

NOTICIAS

BOLETIN DE ACCION SINDICAL

"LA CUESTION ES SOLO ENTRE LA LIBERTAD Y EL DESPOTISMO" — Gral. José Artigas

Redactor Responsable
Dr. EDMUNDO GOMEZ MANGO
Colonia 1938, P. 2. - Tel. 40.11.89

FILIAL DE LA CONFEDERACION MEDICA
PANAMERICANA Y MIEMBRO DE LA
ASOCIACION MEDICO MUNDIAL

SINDICATO MEDICO DEL URUGUAY

octubre de 1969. año XIII no. 72

UN NAUFRAGIO EN EL INFIERNO

"Cuadros de una horrenda exposición"

Un grupo de estudiantes de medicina de 6º año, quiso conocer el hospital Vilardebó después de haber asistido a algunas clases que allí se les dictaron en horas de la tarde.

Comenzamos por visitar una sala de mujeres. Les señalo que la sección que estamos viendo es la dedicada al tratamiento de comas insulínicas; por la noche es muy difícil caminar por el pasillo que queda entre las camas, por estar ocupado por colchones; en cada uno duermen una o dos enfermas.

Les explico que los días de lluvia, la sala se inunda, y las pacientes que duermen sobre los colchones y aquéllas cuyas camas quedan bajo las averías de los techos, deben ser trasladadas a otros lugares (se les ha ofrecido incluso el salón de clases).

Atravesamos un gran patio; se nos acercan varios enfermos harapientos, muchos de ellos descalzos, en pésimas condiciones de aseo personal. Observamos a un grupo de 10 o 12 que hace ejercicios gimnásticos, conducidos por un enfermo. Entramos en una sala de hombres. Las condiciones higiénicas son evidentemente peores que en la sala de mujeres. Hay resto de comidas entre las camas y un olor desagradable impregna el ambiente. Un paciente que viene desde los baños se queja del estado de los mismos y nos pide que vayamos a verlos. Al entrar, vemos un calefón destaralado que no funciona desde hace años. No hay agua caliente, lo que implica que los enfermos, cuando se bañan deben hacerlo con agua fría, aun en invierno. El piso está inundado. Las letrinas rebosantes de excrementos. Los enfermos se quejan de que deben usar los baños de una sala contigua, para lo cual deben atravesar un espacio abierto.

Uno de los estudiantes pregunta dónde se realizan los electro-choques. Se sorprende al enterarse que es en la misma sala: los pacientes son colocados con la cabeza orientada hacia el pasillo, y el enfermero con el practicante o el médico, van efectuando la descarga eléctrica a medida que avanzan entre las camas. No hay biombos, los había, se deterioraron y no pudieron reponerse; de tal suerte que los pacientes observan, mientras esperan su turno, las convulsiones de sus compañeros.

Me preguntan si se separan los enfermos según sus afecciones o comparten todos el mismo ambiente. Les explico que la sala dispone de un ambiente para "agudos" o para los ingresos, de unas veinte camas, donde permanecen en observación, por lo general, unos ocho o diez días. Allí conviven, por ejemplo, un "delirium-tremens" con una psicosis delirante aguda, con un viejo esquizofrénico en un empuje de delirio, con un adolescente de 17 años con trastornos caracteriales severos, o con un cuadro depresivo con intento de autoeliminación. Me preguntan si ese adolescente no puede tener problemas en la sala desde el punto de vista de la homosexualidad. Y les respondo, recordando lo que una joven de 18 o 19 años me decía: "doctor, no me mande al Consejo del Niño, que estoy mejor aquí".

El destino de los pacientes es variado después de su estada en esta sala. Para algunos el alta; para otros, el traslado a diferentes ambientes de la Sala mientras dure su tratamiento; los más infortunados (los casos más crónicos, con muchos reingresos) al "depósito".

Cuando vamos a salir de la sala un paciente en cama nos llama. Es esquizofrénico de unos 25 años, que hace ocho o nueve años que está en el servicio, y que se queja de intensos dolores en el muslo. "Me dieron la «clementina» doctor". Nos explica el enfermero que el paciente se fugó hace unos días, y que al reingresar, fue conducido al "cuadro bajo" o sala de seguridad. Se le inyectó en el muslo derecho algunos centímetros de trementina. Sustancia sumamente irritante que produce una intensa inflamación local o absceso de fijación que inmoviliza

al paciente por dolor. Sus efectos se prolongan durante 15 o 20 días y a veces más.

Descendemos por una escalera al "Depósito". Se llama así a un gran salón, donde se agolpan unas sesenta camas. La iluminación es escasisima y la ventilación pésima. Algunos enfermos están barriendo el piso, pues acaban de comer allí mismo. Hay pocos pacientes en la sala. Uno de ellos nos dice que los compañeros que pueden están arriba, en los patios, tomando un poco de aire. Le preguntamos cuánto tiempo hace que está en el Vilardebó, nos responde que unos doce años; la última vez que lo vio un médico fue hace diez años, en 1959.

Me preguntan quién atiende a estos enfermos. Les explico que los dos médicos rentados destinados a ese servicio y el practicante interno, tienen bajo su hipotético control a más de 200 enfermos. Apenas dan abasto para entrevistar los ingresos del día y controlar los pacientes más recuperables. Les explico también que un gran número de esos enfermos están perdidos por el hospital, que no los vemos nunca: algunos viven en pequeñas chozas, o en rincones por ellos arreglados para tales fines; hace poco supimos de un enfermo que durante años se hospedó en un tanque inutilizado; estos "vagabundos" del hospital, son anónimos en su mayoría: no se conocen sus nombres, su procedencia, su enfermedad, su tratamiento —si lo hubo—; cuando mueren, es muy difícil identificarlos, y a veces es necesario hacerlo con la policía; no comen en las salas: se alimentan con los restos de comida que se arrojan en los tachos de basura.

