



CASMU 90 AÑOS: 1935-2025

CASMU 90 YEARS: 1935-2025

CASMU 90 ANOS: 1935-2025

Antonio L. Turnes¹

RESUMEN

El Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU) fue fundado el 1° de julio de 1935, propuesta de un grupo de médicos y estudiantes jóvenes, liderados por Carlos María Fosalba, bajo la forma de una cooperativa de producción sanitaria a través de un seguro pre-pago. Ejerció por décadas el liderazgo entre las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC), en relaciones laborales, prestaciones, modernización de las construcciones hospitalarias, parto de elección, libre elección del médico por el paciente, recetario libre controlado, incorporación de los equipos de cirugía y especialidades así como en medicina interna, la introducción de la medicina preventiva en la salud privada; la jerarquización de la asesoría farmacológica y la adquisición racional de los productos, la racionalidad en la introducción de medicamentos y la dispensación por las farmacias institucionales, a quien la industria reconoció para introducir novedades en el mercado. Hasta 2009 integró una personería jurídica única con el Sindicato Médico del Uruguay. La sostenida declinación de su situación financiera, producto de la nefasta influencia del Estado desde 1968, condujo a una inevitable separación de la personería jurídica, condición que fue acordada con el Poder Ejecutivo para que pudiera acceder a un fideicomiso, que desde entonces permite su funcionamiento. Desde entonces se denomina CASMU-IAMPP.

PALABRAS CLAVE: medicina social, administración de salud; instituciones de asistencia colectiva; mutualismo, historia de la medicina.

ABSTRACT

The Medical Union of Uruguay's Assistance Center (CASMU) was founded on July 1, 1935, at the initiative of a group of young physicians and students, led by Carlos María Fosalba, as a healthcare production cooperative through prepaid insurance. For decades, it served as a leader among collective healthcare institutions (IAMC) in labor relations, benefits, modernization of hospital

¹ Médico. Fue Secretario Ejecutivo de la Confederación Médica Panamericana. Secretario del Coordinador Técnico del Ministerio de Salud Pública. ORCID: 0000-0001-9197-0376.
Contacto: alturnes@adinet.com.uy



buildings, elective birth, patient choice of physician, controlled prescriptions, incorporation of surgical and specialty teams, as well as internal medicine, and the introduction of preventive medicine in private healthcare; the prioritization of pharmacological counseling and rational product procurement; rational drug introduction and dispensing by institutional pharmacies, which the industry recognized for introducing innovations to the market. Until 2009, it held a single legal entity with the Medical Union of Uruguay. The sustained decline in its financial situation, a result of the State's harmful influence since 1968, led to its inevitable separation from legal status. This condition was agreed upon with the Executive Branch so that it could access a trust, which has allowed it to operate ever since. It has since been called CASMU-IAMPP.

KEYWORDS: social medicine, health administration; collective care institutions; mutualism, history of medicine.

RESUMO

A Central Assistencial do Sindicato Médico do Uruguai (CASMU) foi fundada em 1º de julho de 1935, por iniciativa de um grupo de jovens médicos e estudantes, liderados por Carlos María Fosalba, como uma cooperativa de produção de saúde por meio de seguro pré-pago. Durante décadas, atuou como líder entre as instituições coletivas de saúde (IAS) em relações trabalhistas, benefícios, modernização de prédios hospitalares, parto eletivo, escolha do médico pelo paciente, controle de receitas, incorporação de equipes cirúrgicas e de especialidades, além de clínica médica, e introdução da medicina preventiva na saúde privada; priorização do aconselhamento farmacológico e aquisição racional de produtos; introdução e dispensação racional de medicamentos por farmácias institucionais, reconhecidas pelo setor por introduzir inovações no mercado. Até 2009, manteve uma única entidade jurídica com a União Médica do Uruguai. O declínio sustentado de sua situação financeira, resultado da influência prejudicial do Estado desde 1968, levou à sua inevitável separação do status legal. Essa condição foi acordada com o Poder Executivo para que pudesse ter acesso a um fundo fiduciário, o que lhe permitiu operar desde então. Desde então, passou a se chamar CASMU-IAMPP.

PALAVRAS-CHAVE: medicina social, administração da saúde; instituições de assistência coletiva; mutualismo, história da medicina.



El origen

El Centro de Asistencia adscrito al Sindicato Médico del Uruguay fue una creación, de un médico joven, recién graduado, el Dr. Carlos María Fosalba (1906-1946)^{2,3} 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 transitaba, desde el 31 de marzo de 1933, 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 del recientemente creado Ministerio de Salud Pública (Decreto-Ley Nro. 9202, del 12 de enero de 1934), y reemplazado con colegas adeptos al régimen de facto. Esos 18 “carneros”, como se los denominó desde entonces, quedaron sepultados en el fondo de la historia, y apenas se los recuerda.⁴

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.



Figura 1. Carlos María Fosalba (1906-1946)

² Véase: http://www.smu.org.uy/cartelera/socio-cultural/centenariofosalba_alt.html

³ Véase: <http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/fosalba/>

⁴ Julio MAÑANA CATTANI, en su Historia del Sindicato Médico del Uruguay, p. 64, los identifica por sus nombres: Enrique Bozzolo, Julián René Barú, Vicente Blanco González, Gabriel Bernadá Durán, Oscar C. Kutter, Luis Martínez, Bula Shakespeare Marroche Parodi, Julio A. Moretti, Juan C. Mazza, Elías Milies, Pedro Perdomo, Juan C. Pietrafesa Lascano, Adhemar Salvarrey, Rodolfo Sanjurjo Varela, Amador Romano, Esteban Viera Isasa, Amelio Vázquez, Juan I. Núñez.



Para resolver una situación tan crítica, con instituciones que brindaban medicina de mala calidad y trataban mal a los médicos, se propuso iniciar por un servicio de urgencia, que funcionó en la sede sindical de la calle Andes, casi 18 de Julio, entre agosto de 1934 hasta junio de 1935.

El servicio de urgencia en 1934

El germen del Centro de Asistencia surge con el Servicio de Urgencia que se inicia en agosto de 1934, mientras se procesaba, a través del asesoramiento del abogado del SMU, Dr. Raúl E. Baethgen, la elaboración de lo que serían las Bases Fundamentales del CASMU (equivalente a un Estatuto, porque los Estatutos institucionales eran los del SMU). El 27 de junio de 1934 una asamblea autoriza al Comité Ejecutivo para invertir hasta la suma de \$ 1.000 (pesos uruguayos un mil) en la organización del Servicio Permanente de Urgencia, que funcionaría en el local del Sindicato y sería atendido por los socios.

El 15 de agosto de 1934 inicia sus actividades el Servicio de Urgencia, organizado y dirigido por los Dres. Julio R. Marcos, Washington Isola y Camilo Fabini. Recuerda el Dr. Jorge Calvetti al respecto:⁵

Hay que mencionar entre ellos al Dr. Ricardo Capeletti, al Prof. José P. Migliaro, Dres. José A. Castro, Camilo Fabini, Carlos H. Ledesma, Juan J. Costa, Hamlet Suárez y un conjunto de colegas que hicimos en los años 1934-1935 las guardias de un Servicio de Urgencia, todo un sacrificio de tiempo y energías con el fin de ir preparando el ambiente para cuando el Centro iniciara su propaganda y presentación.

Este servicio fue integrado posteriormente al CASMU.

Nace el Centro de Asistencia

El 1º de julio de 1935 se inició el Centro de Asistencia, funcionando las policlínicas y administración en el mismo local sindical, y contratando camas en el Hospital y Sanatorio Español de la Avenida Garibaldi.

Al año siguiente, aquellos 18 médicos desplazados por Blanco Acevedo, y sustituidos por carneros, fueron coronados por el éxito de sus méritos y competencia, consiguiendo muchos de ellos puestos como Médicos de Urgencia del CASMU, luego de atravesar un riguroso concurso de oposición. Cuatro de ellos culminaron como profesores de la Facultad de Medicina, alguno de trascendencia mundial.

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

⁵ ROJAS BELTRÁN, Ramón: Historia del gremialismo médico en el Uruguay. 1990, p. 57.



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.⁶



Figura 2. Primer concurso de médicos de urgencia (1936): puede reconocerse a: 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

⁶ 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.



Figura 3. Primer tribunal de concurso para médicos de urgencia, en plena admisión de pruebas: se identifican Pablo F. Carlevaro, Julio C. García Otero, Carlos V. Stajano, Elías Regules Molins.

Después de Fosalba

Fosalba falleció en marzo de 1946, a los 39 años, siendo ya Profesor Agregado de Medicina. 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.⁷ Hubo veces, que por cumplir una

⁷ Véase entrevista con Emma Camarano 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.



meta, los médicos dejaron de cobrar, o renunciaron a sus remuneraciones, en función de su trabajo efectivamente realizado, para aportar al bien común.



Figura 4. Hall de espera del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay.

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.

Ramón Rojas Beltrán, un médico chileno que vivió exiliado 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 mítines 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.⁸

La esencia de aquel ambicioso y visionario proyecto está en el discurso de Carlos María Fosalba pronunciado el 1º de julio de 1936, al conmemorar el primer aniversario de la fundación del Centro de Asistencia:

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 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

⁸ Véase: <http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/gremica/histgrem.pdf> pp. 123-124.



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 dónde llegaremos? No llegaremos nunca, porque llegar es detenerse y detenerse es morir. Nosotros estaremos siempre en movimiento, porque siempre tendremos un ideal aún no alcanzado, un hecho por crear, nuevas ideas para transformar en realidades.⁹

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.

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.

⁹ De este discurso se extrajo la frase que en letras de bronce presidió los grandes espacios de reunión gremial del Sindicato Médico del Uruguay en su primera sede, de Colonia 1938, 2do. Piso, y en Bulevar Artigas 1565, la que sintéticamente se compactó así:

*Somos pensamiento y acción, idealismo y realidad,
moral y economía, ciencia y profesión.
¿Hasta dónde llegaremos?*

No llegaremos nunca, porque llegar es detenerse. Estaremos siempre en movimiento, porque siempre habrá ideales no alcanzados, hechos a crear, ideas a transformar en realidades.



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 ésta 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!

La acción de Fosalba y sus compañeros de los más distintos orígenes, permitió 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 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 1.^a 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 patrones 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 requieran.¹⁰



Figura 5. Primera Junta Directiva del CASMU (1935): pueden identificarse a: Elías Regules Molins, Pablo F. Carlevaro, Julio César Estrella, Hamlet Suárez, Carlos María Fosalba, Oscar V. Raggio, Alfredo Mazzuco, Jorge Calvetti y Brl Carlos Lago. Se encuentra también el abogado Dr. Raúl E. Baethgen.

