.

La educación médica está vinculada estrechamente a la enseñanza superior, universitaria; está, además, íntimamente relacionada —en vínculo recíproco— a las actividades asistenciales. Este análisis no profundizará en esas importantes cuestiones, siendo por ello parcial e incompleto.

El análisis se centra en la educación médica y la Facultad de Medicina, e incluye un balance histórico, un diagnóstico de situación y una propuesta.

Un examen histórico de las actividades médicas, de la formación de médicos y de las instituciones encargadas de su formación curricular —Facultad de Medicina con sus Servicios Hospitalarios— y extracurriculares —AEM, SMU, Asociación de Docentes— permite observar ciertas tendencias positivas que dieron lugar a momentos de florecimiento o síntesis jalonados a lo largo del siglo.

El último de estos momentos —rico, complejo y promisorio— tiene lugar a fines de la década del sesenta e incluye la puesta en marcha del Nuevo Plan de Estudios en 1968 y los Documentos Programáticos emanados de la VI Convención Médica Nacional en 1972.

Esta última etapa es interrumpida abruptamente en 1973, a poco de andar, por la intervención de la Universidad y del SMU-CASMU, lo que destruye todas sus incipientes realizaciones; peor aún, la intervención afectó profundamente las realizaciones de las décadas anteriores provocando una regresión en las actividades médicas y de formación médica como no conocía nuestra historia. La profundidad y la extensión del deterioro hieren gravemente las bases mismas de la medicina nacional.

II. Tendencias positivas de la Medicina Nacional Clásica

El ámbito médico nacional se ha caracterizado por grandes logros técnicos académicos y por una clara postura social y democrática.

1º) Alto nivel científico y técnico. La escuela médica nacional alcanzó un elevado desarrollo científico y técnico que le permitió asimilar permanentemente la experiencia médica universal y, además, aportar creativamente conocimiento médico. Esta última cualidad implica que la investigación científica —clínica y terapéutica— es uno de sus atributos esenciales. ¿Quién podría citar sin ser injusto por olvido la larga lista de nombres que ostentaron esa cualidad y la más larga aún de aportes originales?

2º) Alta sensibilidad y comprensión por los problemas de la salud de la población y por sus implicancias sociales. Testimonio de ello es la lucha permanente por soluciones concretas a estos problemas y la obtención de notorios resultados. En efecto, el Hospital de Clínicas y el CASMU, las dos instituciones nacionales de asistencia que accedieron otrora al mayor nivel, que toleraba las comparaciones internacionales, fueron obras del combate de la medicina nacional.

3º) Elevada disposición democrática; compromiso con la actividad científica y médica; responsabilidad social. A los elementos ya señalados debe agregarse la lucha —junto al resto de los universitarios— por la vigencia de las normas democráticas; la lucha por la autonomía universitaria y el cogobierno, consagrados en la Ley Orgánica de 1958.

Esta participación de la medicina en la problemática social del país fue el producto de las actividades de los grandes universitarios y de la coparticipación de los tres órdenes en la orientación de la Facultad.

4º) A las tendencias señaladas se sumará, sobre la segunda mitad del siglo, el desarrollo y la consolidación de la investigación científica en las Ciencias Básicas de la Medicina.

III. Nuevos problemas para la medicina nacional

A partir de la década del cincuenta se le plantean a la medicina nacional nuevos problemas que comienzan a enfrentarse con eficacia. Destacaremos entre ellos los que a continuación se señalan.

a) El impresionante desarrollo científico y técnico en el ámbito internacional que crean al campo médico problemas de asimilación inéditos. Este desarrollo supone, en su avance, la reorganización de las bases mismas de la actividad médica y de la formación médica. La asimilación —que en general estaba asegurada en la etapa anterior— plantea, ahora, problemas nuevos y muy complejos. Debemos destacar que desde la década del cincuenta, y aún desde antes, se venían creando en la Facultad de Medicina las condiciones que hubieran permitido abordar este difícilísimo problema; nos referimos al desarrollo de la investigación en ciencias básicas. En efecto: se forman, se desarrollan y consolidan múltiples laboratorios de investigación donde se adiestran y maduran decenas de investigadores; el nivel que se adquiere es tal, que cuando la intervención cierra las puertas, no tendrán dificultades en incorporarse en el extranjero a laboratorios de primera línea. Lo que acabamos de señalar permite afirmar, además, que la Facultad de Medicina no fué sólo formadora de médicos sino también de investigadores científicos.

