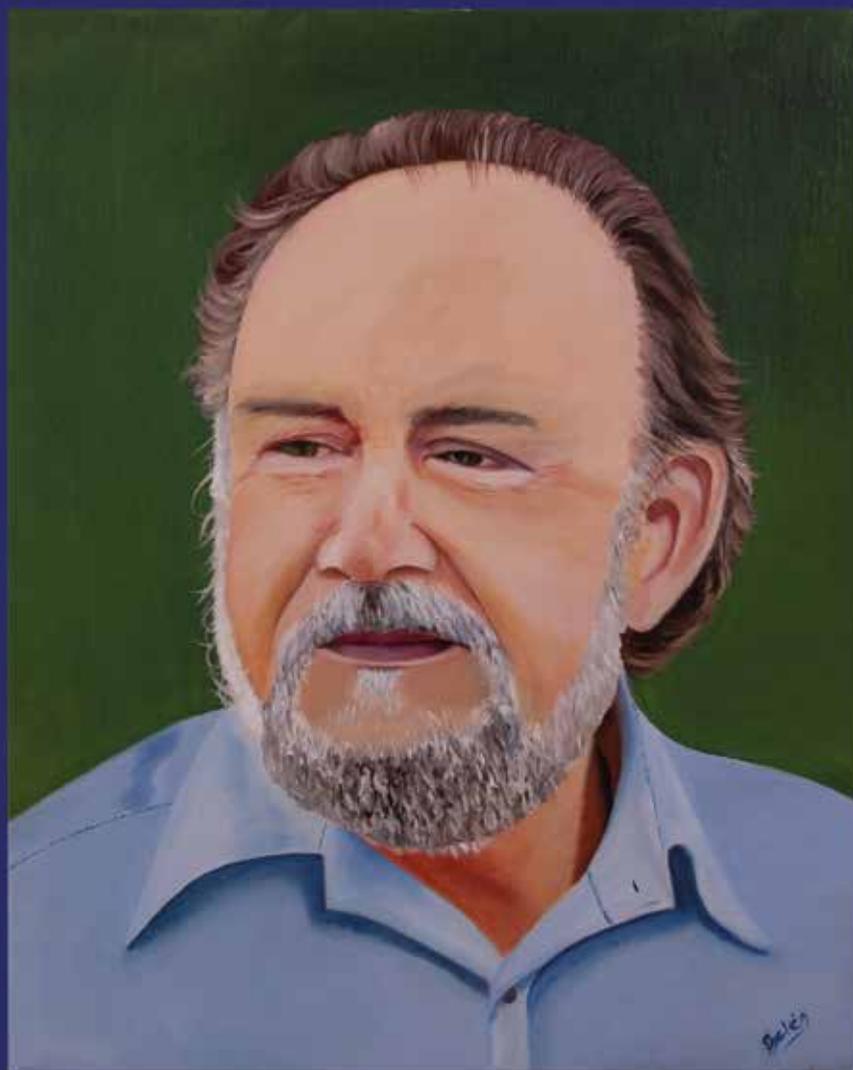


Juan Carlos Macedo

Médico y poeta, poeta y médico

Escritos médicos y otros aportes a la cultura



Elbio Paolillo
Antonio L. Turnes
Compiladores

JUAN CARLOS MACEDO: MÉDICO Y POETA, POETA Y MÉDICO
ESCRITOS MÉDICOS Y OTROS APORTES A LA CULTURA

© 2024, Elbio Paolillo y Antonio L. Turnes

Doble clic · Editoras
doble.clic.editoras@gmail.com
www.dobleclic.uy

Compiladores: Elbio Paolillo y Antonio L. Turnes

Tapa: *Juan Carlos Macedo* (óleo, 0,5 x 0,4 m), 2023, Belén González Irureta

Contratapa: *Más allá de nuestros días* (1975, óleo, 1,30 x 2,24 m). Óleo octogonal pintado en 1975 por Manuel Espínola Gómez, que integra la obra *Ocho poesías de Juan Carlos Macedo sobre ocho cuadros de Manuel Espínola Gómez* (Cal y Canto, 2003), gestada en las circunstancias narradas por Ana Inés Larre Borges en su texto "Un recuerdo", incluido en este libro y publicado originalmente en una separata en homenaje a Macedo en octubre de 2004.

ISBN: 978-9974-747-95-1

Montevideo, Uruguay, marzo de 2024

AGRADECIMIENTOS

Los compiladores agradecen a la familia de Juan Carlos Macedo, por haber compartido materiales guardados durante más de veinte años en el consultorio de Míguas, así como por sus múltiples aportes; al Sindicato Médico del Uruguay, por haber autorizado la reproducción de la separata realizada en 2004 en homenaje a Juan Carlos; a Wilfredo Penco, por el recuerdo de Juan Carlos uniendo lo poético con lo médico; al doctor Ariel Rodríguez Quereilhac, por haber compartido su rica y sistematizada iconografía, así como sus recuerdos y precisiones; al doctor Luis Bibbó, por su colaboración y aportes; a Silvia Gadea y a la familia de Cacho Gadea; a la doctora Adriana Bourdillon; a los doctores Gustavo Bogliaccini, Homero Bagnulo, Marcos Carámbula y Pilar Serra, por haber compartido sus evocaciones, incluidas en esta publicación; a Belén González Irureta, por su asistencia permanente y por la pintura que lleva la tapa; a Jaime Clara, por la caricatura de Juan Carlos Macedo incluida en este libro; a Leticia Ogues Carusso, de Doble clic · Editoras, por sus valiosos comentarios y sugerencias en el proceso de edición; a todos cuantos participaron en la gesta de los recuerdos de este entrañable amigo que fue Juan Carlos Macedo.

Pues si bien es cierto que “hay mensajes cuyo destino es la pérdida”, bastante más es cierto que “los mensajes perdidos inventan siempre a quien debe encontrarlos”.

Roberto Juarroz - Juan Carlos Macedo

Contenido

Prólogo	
Juan Carlos Macedo: sus auténticas fidelidades como médico y poeta.....	13
<i>Wilfredo Penco</i>	
Introducción	21
La Revista Médica del Uruguay	22
Compendio Revista Médica	23
La medicina familiar y comunitaria.....	23
Cronología	25
Juan Carlos Macedo (1943-2002). Apuntes para una biografía.....	27
PARTE I	
LA REVISTA MÉDICA DEL URUGUAY, EL GRUPO DE LOS LUNES Y EL GRUPO MÉDICO MIGUES	
La Revista Médica del Uruguay	37
Editoriales de La Revista Médica del Uruguay.....	41
Editorial del primer número	41
De la clínica a la medicina	43
Política editorial	45
Una revista de medicina general:	
¿Una teoría de la medicina? Nota I	46
¿Una teoría de la medicina?	
Introducción al conocimiento clínico. Nota II.....	49
Editorial de la Revista Médica del Uruguay en su 25.º aniversario	51
Participación en la creación del Grupo de los Lunes (1974-2002).....	53
Primer lunes sin Beto	53
Radicación y fundación del Grupo Médico Migues (1975)	57
PARTE II	
COMPENDIO REVISTA MÉDICA	
Fundación de Compendio Revista Médica (1977).....	61
Editoriales de Compendio (1978-1988)	65