El primitivo símbolo del Centro de Asistencia

En su origen, diseñado por los Dres. Vicente Guaglianone, que había sido dibujante de la Intendencia Municipal de Montevideo y del diario “El Día”, y Oscar V. Raggio, el símbolo que representó al Centro de Asistencia fue una antorcha, con una llama que representaba la luz y la solidaridad, sobre un fondo de cielo azul, visto desde la Tierra, con la presencia de la Cruz del Sur.

La sigla CASMU fue adoptada, a propuesta de uno de los primeros administradores, para simplificar un enunciado muy largo: Centro de Asistencia adscripto al Sindicato Médico del Uruguay. Y hasta hoy es empleado por los médicos, las autoridades y el público.

¹⁰ 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.



Figura 6. El primitivo símbolo del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay.



Figura 7. Vicente Guaglianone Borrelli (1905-1992).



Figura 8. Oscar Virgilio Raggio Rodino.



Los primeros cuerpos técnicos y servicios

Técnicos de Urgencia

Médicos Titulares

- D^r. Bermúdez, Oscar
- D^r. Fosoli, Juan P.
- D^r. Hazan, Jacobo
- D^r. Isasi, Eugenio J.
- D^r. Lockhart, Jorge
- D^r. Marin Pitaluga, R.
- D^r. Musso, Romeo
- D^r. Pérez Scramini, Alberto
- D^r. Rodríguez, José Javier
- D^r. Suárez, Hamlet
- D^r. Suárez Moleuendez, José
- D^r. Torrado, Armando

Médicos Suplentes

- D^r. Asiain Marquez, Carlos
- D^r. Pérez Fontana, M.
- D^r. Prat, Eugenio
- D^r. Quintanis García, Alfredo

Practicantes Titulares

- B^s. Lugaro, Lodo
- B^s. Vergara, Rafael
- B^s. Willemur Eriay, Luis
- B^s. Zunino, José M.

Practicantes Suplentes

- B^s. Berhouet, Luis A.
- B^s. Fernández Correa, Oscar
- B^s. Jater Labibe, D.
- B^s. Lacroix, René
- B^s. Martoy, José
- B^s. Murguía, Elida
- B^s. Recine, Luis

Estos cargos han sido provistos por concurso de oposición

Figura 9. Técnicos de urgencia.

Radiólogos

(14 Consultorios)

- D^r. Barcia Pedro A., Soriano 1171
- D^r. Bazano H. C., Maldonado 1229 (q. preferencia Niños)
- D^r. Soto, J. A., Maldonado 1229 (q. preferencia Niños)
- D^r. Pieroni, L. A., Maldonado 1229 (q. preferencia Niños)
- D^r. Frangella, Alfonso, Maldonado 1009
- D^r. García Capurro, Federico, Avda. Italia 2587
- D^r. Dazquez Piera, L. A., Avda. Italia 2587
- D^r. Leborgne, Félix G., Ibicuy 1210
- D^r. Morélli, Alberto C., Canelones 982
- D^r. Costa, Juan J., Canelones 982
- D^r. Rossemblat, Octavio, Soriano 1020
- D^r. Torrens, Enrique, Canelones 1009
- D^r. Vidal, Hamlet, Andes 1538
- D^r. Zerboni, Eugenio R., J. Herrera y Obes 1392

El más extenso e importante servicio radiológico que se puede ofrecer a elección de los abonados

Figura 10. Radiólogos.



*Amorin - Ripoll, Lezica y Garzón (Colón)
Castro y Gherardi, Soriano 1018
Emeric y Ferrari, 18 de Julio 2302
Ehrlich (Dr. N. Gotta, Br. F. Firpo, A. Labrocca y J. Medoc) Y/1 1369
Massone José, Brandzen 2291
Lorenzo, José Arturo, 8 de Octubre 3921
Mac Kinnou, Juan E., (Parasitología y Micología) Canelones 1118
Martínez Prado, Gilberto, Rio Branco 1431
Morelli, García, Capurro y Brum, Vázquez 1362
Nieto, Carlos A., Agraciada 2804
Paseyro, Pedro, Soriano 1435
Pasteur (Saizar, Gandolfo, Cataldo), 18 de Julio 1572*

Anatomía Patológica

*Dr. Castro Casal, Enrique, San Martín 2420
Dr. Ferreira Berrutti, Pedro, Yacó 1444*

*Al servicio de nuestros abonados
a elección de los mismos*

Figura 11. Laboratorios de Análisis.

Servicio Odontológico

<i>Dr. Amorin, Hugo C.</i>	<i>Dr. Pietropinto, Eduardo</i>
<i>Dr. Berterechè, L.</i>	<i>Dr. Piriz García, Anibal</i>
<i>Dr. Colombo, Isidoro</i>	<i>Dra. Predella, Julieta</i>
<i>Dra. Escuder, Yolanda</i>	<i>Dra. Riestra, María D. R.</i>
<i>Dr. González, Norberto</i>	<i>Dr. Rivas, Mario E.</i>
<i>Dra. González Pucci, Yolanda</i>	<i>Dr. Solari, Juan L.</i>
<i>Dra. Laers, María Sarah</i>	<i>Dr. Soriano, Osvaldo Raúl</i>
<i>Dr. Lyonnet, Alberto A.</i>	<i>Dr. Souza, M.</i>
<i>Dra. Martínez García, M. E.</i>	<i>Dr. Suiffet, Julio A.</i>
<i>Dr. Montoro, Raúl J.</i>	<i>Dr. Tajés, Luis</i>
<i>Dr. Morales, Alonso José</i>	<i>Dr. Suiffet, Raúl A.</i>
<i>Dr. Mosera, Alfonso M.</i>	<i>Dr. Tusso, Enrique P.</i>
<i>Dra. Noble, Lota</i>	<i>Dr. Vasconcellos, Arturo</i>
<i>Dr. Nocetti, Alberto</i>	<i>Dra. Volpi, Emilia</i>
<i>Dr. Pamparato, Aurelio</i>	<i>Dr. Zerbini, Sala, José</i>



A elección de los abonados

Figura 12. Servicio odontológico.



Figura 13. Servicio de urgencia.

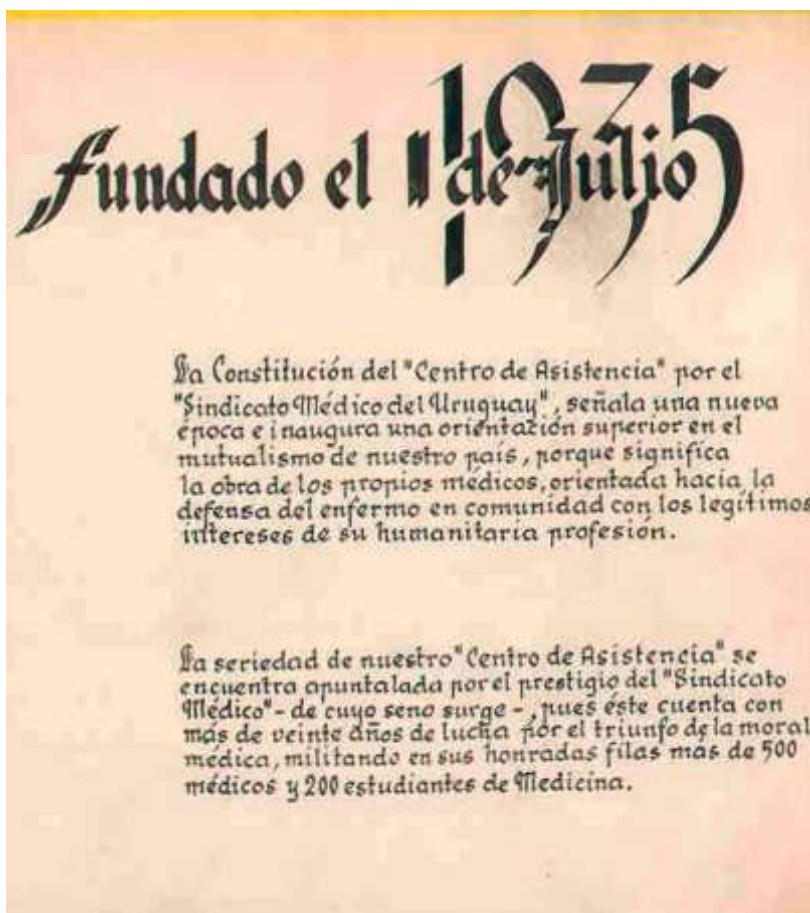


Figura 14. Folleto alusivo a la constitución del Centro de Asistencia por el Sindicato Médico del Uruguay.



Figura 15. Folleto alusivo a la constitución del Centro de Asistencia por el Sindicato Médico del Uruguay.



Figura 16. El primer coche de urgencia con el Sr. González al frente.

Desde el origen la sede del CASMU y de sus policlínicas fue la misma del Sindicato Médico del Uruguay. La primera fue en la calle Andes 1380; luego en la Avenida Uruguay, más tarde en la calle Cuareim, hasta que en 1951 se colocó la piedra fundamental del Palacio Sindical, que sería inaugurado en noviembre de 1957, en un predio de dos solares adquiridos uno por el SMU y otro por el CASMU para erigir su primer edificio propio, que reuniera el sanatorio institucional con la sede gremial en espacios diferenciados. Las internaciones quirúrgicas se realizaban – hasta lograr el sanatorio propio – en el Hospital y Sanatorio Español.

Los médicos y practicantes de zona

Fue una novedad absoluta desde el inicio que en cada barrio, y cada pocas cuadras, hubiera un médico de zona, así como practicante de zona. Era a la vez la primera ocasión que tenían unos y otros de acceder a un ejercicio de sus profesiones automáticamente no bien se inscribían o se graduaban, con mínimos requisitos formales (antigüedad de un año como socio del SMU, o igual de AEM). También era el primer peldaño cuando se trataba de acceder a otros cargos centralizados o de especialistas en la institución. De esta forma se iniciaron en la medicina cientos de médicos que hicieron destacadas carreras en la Facultad de Medicina o en el Ministerio de Salud Pública y sus servicios asistenciales.



Así se pobló Montevideo de médicos y practicantes de zona, que eran los conocidos de las familias abonadas y con quien se establecía una sólida y cálida vinculación, que fue creciendo a través de las décadas.

En las siguientes imágenes se reproduce la promoción de los primeros años de esa característica institucional.