b) La necesidad de atender en las personas no sólo el aspecto somático sino también los aspectos psicológicos y sociales.

c) La comprensión de que la medicina no puede limitarse a la tarea curativa de rehabilitación y de profilaxis tradicionales sino que debe poner el acento en la promoción de la salud, que por otra parte ya no es del dominio exclusivo de la medicina sino que se implica con las condiciones sociales y políticas de vida.

d) La necesidad de extender las acciones de salud a la población en su conjunto, sin limitaciones, como derecho básico y no como privilegio.

A este conjunto de problemas responden estudiantes, docentes y egresados con la elaboración de un Nuevo Plan de Estudios cuyo objetivo es asegurar la formación de un médico que pueda abordar con competencia las cuestiones de la multideterminación biológica, psicológica y social de la salud y la enfermedad. Y responde con sus Documentos Programáticos, en el campo específicamente asistencial, la VI Convención Médica Nacional postulando profundas transformaciones cuyos objetivos quedan delineados en el Servicio Nacional de Salud, el Estatuto del Trabajo Médico y la Colegiación Profesional Obligatoria.

Estas acciones y estos pensamientos fueron difundidos y enriquecidos en el ámbito internacional con la activa participación en la Asociación Médica Mundial y la Confederación Médica Panamericana.

IV. La Intervención en la Facultad de Medicina

Venimos de analizar los problemas planteados a nuestra Facultad por los avances de la medicina y por la necesidad de democratizar los servicios médicos, y vimos como los procedimientos universitarios y gremiales enfrentaban en general con eficacia esos problemas. En 1973 se instala la intervención y se suspende la tendencia a resolver esos problemas.

Veamos ahora, con cierto detalle, los daños causados por la intervención ordenándolos a partir de los mecanismos que los provocaron.

a) Intervención y clausura de las únicas instituciones capaces de elaborar y proponer respuestas a los complejos problemas del sector. Tan sistemático fue este procedimiento que no quedó una sola de esas instituciones sin ser afectada.

Intervenido la Facultad de Medicina y el Hospital de Clínicas, intervenido el SMU-CASMU, clausuradas la AEM, y las gremiales docentes, los estudiantes, egresados, docentes e investigadores quedan impedidos de elaborar los programas docentes, asistenciales, de investigación y de extensión universitaria. Este será uno de los motivos que provocará el caos en todas las funciones universitarias.

La intervención impone un orden vertical y autoritario que es incompatible con el desarrollo de actividades, que por su complejidad y naturaleza, exigen como condición intrínseca el procesamiento colectivo y democrático en cada una de sus instancias, desde la política general y su programación hasta su ejecución, control y evaluación.

b) Exclusión masiva de docentes e investigadores de la mayor calificación.

Decenas de ellos tuvieron que emigrar obligatoriamente —entre otros motivos porque en nuestro medio no existen casi posibilidades de ejercer actividades de esa especialización fuera del ámbito universitario— y se incorporaron a centros calificados de asistencia, docencia e investigación en América Latina, EEUU, Europa.

Otras decenas pudieron permanecer en nuestro país y pasaron a desempeñarse fuera de la Universidad. A pesar de las dificultades, ellos gozan de respeto y consideración como médicos, docentes e investigadores.

Debe señalarse, además, que un grupo de docentes e investigadores que permaneció en la Facultad, debió y debe desempeñarse en condiciones tan difíciles que sus capacidades resultan permanentemente esterilizadas; los más jóvenes de este grupo han padecido un grave déficit en su formación.

Existe, finalmente, otro grupo de personas que ocupan cargos docentes, que carecen de formación científica, técnica y pedagógica y tienen magros valores universitarios y éticos.

c) Supresión de amplios sectores del Plan de Estudios. En algunos casos esta supresión fue total, en otros parcial y de diversa extensión. Citaremos sólo algunos ejemplos.