Editorial del primer número	65
Editorial del número 2.....	67
El redescubrimiento del médico de familia.....	69
Herencia cultural y enseñanza universitaria	71
Aspectos para el análisis general del problema médico	73
Sobre la viabilidad-legitimidad del trabajo clínico: elementos para el diálogo	76
Médico, medicina y salud.....	84
De las ausencias o el médico general.....	86
Comentario de Juan Carlos Rey Tosar en Compendio Revista Médica.....	88
El médico general y la muerte	92
La historia clínica “completa”	95
Acuse de recibo.....	97
Ante la censura previa o de la pequeñez desmesurada.....	99
La tortura no puede continuar	100
La vida gremial recuperada: hacia una nueva Facultad.....	103
Diez años de Compendio	107
La Facultad en la comunidad	109

PARTE III

ESCRITOS VARIOS

Invitación al diálogo	113
Homenaje al Dr. Vladimir Roslik en el 15.º aniversario de su asesinato	115
Discurso del presidente de FEMI, Dr. Ítalo Moggi.....	115
“Este es un acto de la memoria”: Discurso del presidente del SMU, Dr. Juan Carlos Macedo	118

PARTE IV

NOTICIAS DEL SMU

Editoriales y publicaciones en Noticias	123
Hace veinte años que esperamos cambios.....	123
Abrir y abrirnos.....	126
Recuperar el espíritu gremial (entrevista).....	127
Espacios múltiples.....	131
Acuerdos y desacuerdos: el convenio salarial en proceso	132

El paso dado	133
Hechos a destacar	135
Esta tarea tiene sentido: Feliz 1999 para todos.....	137
Lo urgente y lo necesario	139
SMU y FEMI: misión solidaria a Honduras: La mística de la solidaridad (entrevista)	141

PARTE V

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Introducción	145
Juan Carlos Macedo. La residencia de medicina familiar y comunitaria.....	147
En recuerdo de Juan Carlos Macedo.....	151
Prólogo a <i>Atención primaria de la salud</i> , de Hugo Dibarboure Icasuriaga.....	153
Prólogo de los editores a <i>Introducción a la medicina familiar</i> : La medicina sincomial	155

PARTE VI

HOMENAJES

Homenaje en el Sindicato Médico del Uruguay.....	159
In memoriam: Dr. Juan Carlos Macedo (1943-2002).....	175
Recordatorio	177
Separata en homenaje a Juan Carlos Macedo, publicada por Noticias.....	179
El alba preservada	179
De tarde, en Migueles.....	183
Migueles queda en Migueles.....	186
Durar en la poesía	191
El 67.º presidente del SMU	195
Juan Carlos Macedo en misión poética: Alta poesía en Vichadero.....	198
Un recuerdo	200

ANEXO 1

INTERCAMBIOS EPISTOLARES

Carta de Guillermo Boido.....	205
Cartas de Jorge Bouton Martínez	206
Pase de Juan Carlos Macedo al Dr. Germán Goyeneche (Polaco).....	218

ANEXO 2

ARTÍCULOS ELABORADOS POR EL GRUPO MIGUES

Introducción	223
La práctica médica general en un medio rural Aspectos epidemiológicos del asma: 1.VI.1977-31.5.1979	224
La práctica médica general en un medio rural III Sobre la prevalencia e incidencia de la insuficiencia cardíaca congestiva.....	235
La práctica médica general en un medio rural IV Anemias y morbilidad crónica en pacientes con 75 años y mayores no agudamente enfermos.....	240

ANEXO 3

SEMBLANZAS DE MÉDICOS QUE HOY YA NO ESTÁN

Luis Gonzalo Aiello Astarita (1954-2010)	247
Roberto Avellanal (1929-2002)	252
Jorge Bouton Martínez (1914-1994)	255
José Pedro Cirillo Apolito (1921-2007)	257
Barrett Díaz Pose (1944-2007)	261
Hugo Dibarboure Icasuriaga (1928-2015)	263
Heriberto Pedro Gadea Ciappesoni (1938-2016).....	265
Carlos Alberto Gómez Haedo (1924-2010)	266
Germán Goyeneche Achigar (1954-2015)	268
José Kierszenbaum (1936-2011)	269
Juan Carlos Rey Tosar (1918-2008)	272

ANEXO 4

Imágenes.....	273
---------------	-----

EPÍLOGOS

Entrañable Juan Carlos	291
<i>Homero Bagnulo</i>	
Su opción por el santoral	295
<i>Marcos Carámbula</i>	

¿Quién fue (es) Juan Carlos Macedo Orcasberro?	299
<i>Elbio Paolillo</i>	
Reuniendo recuerdos.....	301
<i>Antonio L. Turnes</i>	
Sobre los compiladores de este libro	303
Elbio Paolillo Cabrera	303
Antonio L. Turnes	305

Prólogo

Juan Carlos Macedo: sus auténticas fidelidades como médico y poeta

Wilfredo Penco¹

Hace casi 37 años, en vida del médico y escritor que hoy recordamos, publiqué en *El Periodista de Canelones* una nota titulada “Juan Carlos Macedo, poeta de permanencias”. En esa nota, que he releído en estos días, escribí:

Durar, el primer libro de Juan Carlos Macedo, se ubica cronológicamente en los tramos finales de aquella serie editorial, Aquí Poesía, que Rubén Yacovskí y Saúl Ibargoyen dirigieron, con denodado esfuerzo, a lo largo de los años 60. Macedo había dejado de ser ya un adolescente, y su obra no presentaba las comunes huellas del aprendizaje. Esta etapa ya había sido superada, con éxito, y su entrega inicial mostró a un poeta maduro, responsable, ajeno a las improvisaciones y facilidades, que se sumaba a la literatura uruguaya con sensible demora en relación con las obras de sus estrictos cogenacionales y en la instancia prologal de una nueva generación y un nuevo y difícil tiempo.

Podría decirse que Macedo irrumpió en la compleja encrucijada de dos décadas, en el desencuentro de dos mundos, en el momento justo y necesario, convertido en engarce sutil sobre la ruptura de una sociedad en crisis.

En 1974, año de publicación de *Durar*, ya había quedado atrás el debate nacional ardoroso y convulsionado, la esperanza colectiva entrecruzada de luchas y fracasos, un modo de entender la comunidad que se resquebrajaba y no había podido impedir el propio derrumbamiento. Era la hora de la derrota, de la subsistencia después del naufragio: y no otra cosa se requería que aprender a sobrevivir sin que todo quedara borrado, a crear y afinar los instrumentos para sobrellevar las turbulentas circunstancias que se avecinaban, a establecer las formas de la resistencia, en fin, a durar, con esa “persistencia de estar”, según dice el poeta, como “Penúltima respuesta”.

Nacido en Rivera en 1943, Macedo conoció la vida montevideana en medio del fragor universitario, en su período más combativo, y cuando las opciones se estrecharon abruptamente eligió un camino que otros seguramente no hubieran homologado. Desperdigados por el mundo sus compañeros de generación, él también aventuró una forma de exilio, tal vez la más trabajosa, silenciada y atípica: partió hacia una pequeña localidad del departamento de Canelones —Migues— donde se afincó con su familia, instaló su consultorio de médico, y recomenzó así, a lo lejos y cerca, en el borde mismo de la

1 Conferencia pronunciada en la Sociedad Uruguaya de Médicos Escritores (SUMES), sesión de homenaje a Juan Carlos Macedo, el 17 de mayo de 2023.

inadvertencia, un modo de perduración que habría de traspasar los propios paréntesis de nuestra reciente historia colectiva.