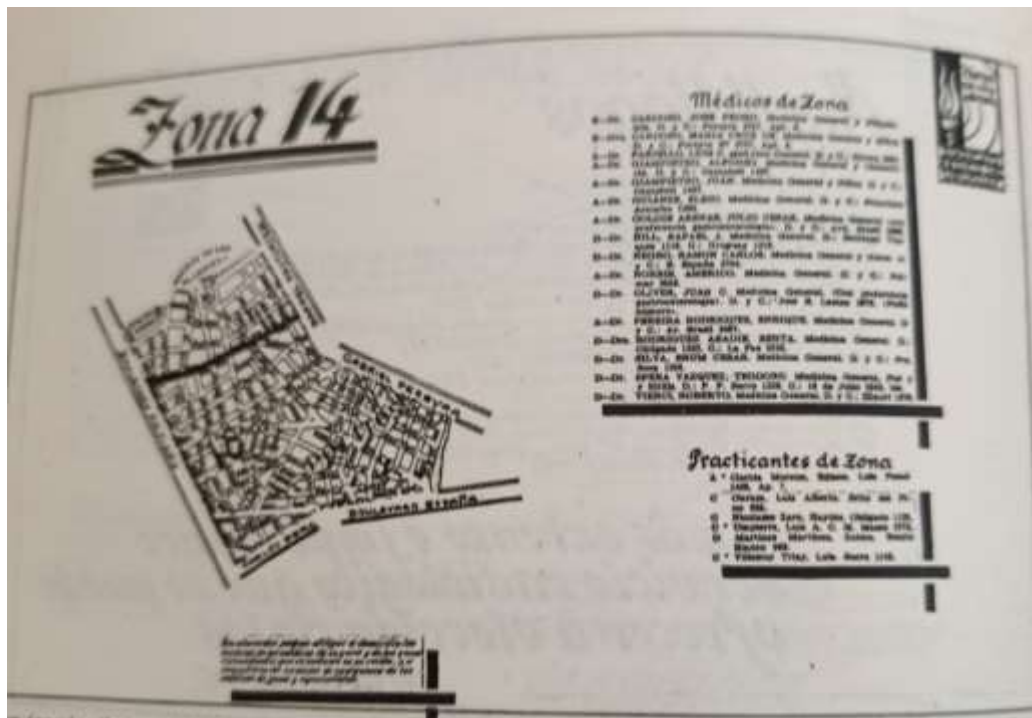
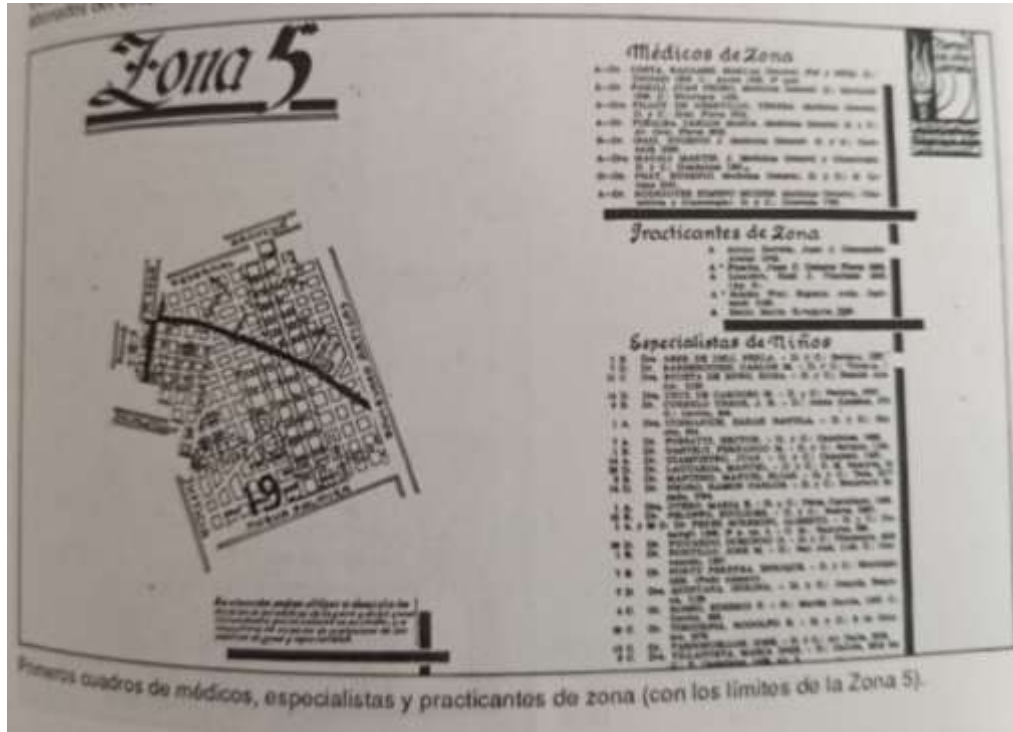


Figura 17. Primeros cuadros de médicos, especialista y practicantes de zona.



Crecimiento y desarrollo

En medio de un clima de entusiasmo el desarrollo del Centro de Asistencia fue constante y sostenido. El CASMU brindó por vez primera atención de salud para los dependientes de empresas y grupos de empresas, para los trabajadores y sus familiares. Más tarde, desde 1958, comenzaron a promulgarse leyes de seguro de enfermedad parcial para determinados colectivos: la construcción, la madera, la industria química, el transporte. Esto multiplicó rápidamente el padrón de abonados, pasando en pocos años a 280.000. Para el año 1975 contaba con cerca de 300.000 abonados. Se denominaban abonados al servicio, no afiliados. Era lo que le distinguía de las demás instituciones mutuales. Esto fue el germen del desarrollo de la atención de salud colectiva para niveles más y más amplios de población de sectores socioeconómicos medios y bajos. Durante muchos años existió una “Comisión de pudientes” para eliminar del registro a los pacientes que podían solventarse la atención particular. Como forma de preservar la clientela particular de los médicos. Pero al mismo tiempo, tuvo la característica de tener en su plantel de técnicos a los profesionales más destacados, sirviendo de ejemplo para que años más tarde las demás instituciones de asistencia colectiva (mutualistas) incorporaran a profesionales de prestigio, que hasta entonces no habían contemplado en sus planteles.

Todo esto se daba en el marco de un relacionamiento de amistad y apoyo mutuo, que se fue cimentando en reuniones que conmemoraban eventos, como el aniversario de la fundación, cada 1º de julio, donde había encuentros de confraternidad.



Figura 18. En la imagen (homenaje al Dr. Eugenio Fulquet, presidente del SMU) aparecen de pie, de izq a der: Dres. Oscar V. Raggio, Eugenio Isasi, NN, Felipe Gaione, Manuel Ambrosoni, Frank A. Hughes, Carlos M. Fosalba, Juan C. Schauricht; sentados: NN, Julio C. Estrella, Raúl E. Baethgen, Eugenio Fulquet, Elías Regules Molins, Ricardo B. Yannicelli, J. Alberto Castro (circa 1945). (Foto cedida por Jorge Castro Benítez).



Figura 19. En la foto (homenaje al Dr. José A. Gallinal, presidente del SMU), aparecen de izq a der: de pie, Luis Villemur Triay, NN, NN, NN, J. Alberto Castro, José Bernardino Gomensoro, NN, NN, NN, NN; sentados: Eduardo C. Palma, Carlos Ma. Fosalba, Frank A. Hughes, José A. Gallinal, Ricardo B. Yannicelli, NN., NN. (circa 1945). (Foto cedida por Jorge Castro Benítez).

Los administradores

El Centro de Asistencia tuvo una sucesión de Administradores. El primero Juan Edmundo Miller, íntimo amigo de Fosalba, que participó en los años iniciales.



Figura 20. Juan Edmundo Miller (1900-1988).



Le sucedió don Roberto Cotelo, 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 Carlos Ma. Fosalba.



Figura 21. Roberto Cotelos Suetto (1897-1970).

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 Virgilio Raggio Rodino, 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. (...) 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.



Figura 22. Alberto Rosendo Grille González (1915-1982).

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 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.¹¹

A Grille lo acompañaron grandes administradores de salud, al principio autodidactas, luego formalizados con cursos en el país y el exterior: los Dres. Joaquín Purcallas Serra, Efraín Margolis, Moisés Cohen Junio, Roberto Mariño, Jaime Sznajder, Miguel I. Dicancro, Armando Harutunian, Hugo Damasco, Julio Yakubov, entre otros.

¹¹ 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.



Figura 23. Colocación de la piedra fundamental del sanatorio Nro. 1 en 1951. Asisten autoridades del CASMU y del SMU, entre ellos los Dres. José F. Arias, Julio C. García Otero, Mario Cassinoni, Hermógenes Álvarez, Ricardo B. Yannicelli, Gregorio D'Albora.



Figura 24. Colocación de la piedra fundamental del Sanatorio Nro. 1, el 1º de julio de 1951: Puede reconocerse a los Dres. Hamlet Suárez, J. Alberto Castro, Carlos Viana Aranguren (ministro de Salud Pública), Ricardo B. Yannicelli, Alberto R. Grille y el joven Omar Rodríguez, secretario de la Junta Directiva del CASMU.



Figura 25. El avance de obra.

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 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 mutuales¹²



Figura 26. El Sanatorio Nro. 2 “Dr. Constancio E. Castells”, en Avda. 8 de Octubre y Agustín Abreu, mostrando la construcción primitiva y el primer agregado de una tercera planta.

¹² 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.



La comisión del palacio sindical

Para supervisar la construcción del Palacio Sindical se constituyó una comisión, parcialmente representada en la imagen siguiente:



Figura 27. De izq a der: Dres. Hugo C. Liguori, Blanco, Eugenio Isasi, Hamlet Suárez y Joaquín Purcallas. Integraron también la Comisión los Dres. Manuel Ambrosioni y Felipe Schelotto.

Sus primeros sanatorios

Hasta 1957 el CASMU atendió sus policlínicas en el mismo local del Sindicato Médico, en propiedades alquiladas en diversos puntos céntricos: Andes 1380, entre 18 de Julio y Colonia, Avda. Uruguay, calle Cuareim. Hasta que luego de un proceso de adquisición de dos terrenos en Colonia y Arenal Grande, uno adquirido por el SMU y otro por el CASMU, se inició la construcción del “Palacio Sindical”, o sanatorio Nro. 1, que llevaría el nombre del fundador Carlos Ma. Fosalba.

En 1958 el aumento de su masa de abonados, determinó que se adquiriera el Sanatorio Nro. 2, en Avda. 8 de Octubre y Agustín Abreu, el que sería sometido a múltiples ampliaciones para acompañar el crecimiento.

En 1960 se adquiere el sanatorio Nro. 3, en la Avda. Garibaldi y Juan Ramón Gómez, que había sido el centro de atención ginecológico y obstétrico del Prof. Dr. Manuel Rodríguez López. Fue para dedicarlo a esas mismas disciplinas. En 1974 se incorporó el sanatorio Nro. 4, en Avda. Luis Alberto de Herrera y Armonía (actual Prof. Dr. Pablo Purriel). Éste



se destinó a la atención en medicina interna e intensiva. Era un sanatorio que había sido el hospital psiquiátrico del Dr. Carlos H. Tobler.