Salimos al gran predio que se extiende detrás de las salas. Los estudiantes no pueden dejar de comparar esta atmósfera de aire libre con el sopor agobiante de los ambientes anteriormente visitados. Los pabellones o galpones son tres, y están acondicionados como enormes dormitorios, donde se albergan 118 enfermos en cada uno, prácticamente sin asistencia médica.

Volvemos hacia la salida del hospital. El grupo de estudiantes está apesadumbrado. Me preguntan asombrados cómo se puede trabajar en este lugar.

El interrogante suscita un impotente silencio. Es verdad, así trabajamos en el Vilardebó. Convivimos diariamente con el horror, y esa tan cotidiana como espantosa miseria parecería que ya no nos sorprendiera.

¿Qué hacer? La necesidad de modificar, de cambiar, de mejorar la asistencia psiquiátrica del único "manicomio" de Montevideo, es imperiosa. La imposibilidad de hacerlo aparece como una sombría fatalidad que se cierne sobre el vetusto edificio.

Sin embargo, es preciso hacer algo. La denuncia, ésta, por ejemplo, que hacemos desde "NOTICIAS", no es suficiente, no altera en absoluto la suerte de los enfermos ni el modo de trabajar de médicos y funcionarios. Hay que hacer más.

En primer término, un hecho destacable: la nueva dirección del Hospital Vilardebó, vigente desde hace unas semanas, ha emprendido una saludable empresa de renovación; sus objetivos son concretos —por ejemplo, la primera meta es limpiar el Hospital y algunos resultados se han obtenido— y es imprescindible que médicos y funcionarios se apresten a colaborar de firme y con energía; no todo el mal es irreparable. Mucho se puede hacer con lo que hay, si somos capaces de sacudir la atmósfera de inercia y de fatalidad que envuelve al Vilardebó.

Pero sabemos que toda la buena voluntad que se esté dispuesto a brindar, va a estrellarse, tarde o temprano, contra escollos invulnerables. Sabemos que deben tomarse soluciones de fondo, radicales, que por su entidad, sólo pueden disponerse desde las autoridades estatales. De aquí la necesidad de que el gremio médico, sobre todo los dedicados a la asistencia psiquiátrica, discutan en conjunto los pro-

blemas del Hospital y exijan en forma coordinada y realista, soluciones para tantas y tan enormes dificultades.

El término natural de esta nota es, pues, una exhortación a la militancia sindical, a que los médicos se responsabilicen y se comprometan con su propio ámbito de trabajo, para dejar de ser cómplices pasivos y transformarse en un decisivo factor de cambio.

Hospital Vilardebó

Si Dios llegara a visitar la casa
en un atardecer, si Dios viniera,
si yo pusiera en sus
manos totales la total
llave que nos abre el mundo turbio;
el mundo hundido de esta casa hundida
como un gran hoyo o como un monstruo ciego.

Adelante, Jesús. Veamos todo; no marchites el
[rostro,

el ojo blanco, la silbante
sangre, tu madera.
Aquí está Pedro que se ató las manos
con alambres de púa y de serpiente,
que inunda pabellones de fantasmas
y profiere alaridos, tu sufriente.

Adelante, Jesús. Aquí a la vieja que se lava
[las manos

el pellejo le cuelga de los dedos sarmentosos,
tiene sangre, suda sangre, sufre sangre;
vedla sangrar, falanges cavernícolas
dedos rasgados de jabón, martirizados de agua,
tu sufriente.

Adelante, Jesús. Aquí el poeta que se estrangula
[solo,

que ruge, escupe, orina y cabecea,
y al fin como una bolsa que se pudre,
sus huesos sobre el suelo esparce al viento,
Todo está bien. Job en su piedra,
Job en su yugo. Job en su cadena.
La locura es el beso de los ángeles
que tienen de medusa las cabezas.

Saúl Pérez Gadea

NOTA DE REDACCION

El poeta uruguayo, autor de este estremecedor poema, falleció hace pocos días en Montevideo. Su publicación cobra así el sentido de una recordación y de un homenaje.

INFORMACION DEL SINDICATO MEDICO

Nuevos socios. — Médicos: Dres. Alfredo Vidal Melgar, Elba Hermida de Redondo, Alberto Redondo, Luis Perrone, Luis Eduardo Vignolo. **Bachilleres:** María Laudicio, Elizabeth Sabini, José Trinidad, Ana Ma. Moreno de Trinidad, Américo Devera, Ma. Magdalena Mansilla, Osvaldo Veraldo de Souza, Héctor Cisneros, Anna C. Ferrari, Jorge L. Finali, Juan C. Scasso, Raquel M. Sala, Luis Bairo, Alfredo Szabo, Hugo Maglione, Simón Leibivici, José Biller, Osvaldo Rocha Rocha, Héctor Litvan, Luis Monti, José E. de los Santos, Julio C. Velluti, Jorge Mirabal, Manuel Bianchi, Lucía Colino, Carlos E. Oromí, Julio C. Reolón, Rucky Cabrera, Alfredo Neel Aliseris, Rómulo Guerini, W. Hernández, Nelson Zolessi, Antonio Barquet, Carlos Seré.

Solicitudes de licencia gremial. — Dra. Pera Erro, se le concede por el período comprendido entre 22 de set. al 25 de noviembre por usufructo de beca en Europa.

Reorganización administrativa. — El sector administrativo de la gremial está siendo objeto de preferente atención de parte del C. Ejecutivo. En la sesión de Mesa de fecha 16 de octubre de 1969, se han fijado los lineamientos generales para realizar un estudio programado de las necesidades del sector. La administración ha sido encargada de reali-

zar un estudio comparativo de funciones actuales en relación a la futura organización. El Administrador General ha hecho conocer su propósito de mantener entrevistas con el personal, especialmente con los secretarios de comisiones, para estimar en detalle las necesidades de cada función tanto en el aspecto locativo como de personal. Luego de este relevamiento presentará un memorando que servirá de base para programar la futura organización administrativa. Es propósito de la Mesa mantener la consideración de este punto en todas sus reuniones hasta lograr la confección de un proyecto que permita al Comité Ejecutivo el estudio exhaustivo de este sector y resolver en consecuencia.