Fue suprimido en forma total el Ciclo Básico que se desarrollaba durante el primer año de estudios. Quedó eliminado Métodos Cuantitativos y durante cinco años no se enseñó Bioestadística. Quedó eliminada Biología, que ponía el acento en introducir a los estudiantes en los fundamentos del método experimental. Quedó eliminada Psicología Médica, fundamental para entender la relación médico-paciente. Quedó eliminada Sociología, básica para la comprensión de las implicancias sociales de la actividad médica, de la enfermedad y la salud. Con la supresión del Ciclo Básico fueron eliminados setenta docentes.

El resto de las materias básicas sufrieron pérdidas parciales pero muy significativas; por ejemplo, durante cinco años no se enseñó Radiobiología, hecho grave si se considera su importancia diagnóstica y terapéutica. Se realizaron modificaciones arbitrarias en los programas y en los procedimientos de evaluación.

La destitución masiva de docentes, sustituidos en la mayoría de los casos por personal no calificado, hizo caer el nivel académico en forma grave. Durante más de cinco años no hubo un solo concurso de oposición.

d) Degradación del nivel de asistencia y docencia en las Cátedras Clínicas. Se advierten en general en ellas los elementos de deterioro señalados para las materias básicas y se agregan otros. En primer lugar debe indicarse que los graves déficits y deterioros anotados en la "formación" básica determinan que los estudiantes y docentes clínicos deban partir para el aprendizaje clínico de una situación de grave carencia de fundamentos científicos en que apoyarse. En segundo lugar debe indicarse, que siendo la asistencia el pilar fundamental del aprendizaje clínico, se comprueba un deterioro continuo y profundo de la infraestructura asistencial que ha llegado a límites difíciles de adjetivar y que son bien conocidos por médicos y estudiantes. Por otra parte, el Plan de Estudios de 1968 tendía a integrar la enseñanza de la Patología y la Clínica; la intervención introdujo cambios desordenados de Planes de Estudio que hicieron que se perdiera esa integración lográndose a una situación caótica.

Las relaciones numéricas médico-paciente y docente-estudiante están muy por debajo del nivel compatible con el cumplimiento adecuado de las funciones asistenciales y docentes; debe destacarse que tanto en los Servicios de Salud Pública donde existen actividades docentes de la Facultad de Medicina como en el Hospital de Clínicas, una parte importante de la asistencia es servida honorariamente por estudiantes de medicina y médicos empeñados en su formación.

Sobre la base de las condiciones señaladas se ha producido una degradación de la asistencia y la docencia clínicas y de las cualidades del personal clínico. Se perciben signos que indican el deterioro de una serie de valores médicos, pedagógicos, científicos y aún éticos: la pérdida del compromiso con el paciente y el estudiante; el relajamiento de la disciplina asistencial y docente (que aún cuando se pretendan justificar en las bajas remuneraciones y el multitempleo —que son ciertos— resultan inaceptables); la complacencia frente a los graves desvíos que en la asistencia de las personas y en la enseñanza de los jóvenes se están comprobando permanentemente; el cultivo de una pseudo-investigación dirigida a multiplicar "trabajos científicos", sin

que interesen el rigor o el deseo de promover conocimientos sino con la directa finalidad de acumular "méritos"; la utilización de cargos, certificados, cursos, congresos, post-grados, "trabajos", para otros fines que los que específicamente tienen.

e) Degradación del nivel docente. Muchos de los motivos ya han sido señalados. Queremos subrayar, ahora, la eliminación o distorsión de los procedimientos lógicos de selección del personal docente (concursos de oposición y designación democrática de profesores), de su capacitación, evaluación y se designó al arbitrio de las autoridades interventoras; cuando se restablecieron los concursos de oposición fueron llamados con reglamentos modificados tendientes a favorecer a personas provenientes de instituciones extrauniversitarias; invariablemente se aplicó el filtro de las categorías ideológicas.

f) Desmantelamiento de los laboratorios de investigación y liquidación de la formación de jóvenes investigadores. Las pocas líneas de investigación que persistieron encontraron enormes dificultades económicas; no existe política de investigación; quedan cinco docentes con Dedicación Total y sus sueldos no permiten mantener adecuadamente a una familia promedio.

g) Empobrecimiento gravísimo de la Biblioteca de la Facultad. Casi no existen textos para préstamo a los estudiantes; se ha reducido el espacio de la Sala de Lectura y los horarios de su funcionamiento. En 1968 la Biblioteca recibía 1.500 revistas, en los últimos años menos de 500.

h) Suspensión del Internado, pilar fundamental de la formación médica de pre-egreso, al que mucho debe el elogiado nivel de la escuela médica nacional.