Las afiliaciones colectivas, los seguros parciales de salud y el mayor crecimiento

A partir de 1958 comenzaron a aparecer: primero las afiliaciones colectivas y luego los Seguros Parciales de Enfermedad, 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 de Salud para diversos contingentes de trabajadores (los empleados y obreros de Ferrosphalt, de Conaprole, de diversas empresas; las leyes que ampararon a los trabajadores de la construcción, la industria textil, la aguja, la estiba, la madera, la industria química, etc.).

Debe señalarse el crecimiento paulatino que había tenido el CASMU, desde su inicio en julio de 1935: al mes tenía 5.000 abonados, al año 15.000; a los 10 años, 30.000. A los 20, 60.000. Pero el desarrollo del concepto de “afiliaciones colectivas” le dio un crecimiento explosivo. En pocos años, para 1964, ya superaba los 280.000 abonados (que no se decía afiliados, sino abonados al servicio). El crecimiento exponencial de su masa social, y necesidad de ensanchar sus plantas físicas fue un desafío para la organización. 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 (toda la medicina interna, exceptuando las intoxicaciones agudas) fueran tratadas mediante la hospitalización, con lo cual, el recurso cama hospitalaria, fue más utilizado.

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 Alparatas, Conaprole, Cristalerías del Uruguay, Ferrosphalt, 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. El concepto de “afiliación colectiva” fue un embrión del Sistema Nacional Integrado de Salud y del FONASA.



Figura 28. Dr. Alberto Grille

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 (CNT).

En ese marco se realizaron en 1963 en la Colonia de Vacaciones del SMU, en Balneario Solís, las primeras Jornadas Médico Gremiales que reunieron a autoridades del CASMU y de los trabajadores organizados sindicalmente, en torno a los problemas de la salud colectiva. En esta imagen se recuerda esa instancia.



Figura 29. En las Jornadas Médico Gremiales de 1963, se pueden identificar entre otros a los Dres. Moisés Cohen Junio, Walter Venturino, Efraín Margolis y Julio Mañana Cattani (presidente del CASMU) y los dirigentes sindicales José “Pepe” D’Elía y Antonio Tamayo, con otros participantes.



Figura 30. El primer practicante del CASMU, Dr. Rafael Vergara, recibe el saludo del Dr. Juan J. Crottogini (uno de los primeros médicos ganadores del concurso en 1936). El Dr. Walter Fernández Oria, presidente del SMU, aplaude.



Figura 31. Aquiles R. Lanza, secretario de la Junta Directiva del CASMU, y más tarde su presidente, entrega distinción a Víctor Armand-Ugón, jefe de cirugía, por su trayectoria.



Figura 32. En la inauguración del Palacio Sindical: de izq a der: Dres. Abel Chifflet, Conrado Pelfort, Julio C. García Otero (decano de la Facultad de Medicina), Carlos V. Stajano, Héctor Homero Muiños y Raúl E. Baethgen. Detrás, de perfil, Dr. Ricardo B. Yannicelli.



La incorporación de las afiliaciones colectivas fue algo que cambió sustancialmente la atención de salud de numerosos grupos de empleados, obreros y sus familias a una prestación de calidad, por profesionales calificados.

El desarrollo del CASMU y su liderazgo indiscutido entre las décadas del 1950 y 1960, tuvo honda repercusión. Entre las instituciones mutuales, que se habían caracterizado por sus cuerpos técnicos integrados por médicos poco calificados, pusieron el acento, entonces, en incorporar a los que eran como docentes destacados de la Facultad de Medicina. También estimuló, por la acción de la sana competencia, a mejorar sus instalaciones hospitalarias y equipamiento. Entre los médicos del interior del país, fue un modelo que no tardaría en reproducirse a escala nacional. Las cooperativas médicas fueron, desde entonces, entidades de importancia creciente: primero para atender a los seguros parciales, los pacientes de Asignaciones Familiares y del Banco de Seguros del Estado. Gracias al ejemplo y apoyo del CASMU, que fue un verdadero catalizador de cambios, la atención de salud en el interior no dejaría lugar al mutualismo montevideano, que desde comienzos del siglo XX había pretendido colonizar las capitales departamentales.

Sin embargo, desde 1992 el CASMU inició un desarrollo de sedes secundarias en algunos departamentos, con suerte diversa: en Salto adquirió un sanatorio y luego de algunos años se retiró de esa plaza, en un acuerdo con el Centro Médico de Salto. En Maldonado y Canelones continua presente, como otras instituciones capitalinas; no obstante la población de esos lugares es masivamente afiliada a las instituciones locales o regionales.

La congelación de precios y su incidencia futura

En el año 1968 el gobierno presidido por Jorge Pacheco Areco, con una inflación que superaría 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 parámetros. Curiosamente esta congelación jamás alcanzó al 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, por Resolución del Poder Ejecutivo de Juan María Bordaberry, del 9 de enero de 1975¹³ ascendía aproximadamente

¹³ Resolución del Poder Ejecutivo del 9 de enero de 1975. El Presidente de la República con los Ministros de Trabajo y Seguridad Social, Economía y Finanzas y Salud Pública suscribieron la que en su artículo 1º decía: “Dispónese la realización de una investigación Administrativa-Contable en el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU) por parte de la Inspección General de Hacienda. Art. 2º.



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 pudo ser eliminarlo.

Denominación de los sanatorios

Mientras que el Sanatorio 1 llevó desde su inauguración el nombre de Palacio Sindical “Dr. Carlos María Fosalba”, los Sanatorios Nos. 2 y 3 no tenían nombre. Entre los homenajes realizados durante agosto de 1970, en ocasión del 50º aniversario del Sindicato Médico, se dio nombre al Sanatorio Nro. 2 como “Dr. Constancio E. Castells”, para recordar a un destacado médico neurólogo, docente de la Facultad de Medicina, y presidente del SMU y CASMU. Al Sanatorio Nro. 3 se dio nombre del “Dr. Pablo Florencio Carlevaro”, destacado ginecólogo y obstetra, que estuvo entre los fundadores del SMU, y fue directivo del CASMU y presidente en dos oportunidades del SMU.



Figura 33. Entrada del Sanatorio 1: Palacio Sindical “Dr. Carlos María Fosalba”.

Comuníquese, etc.” Firmado: BORDABERRY, ETCHEVERRY STIRLING, VEGH VILLEGAS, ALONSO.



Figura 34. Denominación del Sanatorio Nro. 2 como “Dr. Constancio E. Castells”.

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 entonces joven 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 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.¹⁴

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 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, Samuel Villalba 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 transformación de la medicina y un nuevo sanatorio

Conforme fueron avanzando los años, también se transformó la modalidad de atención de los pacientes hospitalizados. Hasta comienzos de los años 70, sólo se internaban los pacientes quirúrgicos, en tanto que los de medicina interna se atendían en sus domicilios. Desde que en 1971 se inauguró el primer centro de tratamiento intensivo polivalente en el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, se hizo evidente que era necesario incorporar esta herramienta a las prestaciones asistenciales. Hasta entonces, los pacientes que lo requerían eran derivados a hospitales privados que ya contaban con ese servicio,

¹⁴ 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.



como el Sanatorio Italiano. Con esa finalidad, para atender pacientes críticos y de medicina interna, se adquirió el sanatorio que había sido psiquiátrico, del Dr. Carlos Tobler, en la Avda. Luis Alberto de Herrera y Armonía (actualmente Prof. Dr. Pablo Purriel) y se reformó para asistir pacientes críticos y de medicina interna. Fue entonces el Sanatorio Nro. 4 y llevó el nombre del Prof. Dr. Julio C. García Otero, admirado maestro de numerosas generaciones, ex decano por dos períodos de la Facultad de Medicina, y ex presidente del Sindicato Médico.

La intervención (1975-1985)

El 1º de 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, tuvo sucesivamente el gobierno institucional 4 intervenciones, individuales o colectivas. Las irregularidades groseras de la 4.ª Intervención, ejercida por el Dr. (Tte. Cnel.) Mario Genta Dentone, quien resultó destituido y sus actuaciones fueron objeto de una investigación realizada por el abogado Rodolfo Traversaro,¹⁵ contratado especialmente al efecto. Éste comprobó, a través de un rastreo de antecedentes documentados e interrogatorio de testigos, las irregularidades de gestión: con la industria farmacéutica; un inmueble de 10.000 m². que el CASMU tenía para la construcción de un quinto sanatorio en El Prado, vendido por valor 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 aquí. En 2005 el autor de este artículo hizo un aporte de revisión de la Intervención, al cumplirse los 20 años de la Desintervención, que puede consultarse en internet.¹⁶

La quinta intervención (1978-1985)

Las irregularidades presuntas, y luego comprobadas, determinaron con rapidez quirúrgica y mentalidad militar, la sustitución por una 5.ª 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 Dr. Rodolfo Mauricio Traversaro Pérez¹⁷, la que dejó al descubierto las graves irregularidades cometidas por el interventor anterior (el médico militar Dr. Mario Genta Dentone), con importante daño al patrimonio institucional.

¹⁵ Véase: <http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/laintervencion.pdf>

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

¹⁷ TRAVERSARO PÉREZ, Rodolfo Mauricio, abogado, nacido en 1933, que entre otros cargos se desempeñó en la Inspección General del Ministerio Público y Fiscal. Ref.: Quién es Quién, 1979-1980, p. 340.



La acción de la 5a. Intervención se extendió desde el 27 de febrero de 1978 hasta el 28 de enero de 1985, en que ella cesó. 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 culminó su carrera asistencial como Jefa del Departamento de Oftalmología. Si bien en orden cronológico era la 5.ª 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.

La 5.ª Intervención realizó una serie de procesos, que en esencia, aplicaban las recomendaciones de AUDITEC antes mencionado, 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 tendencia de pérdida de patrimonio verificada en las intervenciones anteriores (1.ª a 4ª.).

En un informe de gestión, que citaremos varias veces,¹⁸ 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 permitieran 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, 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 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

¹⁸ RESUMEN DE GESTIÓN – REALIZACIONES EN CASMU, pp. 22-23.



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.¹⁹

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.²⁰

Tal vez no fue realizada una revisión adecuada de la actuación de esta 5.^a Intervención, la más prolija de todas, que implementó muchos cambios impensables en épocas de convivencia democrática. Entre otras cosas, porque sólo 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.²¹ 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.²²

Se concentró en el área que rodeaba al Sanatorio Nro. 2, en Avda. 8 de Octubre y Agustín Abreu, el proyecto de un gran policlínico, con amplitud de servicios, en una obra que se culminaría recién en 1990-92, y que sería el más importante de todo el sector mutual para la época. El diseño del programa funcional del Policlínico – algo fundamental para realizar el proyecto arquitectónico – fue realizado de forma brillante por el Dr. (Cnel.) Héctor Morse, destacado médico traumatólogo y administrador de salud. El diseño

¹⁹ RESUMEN DE GESTIÓN – REALIZACIONES EN CASMU, pp. 24.