Es propósito de las autoridades de este Ejercicio resolver definitivamente este problema, a fin de dotar a la Institución de un aparato administrativo que permita un mejor desenvolvimiento de todos los sectores para mayor beneficio del gremio y del asociado.

Comisión de publicaciones e informaciones. — Esta Comisión tendrá a su cargo programar las publicaciones del SMU y difundir toda la información de interés para el asociado, así como llegar a la opinión pública para ponerla al corriente del pensamiento del gremio en todos los asuntos que son de interés

para la comunidad sean ellos de carácter social o sanitario. Tarea importante de esta Comisión es la de poner al día las publicaciones gremiales y científicas de la Institución. Se está considerando en estos momentos la reaparición de "ACCION SINDICAL" y el ajuste de algunos detalles en el boletín "NOTICIAS". Esta Comisión quedó integrada por dos médicos y un estudiante que constituirán el cuerpo de dirección de publicaciones. Los cargos recayeron en los doctores Ricardo Caritat y Betty Bono y en la bachiller Marta Pietra. Adjunto al cuerpo de dirección actuará como Redactor Responsable el Dr. Edmundo Gómez Mango. Es aspiración de esta Comisión, una vez puesto en marcha el plan de publicaciones, que los lectores hagan llegar sus opiniones y sugerencias en forma escrita cuyas inquietudes serán reflejadas en un espacio destinado al efecto.

INSTITUTO COLOMBIANO DE SEGUROS SOCIALES. — Esta Entidad ha invitado al Sindicato Médico del Uruguay a participar en el II Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social; que se realizará en Bogotá, Colombia, durante los días 21 al 26 de julio de 1970. El tema básico de dicho evento será "Seguridad Social y Educación Médica". Este asunto fue pasado a informe de la Comisión de Relaciones Internacionales.

El auto: herramienta imprescindible

Combustible a menor precio, reducción de tarifa en la patente de rodados, exoneración del impuesto suntuario en la adquisición o recambio de nueva unidad, son aspiraciones de vieja data en las luchas del Sindicato Médico del Uruguay, tendientes a dotar al médico de una herramienta de trabajo indiscutiblemente necesaria e imprescindible, como lo es el automóvil.

En el año 1948, el Sindicato Médico elevó, al por entonces Presidente de la República, Sr. Luis Batlle Berres, un pormenorizado memorando sobre la situación general del médico en el país. Se trataba de un estudio minucioso que abarcaba los niveles técnico, económico, laboral y social del médico.

En la página 21 de ese memorando se destacaban, entre otras, estas aspiraciones del gremio: "ASPIRA A UNA REDUCCION EN SU PATENTE DE RODADOS Y A LA EXONERACION EN EL IMPUESTO Suntuario PARA SU COGHE CUANDO SE VE OBLIGADO A ADQUIRIRLO O CAMBIARLO".

"ASPIRA A QUE SE LE EXONERE DE ABONAR LOS DERECHOS DE IMPORTACION DE UN COCHE CADA CINCO AÑOS".

"ASPIRA A QUE SE LE OTORQUE UN TRATO ESPECIAL EN LA ADQUISICION DE NAFTA, COMO SERIA QUE SE LE PERMITIERA ADQUIRIR NAFTA COMPENSADA, IGUAL A LA QUE ADQUIEREN LOS TAXIMETROS".

Y a continuación se agregaba: "Con estas aspiraciones, no se persigue finalidad de lucro; se pretende solamente aliviar la carga que pesa sobre el médico, carga que, durante buen número de años y a veces toda su vida no es compensada con sus utilidades que se ven reducidas día a día por la falta de demanda y por la elevación incesante del costo de vida".

En la Memoria Anual del Comité Ejecutivo correspondiente al Ejercicio XXVI, que comprende los años 1955-56, se da cuenta de las gestiones cumplidas desde 1948 y de las actuaciones realizadas ante la 36ª y 37ª Legislatura, para terminar diciendo: "...destacando que esta campaña que cuenta con el

apoyo casi unánime de nuestra profesión, es en su gran parte mérito y esfuerzo, económico y físico, del Sindicato Médico del Uruguay".

De aquellos tiempos al presente mucho se han agravado las exigencias financieras de mantenimiento o compra de automóvil en relación con el salario médico. Actualmente se estima que promedialmente la cifra de mantenimiento de un automóvil se sitúa en los \$ 40.000 y el precio de compra en la cifra de \$ 1.000.000.

El coche del médico, pese al uso de servicio público a que está destinado durante la mayor parte del día, circula bajo un régimen impositivo privado. Por otra parte, como herramienta profesional dedicada preferentemente a aquel destino, debe ser uno de los rodados que camina más kilómetros por jornada.

Todos los médicos desean solucionar definitivamente el problema del automóvil, para alejar una preocupación que día a día, a lo largo de los años, perturba sus legítimas aspiraciones económico-laborales e incide en la práctica normal de su profesión, que debe estar liberada de toda otra preocupación que no sean aquellas de orden científico y técnico.

Es grande la cantidad de médicos cuyos coches, por su largo uso y vejez, incrementan su costo de mantenimiento. Son muchos los médicos cuyos salarios sin perspectivas de aumento, ya sea por la congelación o por imposibilidad de ampliación del mercado de trabajo, deben soportar una carga cada vez mayor para hacer frente a los gastos que demanda su rodado. De ahí que, interpretando la inquietud de la masa social, el Comité Ejecutivo haya creado una Comisión Especial para atender este importante asunto.