Este es el tristísimo panorama actual de la enseñanza médica y la Facultad de Medicina; de esta realidad se deberá partir. Lo que está en juego es la salud de la población y la formación de los médicos. No podemos, pues, si esos son los valores amenazados hacer ninguna concesión en la crítica y en la autocrítica.

V. LA RECONSTRUCCION DEMOCRATICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

La tarea que tenemos por delante en educación médica y en relación a la Universidad, y en la que deberemos participar los médicos, es muy difícil y compleja.

En primer lugar, por el estado del que partimos. Desde hace diez años ha permanecido anulado todo elemento de vida democrática en el ámbito universitario y está destruida, casi por completo, la capacidad científica y técnica de la Facultad de Medicina afectando por igual esta destrucción a las funciones docentes, de investigación y de asistencia.

En segundo lugar, porque ya en los años previos a la intervención se venía imponiendo la necesidad de cambios profundos en la enseñanza médica, en la estructura universitaria y en el aparato sanitario nacional. Sobre la segunda mitad de la década del sesenta se tenía clara conciencia de la necesidad de estos cambios y se elaboraron proyectos de transformaciones en esas tres líneas: el Nuevo Plan de Estudios de Medicina, el Plan Maggiolo para la universidad y los Documentos Programáticos de la VI Convención Médica Nacional que incluía el Servicio Nacional de Salud; de esos proyectos sólo llegó a ponerse en práctica, y muy brevemente, el Plan de Estudios de Medicina. La necesidad de esos cambios se ha hecho más imperiosa aún, pues han pasado diez años en que los factores que obligaban a esas transformaciones se han desarrollado muy rápidamente.

Las dos cuestiones señaladas indican el contenido que tendrá esta reconstrucción. Esta reconstrucción deberá restablecer y reparar lo que fue anulado y destruido —para asegurar un funcionamiento mínimamente aceptable de la facultad— y al mismo tiempo deberá reestructurar y transformar para responder a la necesidad de los cambios profundos que se han hecho más urgentes.

Tarea difícil y compleja, pues, que exigirá la mayor inteligencia, capacidad creativa y sensatez de los tres órdenes universitarios y que cubrirá un período de muchos años.

Esta tarea de reconstrucción es necesariamente una tarea democrática. Democrática en tres sentidos.

En un primer sentido, porque esta tarea de reconstrucción supone como condición del restablecimiento en nuestra sociedad de una vida democrática plena en el nivel político que abra paso a la democratización social y económica. Sólo así existirá un ambiente de libertad y justicia que permita la auténtica pacificación, que requiere esta tarea de reconstrucción.

En un segundo sentido porque esta tarea de reconstrucción exige el restablecimiento pleno de la democracia interna en la Universidad que asegure la participación de estudiantes, docentes y egresados en todos los aspectos de la actividad universitaria.

En un tercer sentido porque esta tarea de reconstrucción implica una abierta comunicación y coordinación con la población, con sus organizaciones sindicales, sociales, políticas, etc. Para la Facultad de Medicina esta comunicación y coordinación es especialmente importante en las cuestiones de salud-enfermedad.

El proyecto completo y detallado de la reconstrucción democrática de la Facultad de Medicina será producto de la actividad conjunta de los tres órdenes cuando sus derechos sean plenamente restablecidos. Sin embargo, en sus aspectos más generales esta reconstrucción se ha iniciado ya con la recuperación parcial de la actividad gremial en los tres órdenes y con sus actividades coordinadas, y seguirá desarrollándose. Es en este nivel general que destacaremos algunos lineamientos que consideramos básicos para que la Facultad cumpla con sus funciones y esté en posibilidades de promover los cambios que se hacen imprescindibles.