²⁰ RESUMEN DE GESTIÓN – REALIZACIONES EN CASMU, pp. 10.

²¹ RESUMEN DE GESTIÓN – REALIZACIONES EN CASMU – Informe del Interventor, entregado a las autoridades naturales del SMU, el 28 de enero de 1985, página 52.

²² RESUMEN DE GESTIÓN – REALIZACIONES EN CASMU – Informe del Interventor, entregado a las autoridades naturales del SMU, el 28 de enero de 1985, página 2.



arquitectónico y la dirección de obra estuvo a cargo de los arquitectos Carlos Careri, Aldo Acerenza y Nery González.

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 m². 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.”²³. 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. (Cnel.) Héctor Morse que llevaría adelante la planificación y ejecución de ese proyecto, después de un prolijo relevamiento de las necesidades de los diversos servicios.²⁴ Produjo también la 5.ª Intervención la 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; así concretó 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.²⁵ No tuvo la misma suerte el Dr. Pollero con sus colegas los radiólogos – que siempre habían tenido presencia en la Junta Directiva del CASMU – por cuanto pese a haber previsto él 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 del citado grupo, manteniendo el esquema de los consultorios radiológicos particulares que vendían servicios al Centro de Asistencia.

Fue adquirido un amplio predio (20.000 m²) en Avda. Italia, Mariscal y Samuel Blixen (donde hoy existe un nuevo Shopping) para construir un hospital de 500 camas, que concentrara en un mismo lugar todos los sanatorios dispersos en diversos puntos de Montevideo, y suprimir el alquiler de camas en sanatorio privados que se continuó practicando durante muchos años hasta ingresar al siglo XXI.

²³ RESUMEN DE GESTIÓN – REALIZACIONES EN CASMU, pp. 53.

²⁴ RESUMEN DE GESTIÓN – REALIZACIONES EN CASMU, pp. 50.

²⁵ RESUMEN DE GESTIÓN – REALIZACIONES EN CASMU; 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:



Entre los efectos negativos de la Intervención para el CASMU, debe resaltarse que – además de las destituciones de profesionales por razones políticas – suprimió las policlínicas zonales que distribuidas por los barrios más populosos de Montevideo, los que concentraban mayor cantidad de abonados cercanos a los emprendimientos fabriles e industriales, con lo que los usuarios debieron concurrir a las policlínicas centralizadas. Esto debió recomponerse con mucha dificultad en los primeros diez años de vuelta a la democracia, donde tuvieron nuevo impulso las UPECAS (Unidad Periférica CASMU) que brindaban servicios de atención primaria, enfermería, dispensación de fármacos y algunas consultas especializadas, así como la expansión de las policlínicas zonales.

Alquiler de camas en sanatorios privados

Puesto que el número de camas sanatoriales propias, para una población asistida en permanente expansión, resultó con el tiempo insuficiente, y habida cuenta de la restricción de recursos para invertir en nuevas construcciones, el CASMU debió durante muchos años arrendar camas en diversos sanatorios privados. Así lo hizo con los Sanatorios Español, Italiano y Larghero, antes, durante y después de la Intervención.

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 de la institución para ver cómo podrían continuar llamándolo CASMU, aunque significara otra cosa, y no una dependencia del Sindicato Médico.

Cuando terminó la 5.^a 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, cardinales²⁶ o teologales²⁷, sino uno de los pecados capitales.²⁸

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; definió 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 1.^a Intervención, y reponiendo en sus cargos a los funcionarios destituidos, presos o exiliados.

²⁶ Las virtudes cardinales son: *La Prudencia, La Justicia, La Templanza y La Fortaleza*. http://es.wikipedia.org/wiki/Virtudes_cardinales

²⁷ Las virtudes teologales son: *La Fe, La Esperanza y La Caridad*. http://es.wikipedia.org/wiki/Virtudes_teologales

²⁸ 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



Figura 35. Noticias SMU. Segunda época – Nro. 1 – Marzo 1985.



Cuando la Junta Directiva del CASMU, presidida por el Dr. Hugo C. Sacchi Pedetti (1913-1993)²⁹, 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 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 *dietas* denominadas *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,

²⁹ Véase: <http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/sacchi.pdf>



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 como Secretaria General de la Intendencia Municipal de Montevideo, acompañando al Intendente Arq. Mariano Arana. Luego de varios interinatos se designó a la Dra. Beatriz Silva, que actuó por corto período, menor a un año, y luego fue 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.



Figura 36. El primer funcionario del CASMU, Sr. Gumersindo Pérez.



Figura 37. Junta Directiva de CASMU 1959-1960: de izq a der, sentados: Br. José Artigas Lucas, Dres. Hugo C. Sacchi, Julio Duvós, Alberto R. Grille (Administrador General), Gregorio D'Albora (presidente), José Pedro Saralegui Buela, Víctor Scolpini Dotti, Carlos S. Bocoleri. De pie, izq a der: Pablo Fasulo (gerente), Dr. Laureano Correa Baz y Omar Rodríguez (secretario).



Figura 38. En un banquete de celebración, aparecen en la cabecera de la mesa, de izq a der: Dres. José F. Arias, Elías Regules Molins, Julio C. García Otero, Enrique Llovet, Julio C. Estrella, Víctor Armand Ugón, Guillermo Tobler.

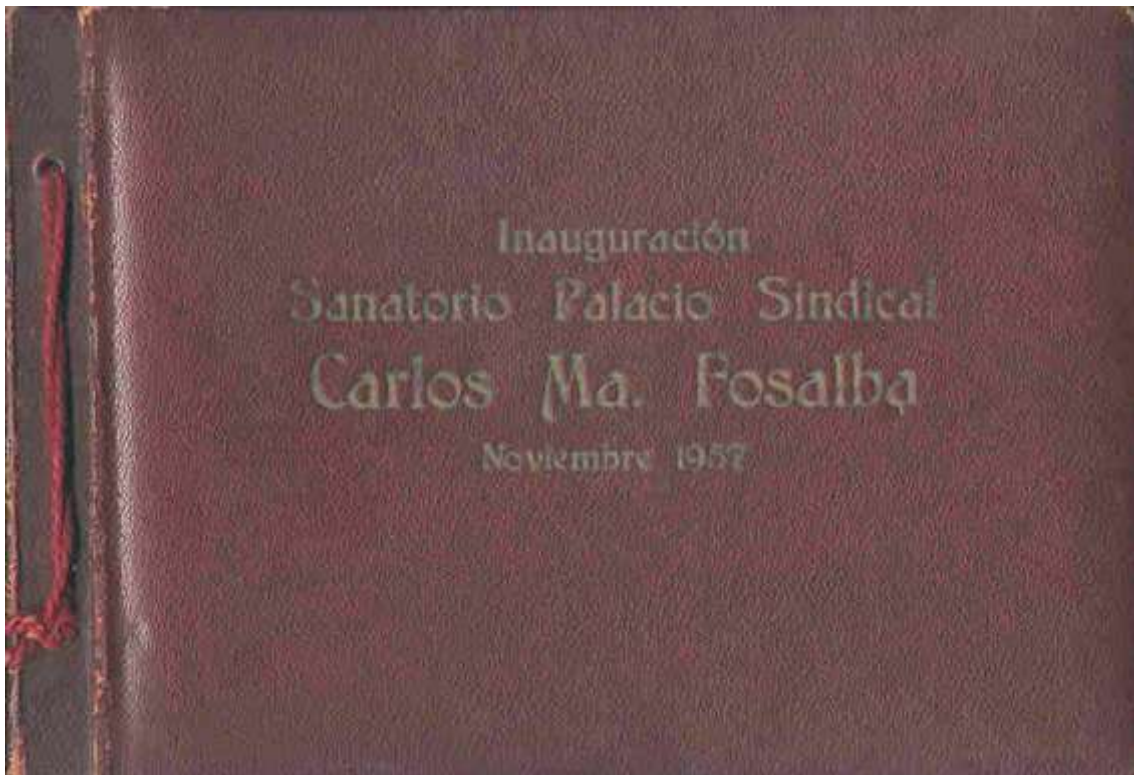




Figura 39. Inauguración del Sanatorio Palacio Sindical. Habla el presidente del SMU, Dr. Rodolfo Tiscornia. De pie, izq a der: Dres. Elías Epstein, Enrique Griñó, NN, Aquiles R. Lanza y Alberto R. Grille; sentados: Ciro A. Peluffo y Héctor Schenone.



Figura 40. En la misma ocasión habla el abogado del SMU y CASMU, Dr. Raúl E. Baethgen. Sentados: izq a der: Sra. de Baethgen, Dres. Elías Regules Molins y Rafael Vergara. De pie, Herman J. Speranza, Pablo Fasulo, Francisco Brizolara Alvez y Natalio Capuccio.



Figura 41. En otro banquete de celebración: de izq a der: Dres. Rodolfo Tiscornia, José Suárez Meléndez, José F. Arias, Aquiles R. Lanza y Omar Barreneche.



Figura 42. En la misma ocasión, aparecen en primer plano los Dres. Victoriano Rodríguez de Vecchi, Roberto Avellanal Migliaro y Luis E. Folle Richard.



Figura 43. En la misma celebración de inauguración del Palacio Sindical, pueden identificarse en la fila derecha, de izq a der: Dres. Marcos Loef, Héctor Schenone, Luna Badou de Schenone, Carlos H. Ledesma y Br. Antonio Pena.



Figura 44. De izq a der: Dres. Joaquín Purcallas Serra (director de sanatorios de CASMU) y Walter García Fontes (presidente del SMU y uno de los primeros médicos internistas del CASMU).



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 (Dr. Prudencio de Pena al fallecer en el ejercicio de la presidencia el Dr. Barrett Díaz Pose) y Gerardo Eguren.³⁰ 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 no habían estado presentes en períodos anteriores, y en su mayoría no formaban parte del Cuerpo Técnico del CASMU, por lo que su conocimiento de la institución, en lo previo, era restringido.



Figura 45. Médicos del interior, en una reunión para conocer el alcance de las afiliaciones colectivas y seguros de enfermedad parciales. En la primera fila, a la derecha, Dres. Manuel Ambrosoni y Rubens Mosera. En la tercera fila, a la derecha, el Dr. Isaac Hojman, representante de Maldonado, luego primer presidente de la Federación Médica del Interior.

³⁰ Véase: Historia de las Agrupaciones en el SMU (1920-2002), en:
http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/agrupaciones_smu.p



Figura 46. En la misma reunión: de izq a der: Juan de Dios Gómez Gotuzzo, Armando Rey López, José Suárez Meléndez, Frederick Giuria y Alberto R. Grille.