Entre los varios sectores de trabajo disponibles para la militancia gremial, se ha creído oportuno reeditar este sector para programar un plan de acción que culmine en realizaciones satisfactorias y colme necesidades planteadas hace más de dos décadas, que hoy adquieren acuciante vigencia.

DESTAJO Y MUTUALISMO

El C. Ejecutivo del S.M.U. ha recibido denuncias sobre una grave irregularidad en la contratación del trabajo médico en el mutualismo. El problema en particular ha sido remitido de inmediato a estudio de la comisión especializada correspondiente (Comisión Médico-Jurídica del S.M.U.), pero —sin perjuicio de ello, y por la trascendencia del asunto— hemos creído conveniente adelantar información general y alertar a nuestra masa de afiliados, contra el abuso y la estafa de que pueden ser objeto por parte de algunas instituciones mutuales.

En efecto, en los Capítulos XIV y XV del Laudo del Grupo 50, emitido por el correspondiente Consejo de Salarios el 27/DIC./65 y publicado en el Diario Oficial Nº 17.307 del 15/MAR./66, se establece una franquicia especial PARA LAS INSTITUCIONES CON MENOS DE 9.000 AFILIADOS, en el sentido de que puedan contratar servicios médicos en "media función" o "a destajo".

Esta franquicia exonera a las instituciones pequeñas de la obligación general que tienen las demás respecto de contratar técnicos de acuerdo con los horarios y volúmenes de trabajo determinados por el laudo y remunerados por un sueldo base completo.

El establecimiento de dicha franquicia estuvo motivado por el deseo de satisfacer legítimas aspiraciones de estas pequeñas instituciones que —deseando poder brindar todos los servicios técnicos que el avance de la medicina moderna puede aportar— por su escaso caudal de socios no podían tener un volumen de trabajo tal que permitiera la creación de cargos técnicos (preferentemente especializados) a tiempo completo. Ese fue el origen de la franquicia acordada para contratar médicos "a destajo" pagando las órdenes a valor 1.5.

Debe quedar claro que esta concesión médica —que decrece las expectativas laborales que el médico ya tenía conquistadas— se hizo en función de los más altos intereses de la colectividad a quien se asiste. Y a quien, mediante este sistema, se le dio acceso al usufructo de un mejor nivel sanitario-asistencial.

LOS HECHOS

Sin embargo, el S.M.U. está en conocimiento de que hay instituciones grandes (afortunadamente pocas), con volumen de trabajo suficiente, que usufructúan indebidamente del sistema de contratación de médicos "a destajo", previsto para otras instituciones, con otros y muy legítimos problemas que resolver. Problemas, que no tienen —sin duda— las instituciones que por su actuación incorrecta acaban de ser denunciadas.

El perjuicio ocasionado a la estabilidad económica y laboral del médico es claro: es un sistema de cuadros médicos "cerrados". Se toman más médicos que los que se precisan, no importa su número, pues se les paga a destajo, se les tiene así a la orden, no se les remunera la expectativa laboral que les impide perfeccionarse o simplemente actuar en otros lugares, y se intenta establecer entre ellos la competencia desleal ante la también insegura condición de trabajadores técnicos "al margen del laudo".

Este es un problema grave, que pone en peligro la elemental vigencia de las leyes y los Convenios Colectivos y que el gremio médico no puede de ninguna manera tolerar. Es por ello que el S.M.U. ha tomado la decisión de enfrentarlo de inmediato por medio de una serena pero vigorosa e inflexible acción gremial, que no cesará hasta la correcta solución del mismo.

AUTORIDADES DEL S.M.U.

C.A.S.M.U.

Presidente: Dr. Ruben Piestum.
Vicepresidente: Dr. Moisés Wasertein.
Secretario: Guaymirán Ríos Bruno.
Prosecretario: Br. Carlos Cagno.
Tesrero: Dr. Vicente Ballo.
Delegado del Cte. Ejecutivo: Dr. Jorge Verges Irisarri.
Vocales: Dres. Juan C. Reynés, Jaime Kalechsztejn, Roberto Maslah, Juan C. Canessa, Alberto Del Campo.

CE.M.E.L.A.

Presidente: Dr. Deobaldo Febles Alfonzo.
Vicepresidente: Dra. Gloria Ruocco.
Secretario: Dr. Hugo Parrillo.
Tesorero: Dr. Arturo Sánchez Palacios.
Vocal: Dr. Eduardo Mori.

C.A.B.M.I.

Presidente: Dr. Hugo Sacchi.
Vocales: Drs. Dante D'Ottone y Juan Severino.
Asesores Técnicos: Arq. Roberto Tiscornia e Ing. Jorge Cousillas.

Algo más sobre el Hospital Maciel

PUNTUALIZACIONES NECESARIAS

A raíz de nuestro artículo sobre el Hospital Maciel, hemos conversado con el Dr. Estable, su actual Director interino, a quien nos une una vieja amistad y una mutua consideración. No es necesario aclarar el sentido humano directo y la adhesión que tiene su actual Director a la obra del Hospital Maciel.

Nosotros creemos que él personalmente tiene, como decimos, una adhesión particularísima a la obra del Hospital Maciel, y ha sentido nuestro artículo como un desconocimiento a lo que puede haber de meritorio en ello; así como tenemos, por la versión directa de sus palabras, conciencia del desaliento que le creó una audición muy reciente en "Cristianos sin censura" a la que fuimos invitados conjuntamente con el Dr. Gómez Mango y el Practicante Grille.

Creemos por ello conveniente hacer, a manera de puntualizaciones, algunas precisiones para completar nuestra opinión, que es también sinceramente sentida y de adhesión a lo que entendemos debe ser el Hospital Maciel.