1º Vigencia plena de la Ley Orgánica de 1958 y libre actividad de las organizaciones sindicales de estudiantes, docentes y egresados.

La reparación de los gravísimos daños que afectan a la Facultad de Medicina y las transformaciones que se hacen imprescindibles sólo podrán ser realizadas por los estudiantes, los docentes y los médicos empeñados conjuntamente en estas tareas que les son específicas.

El prestigio y las realizaciones de la medicina nacional —su alto nivel científico y técnico, su sensibilidad por los problemas de la salud del pueblo, su disposición democrática y libertaria— fueron el producto de la acción conjunta de estudiantes, médicos, docentes e investigadores en los ámbitos universitarios y en sus organizaciones gremiales históricas. Se destacan, entre estas últimas, la Asociación de los Estudiantes de Medicina, que desde su fundación en 1915 desarrolló una actividad de vanguardia en cuestiones de educación médica y salud, y el Sindicato Médico del Uruguay, fundado en 1920 y que desde entonces realizó una fértil y eficaz acción en las cuestiones de asistencia a la población creando en 1935 el CASMU que junto al Hospital de Clínicas —obra de estudiantes, médicos y docentes de medicina— resultan las dos creaciones asistenciales más calificadas y relevantes de la historia de nuestro país.

La primera condición, pues, para la reconstrucción democrática de la Facultad de Medicina es lograr el le-

vantamiento de todas las proscipciones e intervenciones que padecen las instituciones que históricamente han demostrado capacidad indiscutible en estas cuestiones. Por otra parte, así lo entendió nuestro pueblo cuando, a través de los procedimientos democráticos, encomendó a estudiantes, docentes y egresados la administración de la enseñanza superior, en condiciones de autonomía y co-gobierno, bajo las normas establecidas en la Ley Orgánica de 1958.

El funcionamiento de la Universidad de la República bajo las normas establecidas en la Ley Orgánica exigirá algunas medidas previas que aseguren que las elecciones universitarias se realicen con restitución plena de todos los derechos a las organizaciones y personas de los tres órdenes y que se levanten y se resuelvan todas las arbitrariedades cometidas por la intervención.

Entendemos que este período previo o de transición hacia la democracia universitaria plena, deberá ser realizado por los estudiantes, los docentes y los egresados. La concertación de los sectores democráticos que se está procesando en nuestro país y el gobierno democrático que resulte de las elecciones de noviembre deberán confiar a los tres órdenes universitarios la administración de este período previo o de transición.

2º) Reconstitución del cuerpo docente en el mejor nivel pedagógico, científico y humanístico.

Uno de los objetivos principales de la reconstrucción democrática es restituir a la Facultad de Medicina el alto nivel científico y humanístico que le caracterizó y distinguió entre las de América Latina.

Reconstituir un cuerpo docente que se destaque a la vez por sus valores pedagógicos, científicos, técnicos, humanísticos y éticos resulta una tarea prioritaria.

Esta tarea supone, en primer lugar, disponer un conjunto de medidas dirigidas a revisar y resolver las arbitrariedades cometidas durante la intervención y a facilitar la reincorporación de los docentes e investigadores que fueron excluidos. Supone recrear un ambiente de libre discusión de ideas entre docentes y estudiantes, indispensable en la actividad pedagógica, científica y asistencial. Supone un salario que permita vivir decorosamente con un horario semanal que no exceda las cuarenta horas. Supone acrecentar el número de docentes y ampliar la dedicación horaria a la Facultad tendiendo a establecer la dedicación completa. Supone asegurar recursos materiales suficientes.

3º) Recuperación de la capacidad y la calidad asistencial del Hospital de Clínicas y servicios de la Facultad en el Ministerio de Salud Pública.

La formación médica está íntimamente ligada al sistema asistencial en el que se encuentra incluida. En estos años se ha producido una notoria regresión en las funciones asistenciales del Hospital de Clínicas y en los servicios del Ministerio de Salud Pública. Por esta regresión ha padecido tanto la población asistida como la enseñanza médica que en ellos se desarrolla.