Figura 47. Entre otras novedades, debió crearse el Fondo de Solidaridad Social, organismo adscripto del SMU, para cubrir los eventos de enfermedad, incapacidad total y permanente o fallecimiento de los técnicos médicos y practicantes del CASMU. De izq a der: Erico Mohring (técnico en cálculo actuarial), Dres. Ricardo B. Yannicelli, Ciro A. Peluffo (Presidente) y Br. Aron Nowinski. De pie, Rodolfo Santo, secretario de comisiones.



Figura 48. Los Dres. Jorge Dighiero Urioste y Federico J. Salveraglio (primer director del Departamento de Medicina Preventiva del CASMU, el primero del mutualismo). Al centro José Enrique Ormaechea, secretario general permanente del SMU.

Algunas características de liderazgo

Antes de la intervención octubre 1975

1. Libre ingreso de médicos y practicantes de zona
2. Médicos y practicantes centralizados por concursos de oposición, tan prestigiosos como los de Facultad de Medicina.



Figura 49. Los aspirantes realizando una prueba del concurso para médico de urgencia en la planta administrativa del Sanatorio Nro. 1.



- 3. Inicio de algunos departamentos (Cirugía)
- 4. Amplia red de policlínicas zonales para atender los abonados de las afiliaciones colectivas (AA.FF.)
- 5. LIBRE ELECCIÓN DEL MÉDICO.
- 6. RECETARIO LIBRE CONTROLADO.
- 7. PARTO DE ELECCIÓN: elaboración del Dr. Manuel Ambrosoni, respaldado por prácticamente todos los ginecotocólogos de Montevideo.



Figura 50. De izq a der: Hugo C. Sacchi, Ciro Jaumandreu Valva, Hermógenes Álvarez, Juan José Crottogini, Manuel Rodríguez López, Pedro Tost Farré. Sentado mirando el estrado: Dr. Jorge Dighiero Urioste.



Figura 51. Un panel de enfermeras profesionales conduciendo una actividad científica propia.



Figura 52. Jerarquización del personal de enfermería. Fue la primera institución de asistencia colectiva que tuvo un Departamento de Enfermería, y un amplio cuerpo de enfermeras profesionales de nivel universitario, que fueron a su vez líderes de la profesión. En la imagen el Director de Sanatorios Dr. Joaquín Purcallas Serra con parte del Departamento de Enfermería en la inauguración del Palacio Sindical.

Durante la intervención

5 INTERVENCIONES, LA MÁS LARGA LA 5.^a (1978-1985)

1. Eliminación del libre ingreso.
2. Eliminación de los concursos.
3. Generalización de los equipos.
4. Depuración (“purga”) del cuerpo técnico.

Luces y sombras

Desde el punto de vista patrimonial,

La 4.^a Intervención enajenó para sus parientes el predio de Lucas Obes 926 (10.000 m²) que se había adquirido para edificar el sanatorio del norte de CASMU. El interventor fue destituido por el Poder Ejecutivo de facto.

La 5.^a Intervención:



Adquirió Asilo 3336 (ex fábrica TEM) Centro Administrativo.

Se adquirió predio para edificar el Policlínico; se proyectó e inició construcción, inaugurada por tramos en 1990-92.

Se adquirió predio Avda. Italia y Mariscal, para construir hospital “llave en mano” con empresa francesa.

A pesar de todo, se mantuvieron unos 280.000 abonados.

Cambios de estilo de dirección:

1955 – 1975 el Administrador General (AG) dirigía la organización, con respaldo de la Junta Directiva que cambiaba presidente cada año e integración cada 2 años.

Transformaciones

Se centralizó el laboratorio, jerarquizando una prestación que inició la utilización de equipamiento automatizado y posteriormente (1985) introdujo la informática.

Esto obligó paulatinamente al cierre de más de 30 laboratorios externos que anteriormente habían servido a la institución.

En radiología, a pesar de haber adquirido equipamiento para centralizarla, el *lobby* de los radiólogos retardó la transformación, hasta después de 1990.

Después de la intervención

1. Puja por libre ingreso de los jóvenes: se incorporan 1700 nuevos médicos. A los dos años se eyectan 750 por bajo rendimiento.
2. Reintegro de destituidos.
3. Se reanudan los concursos.
4. Se reinstalan ahora las UPECAS (unidades periféricas CASMU)
5. Se extiende a algunas zonas del interior, de manera aleatoria.
6. Se jerarquiza el asesoramiento farmacológico.
7. En el período 1985 – 2009 la Junta Directiva asumió progresivamente en los hechos la dirección y disminuyó o eclipsó a la Dirección General.
8. CASMU ejerció por décadas el liderazgo en el mercado de las IAMC.

Crisis final de la persona jurídica única SMU-CASMU

En medio de una conflictividad creciente, con extremos de abandono de pacientes, se llega a la inviabilidad económica y al FIDEICOMISO, con la condición de



separación de las personas jurídicas del SMU y CASMU, que hasta entonces habían sido una sola.

Se eligen autoridades autonómicas, que llevan 16 años (2009 – 2025)

Mientras aparece el SNIS y el FONASA, se pierden abonados, pasando en agosto de 2025 a 180.000.

Liderazgo en transformación de las IAMC

Seguro pre-pago para amplios sectores sociales

Libre elección del médico

Libertad de prescripción

Cuerpo médico calificado

Desarrollo de la medicina preventiva

Selección por concurso de cargos centralizados (médicos y practicantes) y de personal administrativo

Condiciones laborales mejores para profesionales y funcionarios de todos los escalafones

Racionalización de la farmacología

Despacho de medicamentos (desde 1968, conquistado por Jaime Sznajder como subsecretario del MSP)

Profesionalización de la administración de salud

Jerarquización y profesionalización de la enfermería

Construcciones hospitalarias

Cirugía y especialidades por equipos

Atención odontológica

Parto de elección

Internación domiciliaria

Internación de pacientes de medicina interna

Pautas salariales y condiciones laborales en los Consejos de Salarios

Etc., etc., etcétera.

Dos eventos a recordar:

3 DE FEBRERO DE 1960:

ORESTES FIANDRA y ROBERTO RUBIO colocan el primer marcapaso implantable, en el Sanatorio Nro. 1.



23 DE DICIEMBRE 1975:

ALBERTO IRIGARAY REALIZA EN EL SANATORIO Nro. 1 el PRIMER REIMPLANTE DE UN DEDO PULGAR POR MICROCIRUGÍA.

Liderazgo en administración de medicamentos

A través de la acción permanente del Director Asistente Dr. Efraín Margolis (1925-1991), y de la farmacóloga Dra. Aída Rey Álvarez (1946-2016), el CASMU ejerció un auténtico liderazgo en el ámbito de las IAMC en cuanto a la racionalización del vademécum, que fue la primera institución en estipularlo, así como en la adquisición de los insumos por calidad, efectividad y precio. En 2015 el autor del presente texto publicó una biografía de Efraín Margolis poniendo de manifiesto sus múltiples actuaciones en el ámbito profesional, docente universitario y gremial.

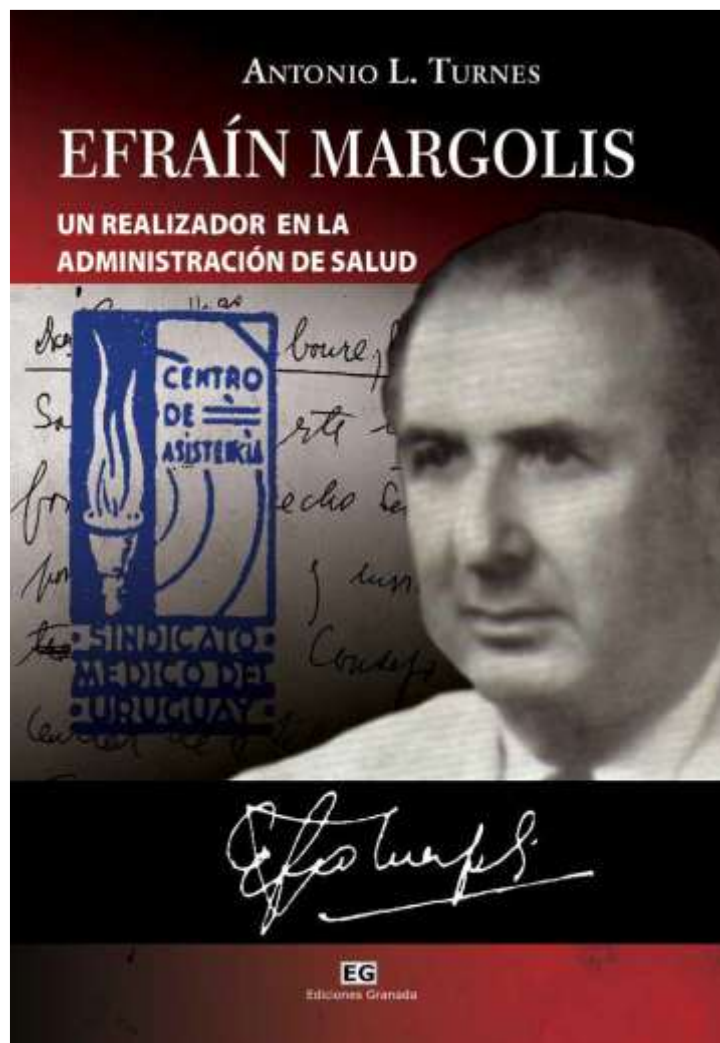


Figura 53. Efraín Margolis: un realizador en la administración de salud. Libro de Antonio L. Turnes. 1ª ed., 2015.



Después de la intervención

Retomando las autoridades naturales el gobierno institucional, se sucedieron diversas Juntas Directivas de CASMU hasta 2009. El cargo que anteriormente se denominaba Administrador General, pasó a ser de Director General, y fue ocupado sucesivamente por los Dres. Aron Nowinski (1925-2016), Félix Rígoli y Álvaro M. Haretche López (1952-2011). Progresivamente la Junta Directiva fue asumiendo con mayor fuerza su rol, debilitando el de los Directores Generales, hasta que en 2009 se produjo la gran crisis que terminó con la separación de las personas jurídicas SMU y CASMU, transformándose en CASMU IAMPP (Institución de Asistencia Médica Privada de Profesionales sin fines de lucro), como condición para acceder a un fideicomiso financiero.



Figura 54. Aron Nowinski, director general 1985-1990.



Figura 55. Félix Rígoli, director general 1992-1995.



Figura 56. Álvaro Haretche, director general 1995-1997.

Arte torresgarciano en el sindicato médico y el centro de asistencia

Cuando Manuel Rodríguez López construyó su sanatorio privado para atención ginecotológica, que luego sería adquirido por 1960 por el SMU para los fines asistenciales del CASMU, pidió que hubiera un mural de Joaquín Torres García, que este artista reprodujo de un fragmento de su mural realizado en 1917 para el pórtico de la Cámara de Diputados de la Generalitat de Catalunya.