1) Pudo discutirse en su momento si debió realizarse la remodelación del Hospital Maciel o debió construirse otro hospital.

Sabemos que países como Francia remodelaron viejos hospitales, adaptándolos funcionalmente a las necesidades bajo forma de unidades docente-asistenciales.

El doctor Estable, con otros colegas y meritorios ciudadanos de la Comisión de Remodelación del Hospital Maciel, entendieron que debía readaptarse este hospital. Se trazaron, basados en razones de necesidad histórica e incluso de arquitectura o planta

física utilizable, los elementos necesarios para tomar esta resolución.

El tiempo, creemos, ha dado la razón al doctor Estable y a estos ciudadanos en cuanto a este aspecto.

La razón es sencilla: vivimos en el Uruguay y sabemos que si no se hubiera iniciado la remodelación del Hospital Maciel tendríamos un hospital totalmente derruido.

Es necesario y leal reconocerlo y apoyar la prosecución de la misma.

2) Se logró merced a las gestiones de esa Comisión la obtención de fondos bajo forma de donaciones. Sabemos, y es conveniente recordarlo, que los niños de la Escuela Pública uruguaya contribuyeron con más de un millón de pesos en colecta espontánea y en una demostración solidaria directa y enaltecedora.

El Estado además destinó una lotería en el mes de febrero, cuyo producido íntegro va al Hospital Maciel una vez por año.

Con ello se han podido proseguir dichas obras.

3) Conocemos directamente, por haberlo vivido, que cuando Clínicas de la Facultad quedaron sin un lugar en el Hospital Universitario, el viejo Hospital Maciel recibió a esas Clínicas con todos sus problemas y sus carencias, y en ello tuvo primerísima intervención la personalidad del doctor Estable, quien no sólo ha cedido sus salas, junto con el doctor Vidovich, sino que posibilitó soluciones. Quienes vayan ahora al Maciel verán cómo se "habilitó" un corredor cerrándolo como anfiteatro de emergencia para que se pudieran dar clases en él debido a que el viejo anfiteatro, contiguo a Sala Soca, comenzaba a

remodelarse para ser usado en el futuro por los docentes de la Facultad; el mismo viejo anfiteatro en que enseñaron Lussich y García Otero.

Pensamos en este sentido, cuán importante sería que el Hospital de Clínicas Manuel Quintela pusiera la misma celeridad para resolver situaciones similares de emergencia que el Hospital Maciel.

4) Pero aquí vienen los puntos de divergencia, que pensamos sean más aparentes que reales, con el doctor Estable, porque sabemos que él lo reconoce y que está atento a lo que se le sugiera o denuncie.

Los hechos por nosotros señalados sobre los grandes déficit asistenciales actuales son totalmente reales y verídicos, dolorosamente reales.

Es paradójico que se entrevean soluciones para los distintos períodos de la remodelación y no se conozcan las soluciones planteadas para el funcionamiento asistencial propiamente dicho del Hospital Maciel.

Es necesario ponerse de acuerdo sobre este hecho tan importante.

Creemos que si se logra esta aceptación, si se incorporan los cambios necesarios e imprescindibles para hacer del H. Maciel un verdadero hospital y no una cama que albergue en cualquier forma a un enfermo, se podrá obtener la conjunción de todos los sectores que trabajan en el Hospital, desde los técnicos médicos y no médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, personal administrativo y de servicio, etc. alrededor de la obra del Hospital Maciel.

5) Creemos, además, que la remodelación, como el mantenimiento de un hospital, deben quedar a cargo de la sociedad en forma organizada. Es decir, un país no puede esperar hasta que ese hospital se deteriore totalmente para luego apelar a la caridad pú-

blica y comenzar a reconstruir su edificio, dejando para más adelante el equipamiento y la dotación de personal imprescindible de sus distintas secciones.

El hecho de que debamos paliar el temporal como se pueda no quiere decir que es lo lógico o lo más ajustado a las necesidades.

En todo caso debe reconocerse que algunos han sabido capear el temporal, construyendo en medio de las ruinas como el doctor Estable y los ciudadanos que lo han apoyado.

No se piense que lo desconocemos, pero lo que debe quedar claro es que no queremos ni podemos callar lo que pensamos y sentimos. También nosotros creemos que ayudamos a capear el temporal y en alguna manera a evitar más ruinas y frustraciones con nuestros planteamientos o nuestras denuncias. No se trata, como se ha dicho, de una postura autoconformista al plantear las denuncias referidas sobre la situación funcional del Hospital Maciel. Se trata, por el contrario, de un sincero y meditado esfuerzo que está incorporado al quehacer sindical para lograr que se pase del esfuerzo exclusivamente individual, por más altruista que sea, de apoyar a través de aspectos parciales la solución de los problemas de Salud Pública, a una situación en que lo individual esté acompañado de un esfuerzo colectivo en cada uno de los hospitales y además de un gran esfuerzo societario a través de la cristalización en planes de Salud Pública.

No pretendemos sustituir lo uno por lo otro, pero es evidente que están perfectamente unidos el criterio de planificación, de regionalización y de funcionamiento coordinado de los distintos hospitales con lo que debe ser el destino de la Salud Pública en este país.

"El sueño de los proyectos produce monstruos"

(Parodiando a Goya)

En 1963, la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay hizo suyo un proyecto de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina, y lo elevó al Ministerio de Salud Pública.

Allí se planificaba la creación de un Hospital Psiquiátrico, de un Hospital de día, de servicios psiquiátricos en hospitales generales, de dispensarios psiquiátricos y centros de tratamiento precoz en las capitales de los Departamentos, de centros de post-cura, etc....