Cuentan que Migués fue, en sus orígenes, una estación donde se detenía un único tren, de esas que hoy sólo registran, más que la memoria, la imaginación desmemoriada y los restos que aún pueden observarse en medio del campo, casi como sobras fantasmales. A su alrededor, y a escasa distancia, se fue formando el caserío habitado por gentes pobres, trabajadores, agricultores, tal vez el dueño de algún comercio sin esperanza de prosperidad. El pueblo pudo haber tenido algún empuje, algún progreso módico en cierto momento, pero finalmente quedó estancado como si así hubiera estado o sido siempre. Y así lo encontró el joven médico y poeta el día que decidió quedarse allí y desde allí afirmar la razón de su inmediata existencia.

Posiblemente en ese tiempo aún no sabía que esa nueva experiencia le confirmaría certezas esenciales, por ejemplo, que “En los pueblos pequeños / las tareas del hombre son sencillas / la esperanza. / El pueblo no repara si es tregua o desamparo / Pertenece a un mundo más vasto que nosotros”, o que “Lo que desaparece en Efeso y en Migués / o lo que permanece, el cambio / y el instante / [...] / Nada es igual después de la poesía”, o que “La geografía de Molles / era toda la tierra que bastaba”.

De este modo, ceñido, sin encandilarse con las palabras, pero sabiendo del poder de su deslumbramiento, Macedo fue construyendo su obra poética, breve y rigurosa, guiada por la convicción acerada de *Durar*.

Así fue como apareció, en 1976, *Durar II. Referencial e instrumentos*, publicado por Ediciones de la Balanza, que auspiciaban Rolando Faget y Laura Oreggioni. Nuevos poemas se agregaron a los incluidos en el libro inicial y esa suma, a pesar del tiraje limitado de su edición, pudo circular lo suficiente como para constituirse en jalón de la poesía uruguaya de la década, reconocido como tal por sus lectores y sus críticos. Desde entonces se habló de Juan Carlos Macedo más frecuentemente y aunque ese era el único libro al que se podía apelar como referencia, allí estaba concentrado su trabajo, consistente en “juntar / las palabras con la vida / [...] / unas pocas palabras / que no puedo guardar / para que vivan”, allí se radicaba su razón y su “hipótesis de juego”, su apuesta al futuro —trasmutada la convencionalidad del tiempo— concebido como transformación, como cambio, y unido a las permanencias, a “los fundamentos que aún nos perpetúan”. Su poesía, que ya en los primeros textos aparecía tensada en un cauce reflexivo y grave, hizo más notorios aún el sesgo sentencioso y la tersura musical de heptasílabos y endecasílabos estratégicamente distribuidos en un discurso libre y flexible en su virtualidad, pero a la vez severamente controlado.

Del conjunto de poemas incorporados en *Durar II*, hay uno extenso: “Preparación del llano”, que se convertirá en eje de su labor en los diez años siguientes, en los que predomina el silencio del trabajo poético sobre la publicidad de sus resultados, estos últimos solo conocidos parcialmente por la serie de *Poemas sueltos* presentada en 1982 al Concurso 12 de Octubre, en el que obtiene una mención especial, y por alguna esporádica publicación en

periódicos. Habrá que esperar a la reciente edición de *Durar III. Resistencias* (Arca) para observar la producción en su estricta magnitud, incluidos los textos varias veces anunciados que se basan en obras del plástico Manuel Espínola Gómez y los fragmentos ensayísticos en los que intenta una aproximación conceptual a la poesía.

Al reunir todos estos textos, más los anteriores, algunos ajustados y depurados, la personalidad poética de Juan Carlos Macedo, sus preocupaciones centrales, sus objetivos, quedan vertebrados con coherencia. Y la realidad de su mundo sintetizada, allí donde solo es posible la síntesis cabal sin que las intangibles esencias resulten desvirtuadas: en la poesía, donde la palabra es “el rastro del modo en que se hace”, donde se produce el encuentro de lugares y horas, voces y recuerdos, derrotas y esperanzas, amigos y soledades, amor y muerte, en fin, el único “sitio de reunión posible”, y a través de cuya permanencia se abre “un lugar en el mundo”.

Hasta aquí la nota de 1986. Un tiempo antes había escrito un brevísimo texto para la contratapa de su entonces último libro, editado por Arca, en el que señalé y ahora repito que:

Durar III. Resistencia es una suma en la que se condensa la obra del autor y su arte poética, maduradas en una larga y honda indagación sobre la vida misma. Interrogantes y certezas que se acumulan en las historias personales y colectivas quedan proyectadas en un único “sitio de reunión posible”: la poesía, donde *durar*, en el límite de su descubrimiento.

Han pasado más de tres décadas y media desde la aparición de ese *Durar III*, y algo más de dos desde la muerte de Macedo. Como homenaje póstumo, el largamente proyectado libro de poemas de Macedo sobre trabajos pictóricos de Espínola Gómez, cuya preparación fue gestada bajo los auspicios del editor Alberto Oreggioni, según ha recordado Ana Inés Larre Borges en vivaz testimonio, se publicó en 2003 con el sello Cal y Canto.

La Biblioteca Nacional reunió en un volumen, en 2013, bajo el título *Poesía de Juan Carlos Macedo* y con prólogo de Eduardo Milán, los tres libros completos dados a conocer en vida, incluidas las versiones de poemas que se reiteran con los ajustes y cambios realizados por el autor en las respectivas ediciones, a los que se sumó una sección titulada “Otras páginas. Poemas y artículos” que compendia diversos textos de su autoría en verso y prosa. Una edición de características similares, pero con variaciones, una vez más promovida editorialmente por la Biblioteca Nacional, apareció al año siguiente, en 2014, esta vez con el nombre que Macedo había elegido como emblema de su quehacer poético: *Durar*. En esta edición fueron incluidos los poemas inéditos del proyectado *Durar IV*, en los que la mirada, los ojos vertebran el conjunto.