Cuando se construyó el Palacio Sindical, se instalaron dos murales en el edificio.



Figura 57. Palacio Sindical. Mural ubicado en el piso 2, en un espacio de doble altura, confeccionado por el Taller Torres García, de 6 x 12 metros, el de mayor dimensión existente en el país.



Figura 58. Palacio Sindical. Mural en el hall de la planta baja de ingreso al sanatorio por la esquina de Colonia y Arenal Grande, de cerámicos, de Alceu Ribeiro.



Figura 59. Policlínico y ampliación sanatorial (sanatorio 2).

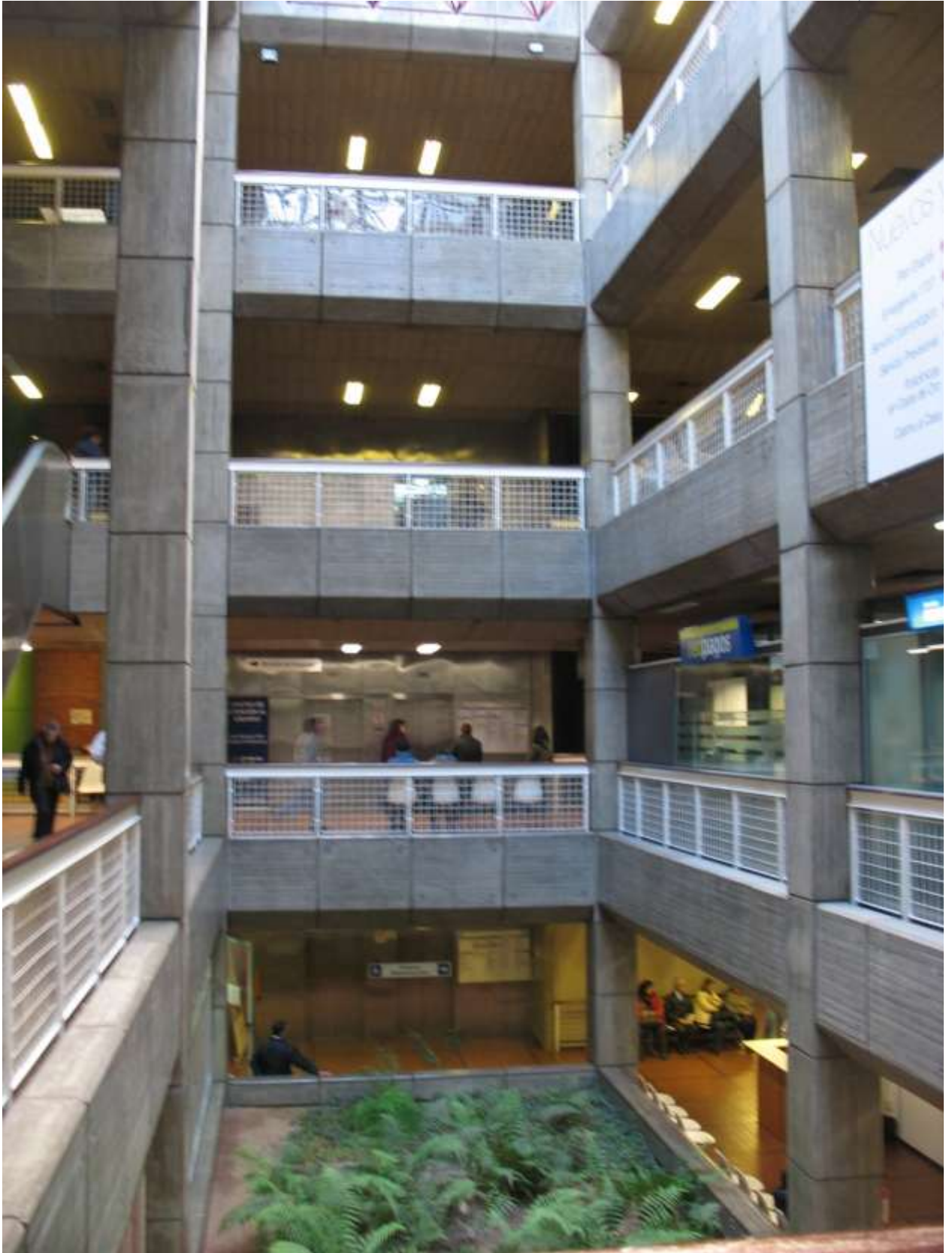


Figura 60. Vista parcial del interior del policlínico.



Figura 61. Vista actual del sanatorio Nro. 4 “Dr. Julio C. García Otero”.

La emergencia 1727

Desde diciembre de 1999 inició sus actividades la Emergencia 1727. Como lo han expresado sus primeros directivos, fue un largo proceso a través de siete años.³¹ Fue creación del SMU, que optó por la forma de una sociedad anónima de la que fue titular del 100% del capital accionario, luego de intensos debates entre sus afiliados en multitudinarias asambleas. Se gestó como una sociedad anónima independiente, con un directorio propio (Cristalind S.A.), que fue autorizado como Emergencia Médica por la Resolución Nro. 359/001 del Poder Ejecutivo suscrita por el presidente Jorge Batlle Ibáñez y el ministro de Salud Pública Horacio Fernández Ameglio.³² La fusión con CASMU se produjo luego de la separación de la personería jurídica con el SMU, en 2009. Se sumaba así CASMU a las preexistentes emergencias móviles que con anterioridad brindaban bajo diferentes formas jurídicas servicio a los afiliados a las instituciones Asociación Española Primera de Socorros Mutuos (a través de SUAT) y Médica Uruguaya Corporación de Asistencia Médica (a través de Emergencia Uno).

³¹ Revista *Noticias* del SMU, No. 102, diciembre 1999.

³² <https://www.impo.com.uy/bases/resoluciones/359-2001/1>



Cerrando el círculo de la asistencia

El lunes 13 de diciembre, en el remozado local adquirido en las inmediaciones de las calles Soca y Ricaldoni, el Sindicato Médico del Uruguay efectuó el lanzamiento público de 1727 Emergencias.

Se trata de una revolucionaria realización al integrar la medicina de emergencia y el primer nivel asistencial a un mismo sistema, corrigiendo el divorcio existente entre ambas modalidades de atención, generando nuevas fuentes de empleo médico y demostrando la ya histórica capacidad del gremio médico para procesar hechos concretos a través de la autogestión de empresas de asistencia.

Sobre los orígenes de la iniciativa, sobre sus razones y el largo camino andado hasta su concreción, nos hablan los doctores Milton Carro, Graciela Vitarella y Alarico Rodríguez, integrantes del Directorio de la nueva móvil del SMU, así como el Dr. Carlos Mezzera, director técnico de la misma.

La maduración de una idea

Expresó el Dr. Milton Carro: El proceso histórico que desemboca en 1727 Emergencias se remonta siete años atrás, cuando el Sindicato Médico del Uruguay y su centro de asistencia comienzan a explorar la posibilidad de generar un servicio que complete la atención de emergencia prehospitalaria de sus abonados, con plena conciencia de que el desarrollo que le daba el sector mutual a esta área era incompleto y consiguientemente que se debía equiparar el nivel de calidad y prestación que brindaban los seguros parciales de emergencias móviles ya existentes.

Así es que a nivel del centro de asistencia se formó una comisión para estudiar propuestas alternativas. Todas ellas cumplieron una función, no sólo como jalones de nuestra paulatina maduración del tema, sino también como testimonios de un proceso ampliamente democrático y participativo del gremio médico, en la medida que los proyectos fueron expuestos y debatidos en asambleas generales en las que, en un proceso que necesariamente debía ser largo, se fueron logrando los grados de consenso necesarios para la concreción de la iniciativa.

Una de las instancias previas fue la asamblea de diciembre de 1993, en la que se resolvió llevar a la práctica un proyecto de emergencia médica prehospitalaria acorde a las estructuras institucionales, es decir, sin que ello significara menoscabo del trabajo del médico de zona y de los servicios de emergencia centralizados. Aquella idea rectora del '93 se concretó en abril y agosto del año 1998, cuando dos asambleas generales del gremio médico dieron un laudo definitivo al tema.



La Dra. Graciela Vitarella declaró: Es importante resaltar el rol cumplido por varias comisiones del gremio que trabajaron en torno al tema, que implicaba de por sí no sólo un abordaje multidisciplinario sino también una pluralidad de enfoques. En consecuencia, con ello, ninguna de las agrupaciones del Sindicato fue excluida ni se excluyó del trabajo, siendo portadoras de diferentes visiones acerca del tema, lo que lejos de obstaculizar la tarea conjunta, la dotó de riqueza.

La irrupción de las emergencias móviles

Por su parte el Dr. Alarico Rodríguez manifestó: Es preciso explicar la génesis de este proceso. Por un conjunto de razones que sería tedioso recapitular aquí, en determinado momento irrumpe en el mercado de la salud este tipo de servicios parciales, las emergencias móviles que suplen un vacío dejado por las IAMC en una parte de la atención prehospitalaria. Pero en el transcurso del tiempo estas emergencias abarcaron áreas tradicionalmente cubiertas por las IAMC. Apoyadas en un muy buen marketing, en la elevada calidad de servicio, comenzaron a instalar servicios de policlínica, laboratorio, radiología, imagenología y otros servicios parciales. Eso generó que los médicos de cabecera, los profesionales de zona del CASMU y del resto de las IAMC, vieran disminuir sus consultas. Esa es una de las razones principales -no la fundamental- por la que el gremio nos encomienda la tarea de configurar un servicio que cubriera con eficiencia la atención prehospitalaria sin afectar al conjunto de la atención ambulatoria. Digo principal y no fundamental porque en el fondo de este tema existen concepciones sobre salud y enfermedad. Para nosotros se trataba, como siempre dice Mezzera, de cerrar el círculo de atención del paciente para lograr la recuperación de la salud, no sólo aliviar el síntoma o solucionar el problema agudo. Eso sólo se logra coordinando muy íntimamente con la IAMC -con el CASMU en este caso-, integrando el servicio de emergencia en lo asistencial a todo el ámbito ambulatorio de atención, con una muy buena coordinación con los servicios de puerta o de urgencia, los de sanatorio o los de internación con cuidados especializados.

Por la dignidad del trabajo médico

Sobre la incidencia en el trabajo médico Graciela Vitarella señaló: Es sumamente importante. Al nivel de las IAMC está laudado el tema del salario médico y la relación laboral. Pero en las emergencias móviles encontramos diferentes formas de contrato que generan la existencia de varias categorías de médicos entre las distintas empresas y aun dentro de una misma institución. Esto es fundamental para el SMU ya que acá vamos a aplicar un laudo idéntico para médicos que son de la emergencia en igualdad de condiciones. Van a tener su salario vacacional, su aguinaldo, su día de descanso, sin tener que sufrir las condiciones laborales que están viviendo los colegas en otras emergencias.