Teniendo en cuenta las dificultades económicas para la realización de ese plan, se estudió en Comisiones (a las que asistieron autoridades universitarias y hospitalarias, docentes, técnicos, estudiantes), un "plan mínimo de comienzo de reorganización asistencial", orientado por dos directivas fundamentales: descentralización y terapéutica activa. Se insistía en:

1) La creación de servicios psiquiátricos en hospitales generales de Montevideo, con capacidad para 15 o 20 enfermos.

DEL CORRELATO SOBRE "REORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA", PRESENTADO POR EL PROF. F. RAMÍREZ, A LAS JORNADAS MEDICO-SOCIALES NACIONALES DE 1967

El Hospital "Vilardebó" en Montevideo, instalado en 1880 con capacidad para 700 camas, alberga actualmente 1.800 pacientes. No es, actualmente, un hospital psiquiátrico, en el concepto moderno, sino un pésimo asilo. Las Colonias Bernardo Etchepare y Santín C. Rossi, totalizan unos cuatro mil pacientes.

En el Hospital Vilardebó hay Servicios que disponen de un solo psiquiatra para atender doscientos o trescientos pacientes; en otros, para igual número se dispone de dos o tres, pero siempre que se cuente con la buena voluntad de médicos honorarios. En las Colonias citadas la proporción es de un psiquiatra para 400 pacientes. Lo

2) La creación de dispensarios psiquiátricos y centros de tratamiento precoz en, por lo menos, 9 capitales departamentales, con capacidad para 15 o 20 enfermos (las mencionadas unidades psiquiátricas serían destinadas al tratamiento de casos agudos o de tratamientos psiquiátricos de comienzo).

3) La creación de un centro piloto de Clínica Psiquiátrica, a funcionar en el Hospital de Clínicas, con el doble propósito de una asistencia activa y de la formación de técnicos psiquiátricos.

Con estas y otras medidas, se contemplaba la progresiva disminución de la población hospitalaria del Vilardebó, uno de los escollos fundamentales para dignificar la asistencia psiquiátrica en nuestro medio.

Pasan los años, y los proyectos quedan. Los proyectos duermen, mientras los locos siguen agitando en una espantosa pesadilla. ¿Hasta cuándo el sueño de los proyectos seguirá produciendo monstruos?

que es más serio es que estos establecimientos son depósitos hacinados de enfermos crónicos, en su mayoría.

El personal de enfermería es aún más escaso. Su formación depende de la buena voluntad de aquellos que han ingresado como "guardianes", personas que debido a su bajísima asignación son aceptados sin ninguna base de conocimiento. Un enfermero, formado al cabo de dos años de actuación práctica, atiende hasta 100 pacientes y en las guardias nocturnas pueden depender del mismo hasta 300 pacientes.

Los servicios del Hospital Vilardebó tienen Salas con capacidad para 50 o más enfermos, la mayoría con servicios higiénicos deficientes.

Alrededor de la sexta parte de los pacientes de los Servicios Generales, duermen en el suelo, sobre un magro colchón. El Hospital carece de calefacción. Los pacientes están miserablemente vestidos y no siempre bien alimentados.

Las condiciones físicas, son realmente miserables, en general infrahumanas: además de lo anotado no disponen de comedores suficientes, lugares de estar o de ocupación; viven errantes como ex-hombres; muchos Servicios tienen salas insalubres; sin luz adecuada, incluso los techos se llueven, las camas son desvencijadas.

Lo que hemos denominado el plan general de reorganización fue planteado al M. de S. Pública en 1963 y será objeto de un párrafo especial. Hacer

mos esta referencia para hacer notar que no es por falta de información, ni de colaboración del sector técnico psiquiátrico que las cosas están tan atrasadas en nuestro medio. Es debido, fundamentalmente, a dos hechos: a) el prejuicio todavía arraigado en nuestro medio social sobre la incurabilidad de los enfermos mentales y, sobre todo, el rechazo que por los mismos experimenta el público en general, fruto de inmadurez cultural y del temor que se siente frente a los problemas psíquicos de cada ser humano; b) el error básico de querer cambiar la asistencia tratando de mejorar el H. Vilardebó, que no es un hospital sino un pésimo asilo, por lo cual habría que echarlo abajo y empezar de nuevo.

CLAUSTRO

COLEGA:

concurra a votar

noviembre 19 de 1969

F. Medicina

de 9 a 12 h. y de 17 a 20 h.

Lista para la elección de delegados del Orden Egresados a la Asamblea del Claustro de la Facultad de Medicina

Sistema de suplentes preferencial.
Marcelo Viñar, Maren Ulriksen de Viñar, Nelson Mazzuchi, Enrique Hazán, Edmundo Gómez Mango, Roberto Peroni, Germán Surraco, Miguel Mate, Arnaldo Lichinsky, Héctor Vinelli, Rodolfo Panizza, Ruben Agrello, Mario Aljas, Juan C. Neme, Jacqueline Ubal de Lungo, Eugenio Bonavita, Luis M. Piñeyro, Pedro J. Giorgi, Mario Pareja Piñeyro, Hugo Dibarboure, Félix Zylbergajt, Humberto Correa, Omar Ruiz Liard, Carmen Riveiro, Homero Demicheli, Héctor Artecona, Rómulo Peyrallo, Luis F. Algorta, Carlos Barreiro, Hugo Heijo.

Lista para la elección de delegados del orden Egresados de la Facultad de Medicina a la Asamblea General del Claustro Universitario

Sistema de suplentes preferencial.
Victoriano Rodríguez de Vecchi, Quinto Milton Cazes, León Leibner, Víctor Canetti, Federico Acosta y Lara, Enrique Griño.

OMISIONES PROGRAMADAS

Son múltiples los antecedentes que en materia de coordinación existen como iniciativa en nuestro medio. El propio ministro García Capurro los cita en la exposición de motivos del último proyecto y luego en el texto ignora hasta sus lineamientos más elementales.

Creemos que cabe la pregunta: ¿Se traspapelaron entre tantos proyectos o constituyen omisiones programadas?