Será una tarea urgente de la reconstrucción democrática restablecer a un nivel aceptable las funciones de asistencia a la población que realizan esos servicios, el Hospital de Clínicas volverá a ser un centro asistencial de referencia. El restablecimiento de la capacidad y calidad asistencial servirá de base a la recuperación de las funciones de formación médica.

Debe señalarse, sin embargo, que el aparato asistencial del país adolece de graves problemas de estructura pre-existentes a junio de 1973. Será necesario, pues, tener presente las profundas transformaciones que habrán sido estudiadas y propuestas por el gremio médico en la VI Convención Médica Nacional.

Sólo la realización de esos profundos cambios en el sistema de salud permitirá crear las condiciones para lograr la formación médica que aspiramos.

4º) Reconstitución de los Equipos de Investigación Científica

La formación, desarrollo y consolidación de equipos de investigación en ciencias médicas resulta una tarea ineludible si pretendemos realizar una enseñanza, que para ser formativa, debe incluir entre sus atributos, la capacidad de asimilar y recrear conocimientos. La investigación científica cumple, además, otra función nacional importantísima que trasciende a la formación de médicos y que apunta a crear condiciones para contrarrestar los efectos perniciosos de la dependencia cultural y tecnológica.

Las medidas más importantes para lograr este objetivo son la recuperación de muchas decenas de investigadores que fueron excluidos y desarrollan su actividad en el exterior o en el país y aportar recursos de infraestructura indispensables para realizar la actividad de investigación.

Debe tenerse en cuenta que la formación de un investigador maduro, capaz de conducir investigaciones científicas insume en promedio unos diez años de entrenamiento en un centro consolidado de investigación. Si no logramos rescatar un buen número de investigadores excluidos, que permitiría restituir en algunos años las funciones de investigación científica, el logro de este objetivo llevaría quince o veinte años.

Durante el proceso de reconstrucción de los equipos de investigación deberá atenderse a la necesidad de operar transformaciones que ya estaban proyectadas en 1967 en el plan de reestructuración universitaria del rector Maggliolo.

5º) Restablecimiento de una política educativa y de una metodología pedagógica en la formación de médicos

La intervención condujo al caos en la política educativa y a una marcada regresión en la metodología del aprendizaje.

Para restablecer una política educativa y una metodología pedagógica se deberá tomar como base los lineamientos educativos y metodológicos del Plan de Estudios de 1968.

Al tomar como base de trabajo ese plan debe tenerse en cuenta que su aplicación cubrió un período muy breve, que se puso en práctica en condiciones sociales, políticas y universitarias de profunda conmoción y que no hubo oportunidad de realizar su evaluación crítica. Y sobre todo que un Plan de Estudios universitario no es un cuerpo dogmático sino un proyecto científico abierto a las transformaciones.

Un elemento nuevo y destacable de aquel programa educativo —que habrá que rescatar— fue la creación de un órgano de ejecución y puesta en práctica del plan, de coordinación, de evaluación y control; que incluía programas de formación de docentes y de asistencia a los estudiantes con problemas en su proceso formativo. Esas actividades presentes por primera vez en la historia de la Facultad de Medicina y de la Universidad, comenzaron a desarrollarse con la creación del Departamento de Educación Médica; fueron eliminadas por

completo y de inmediato por la Intervención y habrá que restablecerlas.

6°) Educación continua del médico

El ritmo acelerado del desarrollo de los conocimientos y técnicas médicas, que se ha instalado a permanencia, proponen un problema inédito a la educación médica. En períodos de pocos años aparecen nuevos sectores de conocimientos y técnicas o se transforman por completo otros sectores. Es necesario ajustar la formación médica a ese ritmo de cambios.

El aprendizaje no puede culminar con el egreso o con el entrenamiento de post-grado. Deberán crearse programas que aseguren la educación continua del médico.

7°) Extensión de la enseñanza médica a todo el territorio de la República

La enseñanza médica y la educación continua del médico deberán alcanzar a todo el territorio nacional. Restablecida la vida democrática de la Universidad, la Facultad de Medicina dispondrá las medidas conducentes a concretar este objetivo.