En otras palabras, como no podía ser de otra manera, el Sindicato Médico del Uruguay una vez más defiende -y preconiza con el ejemplo- los derechos de sus socios. Como lo fue el CASMU al nivel del mutualismo, cuando debió su sentido y razón de ser a la reivindicación del trabajo médico, super explotado por empresas que operaban de manera bastante similar a como lo hacen hoy algunas de estas emergencias.

Alarico Rodríguez subrayó: Esa función, que es connatural al Sindicato y a su Centro de Asistencia se extiende también al ámbito normativo. Allí vemos que mientras las IAMC están superreglamentadas, las emergencias móviles han crecido en una tierra de nadie, en un marco regulatorio pobre. Para ellas no existen los topes tarifarios, los laudos para los profesionales ni las múltiples exigencias reglamentarias que tienen las IAMC. En momentos en que el Sindicato discute y ve con alarma la tercerización del trabajo médico que se da en ciertos sectores, es bueno dejar sentado de antemano que acá va a ser un trabajador en goce de la plenitud de sus derechos.

El Director Técnico Dr. Carlos Mezzera refirió al cierre del círculo de la asistencia: Hace poco hubo en Montevideo un Congreso de Emergencias, al cual concurrió el Dr. Pantridge, quién fundó los servicios de emergencia al inventar la desfibrilación domiciliaria. La definición fundacional de los servicios de emergencia en el mundo nace cuando éstos responden a situaciones que ponen en riesgo la vida de los pacientes. Vista del interior de una de las unidades de la emergencia del SMU- A partir de eso, alguien dibujó una unidad de terapia intensiva, le puso ruedas en un pizarrón y concibió la idea de llevarla al domicilio del paciente donde éste se está muriendo. A esto contribuye que las dos grandes causas de muerte en el mundo -las enfermedades cardiovasculares y el trauma- tienen una hora dorada («golden hour») en la que se producen la mitad de estas defunciones. En tanto los servicios de emergencia que se circunscribieron fueron absolutamente espectaculares, el círculo cerraba perfectamente. La distorsión empieza cuando, por razones de mercado, tienen que atender casos que no son emergencias. Entonces comienzan a invadir conceptos de lo que son los médicos de cabecera o la atención global de la salud de los pacientes. Ahí empieza el problema de los servicios de emergencia, en la medida que se derivan a ellos cosas que no les corresponden y que hacen mal, Entonces allí reside la razón fundacional de 1727 Emergencias, que pretende ser una parte más del diseño de salud, atendiendo situaciones críticas y luego derivando al paciente a otros segmentos del centro asistencial para curarlo y no simplemente darle algo para bajarle la fiebre. El tema va mucho más allá de si se perjudica o no a los médicos de zona. No sólo no se lo hace con este proyecto sino que se los impele a trabajar cada vez más. Si ellos no resuelven la parte de la ecuación que les corresponde, esta propuesta no funciona.

Los porqué de una opción

Por si no quedara claro, hay que precisar que sólo pueden ser abonados a 1727 Emergencias los afiliados al CASMU, pero ¿por qué la referencia, más allá de las obvias afinidades entre el gremio médico y su centro de asistencia?



Ante tal interrogante la Dra. Graciela Vitarella respondió: Por un conjunto de razones. La primera, es la naturaleza de ambas instituciones. El CASMU es el centro de asistencia del gremio médico, una creación absolutamente original en el mundo entero y, que a su vez, históricamente ha sido banco de pruebas (en el mejor sentido de la palabra) para las acciones que requiere el gremio médico. La segunda, es que para intentar un proyecto tan ambicioso como el que emprendemos necesitamos una masa de potenciales usuarios que haga factible la experiencia. Luego de lo que expusimos, se desprende que es inimaginable salir a competir con las emergencias móviles usando sus mismas herramientas, su mismo modelo asistencial, sin desnaturalizar el concepto que tenemos acerca de la asistencia médica como un proceso integral e integrador.

Acerca de los precedentes

Carlos Mezzerá aportó: Hay muy pocas instituciones en América Latina que tengan un servicio de asistencia global vinculado correctamente a un sistema de asistencia domiciliar que marque emergencia, urgencia y consulta. Se me ocurren que hay dos o tres y en este país ninguna. Es difícil vaticinar qué pasará, ya que hay que rediseñar la mentalidad de muchos procesos de atención, porque en buena medida se han creado como espejo de lo que es la atención de los servicios de emergencia, cuyo planteo es -cuando no se trata propiamente de una emergencia- «tratamiento sintomático y derivación al médico de cabecera», con lo que la gente queda dissociada, porque a ese médico no puede acceder. Por eso no es fácil vaticinar, en la medida que interactúan muchos componentes que se irán manifestando de manera diversa en tanto la experiencia se vaya desarrollando.

Acumulación y no transferencia

Acerca de la incidencia de 1727 Emergencias en el mercado de trabajo médico, Alarico Rodríguez manifestó: Esta emergencia móvil debe resultar en la creación de nuevas fuentes de trabajo y no en su transferencia de una empresa a otra. Es decir, que tenemos la convicción de que la creación de 1727 Emergencias tiene efectos acumuladores para el trabajo médico. Pero a su vez nosotros nos basamos en datos concretos, como por ejemplo que el 52% de los afiliados al CASMU no tienen servicio de emergencia móvil. Consecuentemente estamos convencidos de que con un precio menor como el que ofrecemos, dedicándonos a resolver las emergencias y urgencias y a coordinar efectivamente las consultas no urgentes con el sistema de médicos de zona del CASMU, un alto porcentaje de los abonados que no tienen este servicio van a ser a su vez abonados de 1727 Emergencias.

Del discurso inaugural del Dr. Juan Carlos Macedo, presidente del SMU

Con el lanzamiento de 1727 Emergencias, hecho histórico sin duda para los anales de la medicina uruguaya, completamos el tránsito entre los propósitos y las realizaciones, tránsito que estuvo jalonado por instancias múltiples y abarcadoras de participación. Esto es un producto de lo colectivo, es un producto del gremio médico y que se inscribe en el contexto de las aspiraciones de cambio que tiene el Sindicato Médico respecto a nuestro



sistema de salud. Nosotros en lo interno, agregamos, completamos nuestro sistema asistencial al incorporar el área de la medicina prehospitalaria. Curiosamente aspiramos, esperamos, que la medicina prehospitalaria contribuya al fortalecimiento del área del primer nivel asistencial. Primer nivel asistencial que a través de la medicina zonal es uno de los puntales de nuestra práctica asistencial a través del CASMU. Esto representa además nuestro modo de expandir el área del trabajo médico; representa concretamente plazas de trabajo médico, es una fuente de trabajo que aspiramos creciente y es además - porque tiene el control del gremio, el control de lo colectivo- un modo de contribuir a la regularización salarial y de condiciones laborales en el área de la medicina prehospitalaria.

Es decir que esto cumple múltiples objetivos, todos ellos inscritos en la esperanza de los cambios en el sistema de salud. Es un aviso al 2000, estamos construyendo el 2000 y por lo tanto aspiramos a seguir creciendo con el 2000 que crecerá a fin o principios de siglo.

El tránsito a la actualidad

Desde 2009 en que se separaron las personas jurídicas del SMU y el CASMU, se sucedieron diversas administraciones, que procuraron sostener las fortalezas de la institución y ajustar muchos problemas que con el tiempo se habían consolidado.

Uno importante fue la concentración de los sanatorios, apuntando al crecimiento junto al Policlínico de un robusto edificio que tuviera espacio para ensanchar el sanatorio, incrementando el número de habitaciones y dejando de contratar camas en sanatorios particulares. Lo que había sido una pesada carga sostenida por décadas.

Pero la puesta en funcionamiento del SNIS, lejos de fortalecerlo, deterioró al CASMU, porque debió competir por la captación de afiliados frente a otros que habían mejorado mucho su infraestructura, marketing e imagen.

La debilidad financiera no pudo ser totalmente superada, y se sucedieron fideicomisos para sostener una estructura que estaba dimensionada para una población asegurada de mayor porte.

En alguna medida, con el paso de los años y el recambio generacional, las expectativas de quienes estaban vinculados laboralmente a la institución, profesionales y no profesionales, fue perdiéndose la mística que lo mantuvo como líder absoluto en las cinco primeras décadas. También la transformación de los modos de trabajo y el incremento del multiempleo, contribuyó a que se diluyera el antiguo orgullo de ser exclusivo del CASMU.

Pero eso es todavía un amplio tema que está en continua modificación por el dinamismo de los cambios en salud.

Lo que no puede desconocerse es el papel que el CASMU, a través de su trayectoria, representó para contribuir a la modificación de las demás instituciones, muchas de las cuales sobrevivieron también en medio de las dificultades propias del SNIS, y se debaten entre las dificultades financieras, que deberán resolverse para fortalecer el sistema, a más de 17 años de su creación, con instituciones hiperreguladas y financieramente frágiles.



Sin duda, por ser un problema generalizado en el sistema, con múltiples instituciones de mayor porte con situaciones comprometidas similares, parece llegado el momento de ajustar el SNIS, para reconocer que brindar servicios de calidad, en las actuales circunstancias, debe ser adecuadamente solventado y abandonar el túnel de la penuria permanente.



Referencias bibliográficas

- Avellanal Migliaro, Roberto: CASMU: raíces, concepción doctrinaria, organización, crecimiento y desarrollo. *Intercambio* (revista de CASMU), año VI, cuatro números: setiembre, octubre, noviembre y diciembre 1996.
- Mañana Cattani, Julio: Historia del Sindicato Médico del Uruguay. 1992.
- Rojas Beltrán, Ramón: Historia del gremialismo médico del Uruguay. 1990.
- Turnes, Antonio L. y Gil y Pérez, Juan Ignacio: Ensayo sobre el pensamiento del Dr. Carlos María Fosalba en las postrimerías del siglo XX (1997).
- Guaglianone, Vicente: Entrevista en Fuera de Consulta, volumen VI, SMU-EBO, 2000.
- Turnes, Antonio L.: La intervención del Sindicato Médico del Uruguay (1975-1985) veinte años después de su término. Enero 2005.
- Turnes, Antonio L.: Agrupaciones en el Sindicato Médico del Uruguay (1920-2002). (noviembre 2002).
- Turnes, Antonio L.: Constancio E. Castells (1911-1964) cincuentenario de su fallecimiento. *Sesiones de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina*, 4 de noviembre de 2014.
- Turnes, Antonio L.: Joaquín Purcallas Serra (1914-1984).
- Turnes, Antonio L.: Efraín Margolis: un realizador en la administración de salud.
- Turnes, Antonio L.: Alberto R. Grille (2024), inédito.