I) ORDEN CRONOLÓGICO DE LOS ASPECTOS FORMALES

En mayo de 1968 una de las tantas reformas del Gabinete, emergida a su vez de otra de las tantas crisis políticas del Gobierno, lleva a la Cartera de Cultura al Dr. Federico García Capurro.

En agosto de 1968, el novel Ministro eleva al Parlamento un Anteproyecto de Ley de Coordinación que había sido finalizado de redactar en marzo, y en cuya elaboración él no había participado, no citando siquiera previamente a la Comisión Coordinadora responsable del mismo para enterarse, por lo menos, de todos los estudios previos que había hecho dicha Comisión. Como si esto fuera poco, prácticamente no le da tiempo suficiente a los diferentes Entes de la Enseñanza para que realicen las observaciones pertinentes, puesto que les anuncia la presentación de dicho proyecto en el Poder Legislativo muy pocos días antes de hacerla efectiva.

En julio de 1969, el mismo Ministro retira ese proyecto del Parlamento y eleva el primer proyecto de Consejo

Superior de Enseñanza e Investigación Científica, con una concepción radicalmente distinta, sin consultar a la Comisión Coordinadora ni a ninguno de los Entes.

Diez días después, este proyecto es sustituido por otro.

En setiembre de 1969, finalmente, vuelve el Dr. García a elevar el que hasta hoy parece ser el último proyecto, modificando el artículo 1º del anterior incluyendo en forma expresa a la enseñanza pública superior entre las que han de ser regidas por el Cosupen.

La multiplicidad de proyectos en lapso tan breve, revela ya la falta de seriedad con que se aborda el problema. Pero la carencia de seriedad queda aún más groseramente revelada en la no consideración por parte del Ministro de los antecedentes en la materia y que pasamos ahora a exponer en base al prolijo examen realizado por la Convención Nacional de Gremiales de la Enseñanza.

II) ALGUNOS ASPECTOS SUSTANCIALES

Entre los antecedentes a los que se hace referencia en el Mensaje que fundamenta el proyecto de Coordinación de la Enseñanza figuran: lo actuado por la Comisión Coordinadora de los Entes de la Enseñanza antes de 1967; las Resoluciones de la XX Convención de la Federación Uruguaya del Magisterio (1967) y la VIII Asamblea de Profesores de Enseñanza Secundaria (1968) y el "Informe sobre el Estado de la Educación en el Uru-

guay" terminado en 1966 por la Comisión de Inversiones y Desarrollo Económico (CIDE).

Importa detenernos aunque más no sea brevemente en estas cuestiones porque en dicho Mensaje se omiten las referencias al antecedente más cercano y parecido al proyecto actual —a saber el Anteproyecto de Coordinación de la Enseñanza— y se deforman las opiniones de la CIDE.

LA COMISION COORDINADORA DE LOS ENTES DE LA ENSEÑANZA

La Comisión Coordinadora de los Entes de la Enseñanza fue un organismo que comenzó a actuar en el año 1963, presidida por el Ministro de Instrucción Pública Pivel Devoto y con representantes de dichos Entes, luego pasó a funcionar en la órbita del Ministerio de Cultura (una vez aprobada la nueva Constitución). Su obra fundamental estuvo orientada en los últimos períodos de su existencia a la elaboración del Anteproyecto de Ley mencionado, que fuera culminado en marzo del 68, cuando era Ministro de Cultura el Dr. Hierro Gambardella.

Dicho proyecto fue ampliamente discutido por las direcciones de la mayoría de los Entes de la Enseñanza, que lo tomaron como base introduciéndole algunos cambios.

El Anteproyecto establecía la creación de una Comisión Coordinadora de la Enseñanza integrada por el Ministro y el Subsecretario de Cultura; el Presidente y un docente miembro de cada Consejo Directivo de los Entes de Enseñanza y un representante de la Comisión de Planeamiento y Presupuesto. Las competencias de la Comisión, sustancialmente eran: A) **promover** las directivas generales de la política educacional; B) **coordinar** la Enseñanza Pública mediante recomendaciones impartidas a los Entes; C) **promover** la celebración de convenios tendientes a la Coordinación de la Enseñanza; D) **emitir opinión** sobre los recursos necesarios para la enseñanza y su distribución entre los Entes; E) **realizar** mediante una oficina técnica los estudios necesarios para for-

mular planes y programas coordinados de desarrollo educacional que incluyen al sector público y privado, con participación de éste en los estudios. El proyecto establecía en su art. 7º que, en caso de que algunos Entes no se ajustaran a las recomendaciones de la Comisión, ésta podría instar al Ente a que las aplicara.

Como se observa, las características de la Coordinación de la Enseñanza no eran las de un organismo Supraordenador como el actualmente propuesto, sino las de un organismo asesor o consejero, cuyas resoluciones no tuvieran carácter obligatorio, sino de asesoramiento a los Entes de enseñanza, tal como se ha destacado con los subrayados realizados, aunque algunos de sus términos son ambiguos, permitiendo interpretaciones algo distintas a éstas. No es intención de este Informe analizar las posibles virtudes o carencias del proyecto de la Comisión Coordinadora; basta recordar que, por ejemplo, la Universidad emitió su opinión contraria entre otros al artículo 7º del proyecto, y E. Secundaria y Primaria propusieron también modificaciones. Lo que interesa señalar es la importancia del método de elaboración; el proyecto era un resultado de la opinión conjunta y meditada de cada uno de los Entes, que llevó a que el proyecto fuera apoyado en sus líneas generales por cada uno de ellos. Las diferencias con lo establecido por el proyecto de García Capurro —elaborado éste sin consulta alguna a los Entes— son notorias.

COMISION DE INVERSIONES Y DESARROLLO ECONOMICO

Las diferencias del informe de la CIDE —cuyas conclusiones no comprometen la opinión de ningún Organismo de enseñanza— con el proyecto del Ministro también son notorias.