A propósito del llamativo y peculiar libro en el que Macedo y Espínola Gómez confluyen, Tatiana Oroño, en su doble condición de atenta lectora de poesía y poeta ella misma, al tiempo que solvente crítica de arte, propone los siguientes agudos comentarios:

No es casual que [...] el proyecto editorial [de Macedo], incumplido a la hora de la muerte, haya sido el diálogo poético con las pinturas “polifocalistas” de Manuel Espínola Gómez. Un diálogo no solo, como es obvio, interdisciplinario, sino tensado por una vocación de ir más allá del cruce entre dos lenguajes artísticos hacia la articulación de una *koiné* transdisciplinaria. Una lengua franca “hablada” tanto por la recepción poética de la obra pictórica, como la puesta en página [pentagonal] de cada texto, su diagramación e incluso su lectura. Una “lengua”, en el caso de ese libro [de forma octogonal] en colaboración, articulada para registrar tanto el derroche como la máxima economía semiológicos. [...] [El] libro es el contrapunto de dos lenguajes dominados con maestría. Pero también representa una utopía de recuperación o amasado de identidad, trascendida a experiencia de diálogo, por parte de dos uruguayos que transitan la segunda mitad del XX provenientes de generaciones sucesivas. El contacto fue en 1975, el obsesivo “Año de la Orientalidad”, saturado de marchas militares. Las “Sonoras siestas lejaneras” de uno [Espínola Gómez] repican en el “De Arroyo Blanco en siesta”, del otro [Macedo]. Ambas infancias pueblerinas junto con vivencias del campo y de la cultura campesina se muestran configuradoras de estructuras de sentimiento. Y tal vez, de lenguaje. Montevideanos marginales a su manera, los dos tuvieron en común patrones lingüísticos no estándar, usos de la lengua que, supongo, debieron inducir a proyecciones, identificaciones, al recíproco reconocimiento. La escritura de ambos [porque el pintor también practicaba la escritura, incluso la artística] registra particularidades que, quien los escuchó hablar, vincula a sus relaciones orales.

“Creo no errar si afirmo”, agrega la sagaz comentadora, “que coincidieron en la importancia dada a la emisión de la voz, al discurrir conversacional, al logos reflexivo y también al silencio. ‘Vuelve el silencio a consumir su acto / de vasto peregrino’, escribe el poeta ante el cuadro ‘La luz, las distancias y las horas’. Y aventuro la hipótesis”, concluye Tatiana Oroño, “de que aquellos comportamientos relacionales fueron marca de culturas rurales que ellos, Macedo y Espínola, actualizaron con esmero, a la vez que efectuaban sus propias reinscripciones en la bohemia de tertulia de café, en la gestualidad pública del foro o la asamblea, en el ateneo profesional”.

Cuando, como en este caso, dos lenguajes artísticos se encuentran frente a frente desde realidades que interactúan con reciprocidad y vivencias redescubiertas en un común punto de inflexión, es su derivación utópica lo que termina encauzándolos en una posible síntesis de coincidencia.

En entrevista que Hugo Fontana preparó para *Brecha* en 1988, y ante la pregunta de si “crear utopías es una de las funciones de la poesía”, Macedo contestó sin vacilaciones: “Sí, estoy convencido. La poesía es la forma mayor de aclaramiento del mundo. [...] su lugar está en estar presente en todas las actividades humanas, ser físicamente ubicua. [...] si hay algún mito necesario ese es el de la poesía”.

Preciso en la enunciación de su ejercicio reflexivo, el poeta no dejó de reiterar algunos conceptos de firme arraigo en su personalidad y que le

resultaban incluso imprescindibles para la vida misma. Principios éticos y estéticos articularon su lugar en el mundo, la perspectiva de su relación en sociedad.

Por un lado, la profesión de médico, en particular de médico vocacional, con un consultorio abierto a la comunidad, prestando un servicio en profundidad y de abarcador alcance. Por otro, el poeta presente a toda hora, en su modo de ser, de estar, de comunicarse consigo mismo y con los demás. Ambos, el médico y el poeta construyeron juntos, inseparables, el trayecto vital.

Otros colegas y colaboradores que trabajaron con él en Migués dieron testimonio concluyente de su integridad cabal en la labor profesional. En tal sentido señalaron cómo acompañaba el itinerario del enfermo.

“Las historias son nuestro capital”, decía mirando con orgullo el conjunto creciente de sobres manila en el archivo [de su consultorio]. Es cierto. En Migués se aprende no solo leyendo libros sino también leyendo historias clínicas. [...] Si un desconocido quisiera descubrir quién era Juan Carlos Macedo, tendría dos caminos posibles: leer su poesía o leer sus historias clínicas. En su historia clínica confluyen la pasión por el diagnóstico, el trabajo metodológicamente planteado, la reflexión, el respeto por el enfermo, el compromiso con la medicina y con el grupo, ensalzados en exquisita redacción y caligrafía única.

En esa forma de encarar tan importante trabajo cotidiano, para el que se había preparado en las aulas universitarias y también fuera de ellas, con un enfoque de la salud como derecho humano fundamental, se abastecen definiciones que editorializó con perseverancia.

En la revista *Compendio*, que tanto le debió a su impulso, escribió en 1980:

Al médico corresponde afirmar la presencia de enfermedad o su ausencia y esto siempre referido a un instante concreto. Pues la doble mirada (paciente y médico) que estructura lo patológico y que construye el espacio de su afirmación o negación (el campo nosológico) está signada por la historicidad.

También dictaminó, basado en la Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud:

Estrictamente, la salud como estado de completo bienestar físico, mental y social, no es un asunto privado de la medicina, sino uno rigurosamente político. [...] el estado de salud no es problema de diagnóstico clínico o de conjetura o conducta terapéutica, sino de acierto y voluntad política.

Con estas y otras nítidas ideas se dirigió a colegas médicos una y otra vez, aunque no solo a ellos porque estaban destinadas también al conjunto de la sociedad. Respetado y reconocido ampliamente por la coherencia de lo que pensaba y su puesta en práctica, terminó siendo elegido presidente del Sindicato Médico del Uruguay, cargo que ejerció con dignidad, inteligente paciencia y entrega durante cuatro años.

Las historias clínicas de sus pacientes, el estado general de la salud, las relaciones humanas, el medio social, la experiencia del conocimiento: a todo estuvo atento y fue sensible, no escatimó esfuerzo ni dedicación. Lo respaldaba lo que es seguro que llevó siempre consigo como íntima certeza: la poesía, que es imaginación hacedora (como indicaba Saint John Perse), instructora de lo real, vía para el descubrimiento o la novedad. O, para decirlo con otras palabras del propio Macedo: "... experiencia de los únicos puntos a los que nadie escapa, lo común: los límites. [...] es decir, ni más acá ni más allá, sino en el límite, de lo que, por su presencia, ya no tiene. Es ese límite de lo ilimitado, que constituye una duración".

Por eso *Durar* fue su bandera, el título de toda su obra poética.

Cuando abordó la tan difícil relación entre el médico y la muerte, dejó constancia de algunas importantes conclusiones.

Escribió:

... la medicina no puede con la muerte, porque es el dolor el que funda la medicina, no la muerte. La muerte funda otras cosas, en todo caso.

... cuando nos enfrentamos a la situación [...] comprobamos que no estamos ante un enfermo, que no existe tal enfermo. Que estamos ante un moribundo. A un hombre que se va a morir.

... Porque la muerte del que está muriendo delante de nosotros, no es posible de un abordaje técnico. Exige un sostén ético. [...] Es decir, exige la acción en silencio de la solidaridad humana.

En vínculo directo con la instancia examinada, Macedo se aproxima a otra experiencia insustituible, la del amor. En tales condiciones sostiene:

Y aquí comprendemos, y si no lo entendemos no hay conocimiento sustantivo, que el amor es esa situación donde nada puede darse, donde nada debe darse. En el amor, si es amor, no se negocia, se toma lo necesario, lo justo, lo necesario y justo para creer, y a veces para saber, que no todo lo vivido está perdido, que en algún lado próximo o lejano hubo encuentro, que en esta instancia del límite definitivo, obliga a respetarnos, a tolerarnos. En suma, el acto de morir en el que está muriendo nos enfrenta con el amor humano. Y somete a quien asiste activamente al episodio a una prueba máxima de esfuerzo respecto a su función o capacidad de amar.