No es ésta la oportunidad de enjuiciar el plan de desarrollo de la enseñanza elaborado por la CIDE (sobre el cual se expidieron diversas gremiales que integran la Coordinadora), ni analizar los evidentes errores conte-

sejo Superior de Educación) debía estar "dotado de competencias consultivas y de asesoramiento para establecer las líneas generales de política educacional que procede a dicho plan a la práctica por cada una de los Entes en el ámbito de sus facultades privativas". (Tomo II). Cabe observar marginalmente que, en el colmo del cinismo, la fundamentación de motivos del proyecto de García Capurro cita la transcripción indicada.

Ahora bien, esta ausencia de fundamentación técnica de la que adolece el proyecto del Ministro —o mejor, esta oposición del proyecto con todos los informes técnicos oficiales— no sólo se da en torno a cuestiones relacionadas con las características generales del proyecto, sino también con cuestiones más particulares aunque igualmente importantes.

Es relevante el caso del Instituto de Educación del que "dispondrá" el Consejo Superior de Enseñanza e Investigación "que tendrá como finalidad la formación del personal docente". La opinión de la CIDE sobre esta cuestión es la siguiente: "La integración de la formación pedagógica a un Centro de Investigación como la Facultad de Humanidades y Ciencias, permitiría reformar la docencia con la actividad concentrada y dinámica de la ciencia pura. A su vez, el sector académico tendría la oportunidad de seleccionar entre los efectivos del sector pedagógico, elementos que podrían orientarse a la investigación científica u otro tipo de estudios académicos" (Pág. 308 y 318, Tomo II). Después se agrega: "...El Ente responsable de la administración del Servicio sería la Universidad de la República."

Igualmente relevante es la confrontación que existe entre el proyecto de García Capurro y el informe de la CIDE sobre los Organismos directivos de la enseñanza. Dice el informe de la CIDE (pág. 295, Tomo II): "Con el objeto de adecuar la organización institucional a la estructura del sistema propuesto, parece conveniente que los actuales cuatro Entes de enseñanza se reduzcan a tres, rigiendo cada uno de ellos una de las etapas del proceso educativo total. La nueva organización institucional debería comprender el Consejo Nacional de Enseñanza Primaria y Normal, el Consejo de Enseñanza Media y la Universidad de la República. El Consejo Nacional de Enseñanza Media tendría a su cargo la formación del adolescente, tanto en lo que respecta a la enseñanza general como a la técnica. Se formaría a base de Enseñanza Secundaria y de la Universidad del Trabajo del Uruguay".

"Los Consejos de los Entes de enseñanza deberían integrarse con criterios semejantes a los actuales. Parece conveniente generalizar la participación de los docentes".

La observación de la orfandad —y la franca oposición— de opiniones técnicas que fundamentan las soluciones dadas en el proyecto de García Capurro a los problemas de la coordinación, es un paso más en la demostración de que lo de "la coordinación" no es más que un pretexto superficial que cubre los propósitos reales y previsibles del Anteproyecto.

EN LAS FUTURAS NOTAS PUBLICAREMOS:

- 3) Cosupen en la política del Ejecutivo.
- 4) Objetivos reales del Anteproyecto.

¿POR QUE?

POR QUE NO FUE PROFESOR

PORQUE se cuestionó su idoneidad moral en función de los siguientes hechos fehacientemente demostrados:

PORQUE siendo el Dr. Federico García Capurro Ministro de Salud Pública, pasa su cargo de Médico radiólogo del Instituto de Post Graduados de dicho Ministerio, al de Jefe del Departamento de Radiología en el mencionado Instituto.

PORQUE en ese presupuesto que da origen a la transformación del cargo, se crea el Departamento de Radiología del Instituto de Post Graduados que centralizará la docencia de la Radiología en Salud Pública; quedando como Jefe, con obvio beneficio personal, el Dr. García Capurro.

PORQUE en una clara desviación de poder intentó el traslado del Dr. Pelfort, en ese momento al frente del servicio de Radiología del Hospital Pasteur, al Hospital Maciel; considerando que el Instituto de Cirugía para Post Graduados funciona en el Pasteur, creemos innecesario todo comentario.

PORQUE habiendo apoyado en vida las gestiones del Profesor Piaggio Blanco, para obtener un equipo de Rayos X para su clínica, luego de su fallecimiento se opuso a dar curso a esas licitaciones.

POR QUE QUISO SER MINISTRO

PORQUE su conducta ulterior sólo muestra que mantiene sus características personales y que sólo lo anima el espíritu de avasallar la Universidad por haber señalado sus desvíos.

POR QUE DEBE IRSE

PORQUE co-participó en el asalto a la Universidad de agosto de 1968 perpetrado por la Policía según órdenes del Poder Ejecutivo, asalto que significó el episodio más indigno de cuantos han acaecido en la historia de las relaciones entre el Gobierno y la Universidad.

PORQUE fue co-autor del pedido de venia para la destitución de las autoridades legítima y democráticamente constituidas de la Universidad de la República, formulado ante el Senado por el Poder Ejecutivo, y que por su carencia de fundamentos, sólo puede interpretarse como un ataque a la Autonomía del Ente.

PORQUE es solidario implícitamente con la represión violentísima realizada por el Gobierno en relación con las manifestaciones públicas de los estudiantes que defienden la autonomía universitaria.

PORQUE fue co-autor del proyecto de reforma de las Elecciones Universitarias, claramente violatorio de la autonomía del Ente.

PORQUE COMO A PESAR DE TODOS ESTOS HECHOS LA UNIVERSIDAD SIGUE EN PIE INTEGRAL Y DIGNA Y AUTONOMA, INTENTA SOJUZGARLA CON LA CREACION DEL COSUPEN.