Su poesía dice lo mismo, con tensa concentración:

Es imposible enfrentar la muerte de los otros / (si es que eso ocurre realmente) / cuando el que está muriendo / penetra nuestros ojos. (Muertos. 1. Marcos Pichuaga)

Porque solo la muerte / construye la espesura del amor. (Muertos. 2. Rosa Pampillón)

No puedes darme nada / sino lo que me ofreces lo que tomo / No quiero darte nada / apenas lo que encuentres y sostenga / tu soledad, tus ollas, / tu

rostro claro de, / [...] Salvo que el renovado miedo a perder cosas / nos enseñe a mentir. Y comiences a dar / y yo a cambiar, a negociar tú entiendes / Los pequeños reproches, los silencios vacíos / La lenta construcción / de lo que se destruye sin saberse / La lenta destrucción / de lo que no ha podido construirse / Cuando olvidamos que nada puede darse / sino lo que hemos sido, lo que somos / Yo tomo tu presencia que es lo justo. (Del amor)

Dice Macedo también en sus meditaciones sobre el médico y la muerte:

La muerte y la poesía comparten el mismo privilegio: no se entienden. Porque ambas se ocupan de la identidad. En el momento preciso donde ganar es poco, siempre poco. Donde perderlo es todo. En el momento preciso, brutalmente ecuménico, donde quedamos solos.

Entonces son otros poetas que Macedo leyó y admiró quienes lo asisten, apenas en el borde de lo posible, como apuntalamiento de sus dichos: es T. S. Eliot, desde sus *Cuatro cuartetos*, cuando sentencia que “los seres humanos no pueden soportar demasiada realidad”, y es Salvador Quasimodo que proclama esta breve agonía: “Cada uno está solo sobre el corazón de la tierra / trasgado por un rayo de sol / y enseguida atardece”.

Eduardo Milán (otro poeta con quien compartió afinidades en relación con la poesía, al igual que con los argentinos Roberto Juarroz y Guillermo Boido, entre los más notorios, sin olvidar, en sus primeros tramos, a la siempre recordada uruguaya Selva Márquez, a la que dedicó su primer libro y un poema con su nombre en homenaje) sostiene que “Como William Carlos Williams, Macedo recurrió a la poesía para complementar con el imaginario, lo que sabía con la razón científica tanto teórica como experimental”.

También Salvador Puig, poeta y amigo de Macedo, aseguró que su apuesta a la poesía “siempre se asemejó a su dedicación científica, no por superposición, sino por su forma de tender —en ambas tareas— líneas sensibles de conocimiento”.

Arte y ciencia se hicieron presentes y se nutrieron con reciprocidad en la trayectoria de Juan Carlos Macedo, sin confundirse una con otra, pero mancomunadas ambas de principio a fin.

Una sostenida racionalidad abastece el discurso del poeta, que es también el del médico en las circunstancias que lo requieren. Por eso mismo, al referirse a la perspectiva noseológica en el trabajo clínico, su punto de partida no es otro que afirmar, como si lo dictaminara en sus poemas: “Si lo visible sólo es un ejemplo de lo real, la infinitud es la naturaleza de las cosas”, o “Las regularidades puntuales del tedio, las fiestas del encuentro, la luz escasa de lo que no se entiende, el desorden violento que implica la inocencia, no limitan ni amplían su actualidad. No la distraen”, o “La realidad barre la mirada, no tiene correspondencias”.

Respecto a su poesía, es cierto que “no cedió a la explicación o ilustración fácil de la realidad”, como observó Alicia Migdal, y “fue un poeta de la

dificultad de ser poeta, poeta de la reflexión y la problematización del uso de lo referencial y sus instrumentos, de la ciencia del arte, de la alusión y la elipsis”.

El fundamento de esa manera de asumir el acto poético radica en la concepción misma del poema, en el proceso de su escritura, en su espacio y sus vínculos, en la tradición moderna a la que se remonta y en la que se inscribe, todo como apuesta a durar, como él quería, a permanecer, al buceo en profundidad de la existencia, a un compromiso sin rémora, sin anclaje que lo detenga y que en “Homenaje a Paul Eluard” no duda en hacer explícito:

Si te nombro, / delimito tu espacio de los otros posibles, lo inauguro / En verdad corto el espacio, lo fragmento, separo: / te construyo, / y de paso demuestro su discontinuidad // El nombre de la cosa y la cosa nombrada, / nada de original no lo reclamo, / no se corresponden más que en lo imaginario / o en el breve momento de su nombramiento. / O en la búsqueda eterna, eso es la lucha, / del encuentro que logrado no puede terminar.

Riguroso, intenso, coherente, cerrado sobre sí mismo en la pertinencia de su fuero íntimo y a la vez abierto y solidario hacia el prójimo y en la perspectiva del porvenir (“el futuro es el acto necesario”, sostuvo sin más trámite), su compromiso es un conjunto de fidelidades auténticas que llegan intactas, potenciadas y sin dobleces, hasta nuestros días; es la obra que perdura con la lucidez que el poeta fue alumbrando, no desde Delfos con su oráculo, ni siquiera desde Mígyes, Arroyo Blanco u otros pueblos, sino desde la poesía misma, con sus saberes y lúcidos reconocimientos.

Introducción

Elbio Paolillo y Antonio L. Turnes

Juan Carlos Macedo fue médico y poeta. En 2014 la Biblioteca Nacional de Uruguay editó, con prólogo de Eduardo Milán, su poesía, compilando los tres libros que publicó a lo largo de su vida y poemas póstumos. Con motivo de acercarnos al 20.º aniversario de su fallecimiento, los compiladores hemos procurado recordarlo con la edición de este volumen que reúne algunos de sus escritos médicos, los más relevantes de los que han podido rescatarse. Entre ellos se incluyen editoriales que publicó para *La Revista Médica del Uruguay*, los que elaboró en *Compendio*, en la revista *Noticias del Sindicato Médico del Uruguay (SMU)* y en otros ámbitos, como alguna de sus intervenciones entre los años 1997 y 2001, en que Juan Carlos Macedo ejerció la presidencia del SMU.

Gran parte de estos escritos se nutrieron del intercambio con otros colegas, con los cuales se reunía periódicamente. El Grupo de los Lunes se reunió durante 27 años en casa del doctor Carlos A. Gómez Haedo, en la Avenida Sayago, para intercambiar y debatir sobre temas de medicina, de las publicaciones médicas y de la vida universitaria. Además de Gómez Haedo y Macedo, formaron parte de este grupo Roberto “Beto” Avellanal Migliaro, Omar “Gaucho” Etorena Onetti, José Pedro Cirillo Apolito, Federico Acosta y Lara, Walter García Fontes, Isidoro Sadi Ruso, Gustavo Serantes Suárez, José Glauco “Toto” Zurmendi Capuano, Oscar “Mariscal” Bazzino Manzano, Esmeralda Paulette Acosta y Federico Gilardoni Chedubeau. Uno de los editoriales de *La Revista Médica del Uruguay* refiere a este grupo en ocasión de la muerte de Avellanal: “Primer lunes sin Beto”.

El Grupo Médico Migueles se inició con los doctores Heriberto Gadea, Juan Carlos Macedo, Mabel Gambetta y Alicia Hoppe, y pronto se incorporaron Carlos Schulkin, Griselda Meneghetti y Miguel D’Agosto. Participaron médicos de varias generaciones hasta la muerte de Juan Carlos. Este grupo desarrolló una intensa actividad científica, describiendo por primera vez fenómenos epidemiológicos que no habían sido descritos hasta el momento en Uruguay. Otro grupo intercambiaba sobre medicina y arte en torno a un asado, en lo que el doctor Ariel Rodríguez Quereilhac dio en llamar “ateneos-parrilla”. Estos encuentros ocurrían en Migueles y asistían, además de Ariel, Heriberto “Cacho” Gadea, Mabel Gambetta, Griselda Meneghetti y sus familias. El

pintor Manuel Espínola Gómez y algunos poetas también participaban de estas reuniones.

La Revista Médica del Uruguay

Cuando las sombras cubrieron a la Universidad de la República y a su Facultad de Medicina con la intervención decretada por la dictadura cívico-militar en octubre de 1973, un núcleo de jóvenes sindicalistas sintió su deber recrear un espacio para el intercambio científico y social. Eso hicieron en el SMU Homero Bagnulo Saccomandi, Barrett Díaz Pose, Hugo Dibarboure Icasuriaga y Juan Carlos Macedo Orcasberro. Surgió así *La Revista Médica del Uruguay*, con ese artículo previo “la”, buscando significar que era la principal del país. Luego de un largo período de planificación, el primer número apareció en agosto de 1974 y continúa editándose hasta nuestros días, hoy transformada en una revista que figura en los repertorios internacionales como revista arbitrada de periodicidad fija, con las mismas definiciones que tomaron sus iniciadores, y desde hace muchos años editada exclusivamente en formato electrónico y de acceso libre.

La Revista Médica del Uruguay fue precedida por varias publicaciones médicas desde el siglo XIX hasta las primeras décadas del XX, como lo describe exhaustivamente el profesor Washington Buño en uno de los primeros editoriales posdictadura: “Sobre lejanos antecedentes de *La Revista Médica del Uruguay*”.²

Esta publicación que surgía pujante contendría artículos originales, fruto de la experiencia acumulada en temas de interés nacional por médicos uruguayos de todo el país. Los números se prepararon con gran anticipación, de acuerdo a un programa trazado para atender la epidemiología de las patologías prevalentes, con puestas al día por los principales referentes. El Grupo Médico Miguez publicó una serie de artículos denominados “La práctica médica general en un medio rural”.

La acción represiva de la dictadura tuvo por efecto la dispersión inicial del grupo editor, con dos de sus integrantes exiliados y los otros dos que seguían en el país pero enfrentando las dificultades propias del desarrollo profesional y familiar.

2 Buño, W. Sobre lejanos antecedentes de la Revista Médica del Uruguay. *Revista Médica del Uruguay*, 1986, 3: 211-212. Entre las publicaciones previas citadas por Buño, destacan: *Anales de la Sociedad de Medicina Montevideana* (1853, publicación de la Sociedad de Medicina Montevideana); *La Gaceta Médica*, cuyos primeros artículos se publicaron tan sólo un año después de la fundación de la Facultad de Medicina (1887); *La Facultad de Medicina*, aparecida en 1895, publicación principalmente de carácter docente; *Gaceta de Medicina y Farmacia* (1881); y *Revista Científica* (1888). La precursora (inmediata) de *La Revista Médica del Uruguay* es *Revista Médica del Uruguay*, que inició su publicación en 1898 y continuó apareciendo durante varias décadas.

Al ser intervenido el SMU en octubre de 1975,³ los interventores continuaron editando la revista y los dos primeros números que siguieron a su irrupción lo fueron con los contenidos que habían elaborado aquellos cuatro jóvenes, aunque ya las autoridades naturales del Sindicato Médico habían sido desplazadas.

Junto con la puesta en marcha de *La Revista Médica del Uruguay*, aquel mismo grupo de jóvenes entusiastas, respaldado por las autoridades sindicales, organizó ciclos de conferencias con invitados extranjeros que pusieron al día temas importantes de la profesión en aspectos como leucemias y linfomas, banco de drogas antineoplásicas, insuficiencia respiratoria, coronariopatías, toxicología, actualidades en cirugía, convocando a destacadas figuras de la vecina orilla, que dejaron jornadas memorables.

Cuando en marzo de 1985 se retomó la institucionalidad democrática, *La Revista Médica del Uruguay* volvió a ser conducida por sus fundadores, sucediéndose luego los relevos generacionales indispensables.

Compendio Revista Médica

A partir de 1978, aquella misma necesidad de expresión universitaria encontró nuevo cauce a través de la revista *Compendio*, creada esta por otro conjunto de estudiantes avanzados de Medicina: Elbio Paolillo Cabrera, Luis Alberto Bibbó Gutiérrez y Luis Gonzalo Aiello Astarita. De ellos fue la inquietud y acudieron al profesor doctor Carlos A. Gómez Haedo, quien, compartiendo la necesidad de forjar un instrumento, les orientó hacia Juan Carlos Macedo. Instalado en Migueles (Canelones), era un joven referente. Él, así como Gómez Haedo, se encontraban sin poder acceder a cargos universitarios por la discriminación de la dictadura y mantenían en pequeños núcleos el calor y la pasión de la medicina con raíz humanista.

De esta forma, *Compendio* editó sus números durante veinte años, pero durante la dictadura, con la intervención de la Universidad y del SMU, permitió esta revista no sólo vincular a los médicos del país con su mensaje periódico, sino que fue un canal para organizar actividades y reuniones científicas en diferentes puntos del territorio, acercando a las personas, médicos y estudiantes de medicina al calor de un vínculo social sentido como necesario.

La medicina familiar y comunitaria

Macedo se encontraba preparando el ingreso a la residencia de Medicina Interna junto a su gran amigo y compañero de militancia Barrett Díaz, cuando debió renunciar a la docencia en Facultad al negarse a firmar la Declaración

3 Turnes, A. L. *La intervención del Sindicato Médico del Uruguay (1975-1985), veinte años después de su término*. 2005, 24 de enero. Disponible en <https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/laintervencion.pdf>

de Fe Democrática impuesta por la dictadura. Fue entonces que comenzó a trabajar en Migueles a instancias de Cacho Gadea, que ejercía allí la medicina general. Durante los primeros años viajaba algunas veces a la semana mientras seguía radicado en Montevideo. En 1978, destituida su esposa, se instaló con su familia en Migueles. Esa ciudad que contaba con algo más de 2.000 habitantes se prestó como un ámbito natural para el desarrollo de la medicina familiar, disciplina en la cual ya se había interesado a raíz del trabajo de Hugo Dibarboure en Capilla del Sauce. Sin embargo, la especialidad no existía. Macedo y Dibarboure incidieron para que fuera reconocida, primero con el logro de la residencia específica en Medicina Familiar y Comunitaria, creada por la Comisión Nacional de Residencias Médicas (integrada entre el Ministerio de Salud Pública y la Facultad de Medicina), cuando era presidida por Gustavo Bogliaccini, que contó con cuatro residentes en su primer año. La residencia precedió en el tiempo al reconocimiento de la especialidad por la Escuela de Graduados. Hugo y Juan Carlos editaron con la Universidad de la República un libro de medicina familiar y comunitaria, que fue una herramienta esencial para iniciar el curso de la especialidad.

Los escritos de Juan Carlos Macedo aquí reunidos, junto a otros que quizás aún puedan encontrarse en hojas de papel cuadriculado, agendas, cuadernos de contabilidad y hasta cuadernos de cocina, constituyen en gran parte una forma de “resistir” y de “durar” en tiempos oscuros y en otros menos adversos.

Cronología

- 1943 Juan Carlos Macedo nació el 8 de marzo en la ciudad de Rivera.
- 1949-1960 Cursó sus estudios de primaria y secundaria en la ciudad de Rivera, donde inició su actividad gremial.
- 1961 Comenzó la carrera de Medicina en Montevideo.
- 1972 Obtuvo el título de doctor en Medicina.
- 1974 Fundó, junto a los doctores Homero Bagnulo, Hugo Dibarboure y Barrett Díaz, *La Revista Médica del Uruguay*, del SMU. Fue su redactor responsable desde el primer número hasta la intervención por parte de las autoridades del gobierno cívico-militar, en 1975.
- 1975 A causa de la situación política del país, abandonó su actividad docente en la Facultad de Medicina y comenzó su actividad como médico rural en Migues, Canelones.
- 1976 Integra y lidera junto al doctor Carlos A. Gómez Haedo el proyecto de *Compendio Revista Médica*, cuyo primer número se publicó en 1978, participan en los aspectos técnicos los estudiantes Gonzalo Aiello, Luis Bibbó y Elbio Paolillo.
- 1978 Se radicó en Migues. Allí promovió una intensa actividad de ateneos científicos y literarios que se realizaron en su consultorio. En ellos participaron destacados médicos, poetas y artistas.
- 1985 Integró el Consejo Editorial de *La Revista Médica del Uruguay* hasta el año 1990. Entre 1985 y 1990 publicó en ella, con el Grupo Médico Migues, varios artículos sobre la práctica médica general en un medio rural.
- 1988 Fue el autor del prólogo del libro *Atención primaria de salud*, del doctor Hugo Dibarboure, publicado por la Universidad de la República.
- 1996 Impulsó activamente, junto al doctor Dibarboure y otros colegas, la creación de la Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria.
- 1997 Fue elegido como el 67.º presidente del SMU y reelecto para el cargo en 1999, el cual desempeñó hasta el año 2001.
- 1998 Publicó, junto a Hugo Dibarboure, *Introducción a la medicina familiar*, libro editado por la Universidad de la República.
- 2002 Falleció el 16 de noviembre en Montevideo.

Juan Carlos Macedo (1943-2002)

Apuntes para una biografía

Antonio L. Turnes⁴

Nació en Rivera el 8 de marzo de 1943 y creció en la zona de Vichadero. Ingresó a la Facultad de Medicina en 1961, integrándose al Departamento de Fisiología, donde realizó tareas de docencia e investigación.

Macedo no conoció a Francisco Vardy Davison (1853-1921), aquel médico oriental formado en Edimburgo y que trabajó en Minas de Corrales desde 1880, quien, junto a su esposa, Ana Packer, asistió a los heridos de la batalla de Arroyo Blanco, cerca de Vichadero, en 1897. Pero creo que le hubiera gustado dialogar con aquel médico y con su esposa, para interiorizarse de aquel derrame de humanidad y amor que prodigaron a los heridos en una tarea también heroica.

Realizar el internado —que, como a su generación, le ocupó más de siete años por no haberse convocado nuevo concurso— le permitió estar cerca de Pablo Purriel y Jorge Bouton, tanto en el piso 8 como en el Hospital Saint Bois.

Graduado en 1972, se integró con sus compañeros Homero Bagnulo (1944) y Barrett Díaz Pose (1944-2007) a Hugo Dibarboure (1929-2015) en el Sindicato Médico y en 1974, ante la intervención de la Universidad y la clausura de los ámbitos de debate y creación de conocimiento universitario, fundan o refundan la *Revista Médica del Uruguay*, que alcanza a publicar cuatro números antes de la intervención, producida el 1.º de octubre de 1975.

El exilio de muchos compañeros determinó que quienes quedaban en el Uruguay, a la vez incluidos en el territorio pero excluidos de la Universidad, eligieran caminos de comunicación y encuentro con sus colegas del país, y así nació la revista *Compendio*

Fue otra trinchera de creación de conocimiento, de mantenimiento de la unidad de la profesión y de orientación para una medicina de calidad.

Luego de un intento infructuoso de radicarse en Rivera, Macedo se instala en Mígues, una pequeña población del este de Canelones, donde realiza su práctica médica ampliamente integrado a la comunidad y haciendo de ese espacio una escuela, que se conoció como el Grupo de Mígues, que integraron jóvenes que alcanzarían luego proyección nacional.

4 Conferencia dictada en la Sociedad Uruguaya de Médicos Escritores (SUMES), el 16 de noviembre de 2021.

Su casa de Migueles era lugar de reunión de ateneos médicos y literarios, como un continuo con los mismos participantes, enriquecido por la visita de amigos de letras.

Edita durante esos diez años tres libros de poesía, titulados *Durar I, II y III*, que son el desarrollo de los mismos conceptos.

Vuelta la democracia y poco antes la desintervención del SMU, retornando al país Hugo Dibarboure y luego Barrett Díaz, se retoma la edición de la *Revista Médica*, con los impulsos iniciales, pero ahora expandida a todos los socios del SMU, por resolución de su Asamblea. Con los años esta publicación pasaría a ser una revista arbitrada, integrada a los repertorios internacionales, representativa de la literatura médica del Uruguay.

En lo estrictamente médico, Juan Carlos contribuyó a la publicación de dos obras fundamentales sobre la medicina general y familiar, editadas por la Universidad de la República, y, junto a Hugo Dibarboure Icasuriaga, promovió la creación de la Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria, actuando ellos como tutores de los primeros residentes.

La vuelta periódica a Montevideo, con la apertura democrática, posibilitó que estrechara lazos con el editor Alberto Oreggioni, compartiendo reuniones periódicas que combinaban cena con discusión e intercambio literario y artístico, de la que participaban el anfitrión, Macedo, Wilfredo Penco, el “Peludo” Manuel Espínola Gómez (1921-2003), entre otros.

De allí surgió un proyecto, largamente acariciado entre el artista plástico y el poeta, de realizar una obra mixta que presentara en un mismo libro ocho cuadros y ocho poemas. A semejanza de lo que hizo Modesto Mussorgsky respecto de los cuadros del Arquitecto Viktor Hartmann, también Macedo unió la música de sus palabras a ocho cuadros de Manuel Espínola Gómez, inmortalizando una obra que hoy se exhibe en el Museo Nacional de Artes Visuales. También aquí se logró una simbiosis extraordinaria de texto e imágenes. La fueron perfeccionando a lo largo del tiempo, pero ninguno de ellos logró verla impresa, lo que sucedería un año después de su muerte.

La obra poética de Juan Carlos, además de las publicaciones referidas, fue reflejada en vida, en la *Antología de poesía del siglo XX* publicada por la UNESCO en Ginebra, lo que sorprendió a Juan Carlos cuando recibió una llamada telefónica de quien estaba traduciendo la obra al francés, para consultarle sobre algunos vocablos de sus versos.

No podemos hablar de su poesía, por no estar calificados para ese menester. Pero sí señalar que en su lenguaje, elocuente demostración de su permanente cultivo de la palabra y su erudición, hacía frecuentes menciones, directas o metafóricas, a los antiguos griegos. En su charla surgían desde Hipócrates a Dioscórides, de Hesíodo a Píndaro. Así, en su texto *Bases de acuerdo. Fragmentos*, nos decía Juan Carlos:

5. En Delfos, hay un lugar donde existió el oráculo más importante del mundo conocido. Muchos hombres sin saber de Delfos ni del mundo conocido,

también se reunían a la hora del fuego de los hijos; también amaron. En ese mismo tiempo: los hemos olvidado.

Y uniendo lo clásico con su propio mundo, agregaba:

En Migues, Arroyo Blanco, u otros pueblos, hoy, hay quienes desconocen que uno y otros existieron. Entre los tres ninguno se recuerda. Dicen que hoy, comprende a todos en la misma fecha; que es la misma historia. No es cierto. No es el tiempo, sino la duración en la poesía, el sitio de reunión posible.

La poesía es experiencia de los únicos puntos a los que nadie escapa, lo común: los límites. Poesía, es decir, ni más acá ni más allá, sino en el límite, de lo que, por su presencia, ya no tiene. Es ese límite de lo ilimitado, que constituye una duración.

Macedo fue buscado como candidato a presidente del SMU en un momento particularmente difícil y, accediendo a ese desafío, desempeñó de manera ejemplar la titularidad de la institución por dos períodos, entre 1997 y 2001. De ese tiempo deben rescatarse muchos hechos significativos, como la misión sanitaria a Honduras para ayudar a las víctimas del huracán Mitch, organizada junto a la Asociación Cristiana de Jóvenes, de la que participaron jóvenes médicos y estudiantes de Medicina, en una experiencia solidaria y enriquecedora; la solución de diversos conflictos en el ámbito de la salud pública y privada; la realización de reconocimientos y homenajes a la Comisión Nacional de Ética Médica surgida de la 7.^a Convención Médica Nacional de 1984; el homenaje realizado en el Palacio Legislativo al doctor Vladimir Roslik, a los quince años de su muerte; numerosos encuentros de artistas y médicos, de jueces y médicos, de responsabilidad médica y también el Congreso de Derecho Médico, con el que se marcaron los ochenta años del SMU; las relaciones con la Federación Médica del Interior (FEMI), que pasaron por su mejor momento, por el buen entendimiento entre Macedo e Ítalo Moggi y las apariciones públicas de ambos, dando un mensaje de unidad y tolerancia.

Luego de su muerte, ocurrida el 16 de noviembre de 2002, la Biblioteca Nacional publicó su poesía en un volumen con prólogo de Eduardo Milán,⁵ que incluye piezas inéditas en su parte final.

En ese prólogo, Milán realiza, entre otras, las siguientes precisiones:

La generosa duración
El de siempre

La obra entera de Juan Carlos Macedo (1943-2002) se compone de varias ampliaciones de un único libro: *Durar*, escritura que, en parte, modificó en cada entrega. Juan Carlos Macedo quiso que su obra fuera un solo ejercicio

5 Macedo, J. C. *Durar*. Prólogo de Eduardo Milán. Montevideo: Biblioteca Nacional, 2014.

propriadamente humano: el ejercicio de la duración (resistencia). Un solo ejercicio propriadamente humano: un único libro en varias ediciones. No hay mejor apuesta por la existencia humana, en especial cuando la zona médico-clínica de la vida está, en cierta forma para el poeta, controlada. En la poesía norteamericana hay una tradición de sabiduría poética que emparenta esta forma de arte con el curar. La poesía cura al hombre de los males del hombre. Lo sabían los indígenas, tal vez. En la poesía uruguaya, fuertemente racionalista, no hay rastro —hasta donde sé— de una estirpe poética de importancia que logre distinguir entre la razón que proscribe y reprime y la razón que cura —a la razón misma— con la imaginación.

En su actuación como presidente del SMU tuvo muchos momentos trascendentes, en cuanto a la toma de decisiones, por motivos de solidaridad, de intervención en graves conflictos de salud pública, como cuando los funcionarios amenazaron con abandonar la asistencia en los hospitales por reclamaciones salariales. En la reivindicación de la unidad gremial a nivel nacional, en armonía con la Federación Médica del Interior, en la recuperación de los archivos custodiados por la Comisión Nacional de Ética Médica, creada por la 7.^a Convención Médica Nacional en 1984, actualmente depositados en la Suprema Corte de Justicia; en el fortalecimiento de la *Revista Médica del Uruguay*, que alcanzó su madurez actual de revista indizada y digitalizada; en el fortalecimiento de las relaciones con la Organización Panamericana de la Salud; en la reinserción en la Asociación Médica Mundial (AMM), participando con delegados en cada una de sus Asambleas Generales e invitando al Consejo a reunirse en Montevideo en 1998, ocasión en que tuvo fundamental intervención para que pudiera reconocerse al Conselho Federal de Medicina como la entidad más representativa de Brasil para ser admitida como miembro pleno de la AMM.

A Juan Carlos hay que volver a leerlo, yo diría que con frecuencia, en los editoriales que dejó en la *Revista Médica del Uruguay* y en *Compendio*, particularmente aquellos que hablan del sentido de la medicina, de la Declaración de Alma-Ata (setiembre de 1978) —que promovía “Salud para todos en el año 2000”—, del médico y la muerte, en estos tiempos de pandemia y de discusión de proyectos de ley de eutanasia.

Hay que volver a sus editoriales sobre la censura previa o sobre la Tortura, escritos en tiempos oscuros. A sus búsquedas a través de Hipócrates y otros autores de la Antigüedad de la medicina, como guías para ubicarse ante los problemas de la práctica y la elaboración del conocimiento. A su compromiso con la medicina, con sus raíces, con el amor al prójimo, el amor a su familia a través de las generaciones: a su madre, a su esposa, a sus hijos, a su nieta. A su ejercicio digno y humilde, pero con gran altura, que fue capaz de generar un centro de nivel universitario en el pequeño poblado de Migues, que fue

referente para la creación literaria y para expandir un modelo de atención primaria de salud genuina, en el que abrevaron varios que serían luego líderes en diferentes campos.

Hay que seguirlo en su pensamiento, para conocer al partero que permitió el nacimiento en nuestro país, junto a Hugo Dibarboure Icasuriaga, de la medicina familiar y comunitaria de rango universitario, un reconocimiento que tardó décadas en producirse oficialmente, pero que era una necesidad sentida por mucho tiempo que las estructuras burocráticas universitarias no habían podido incorporar.

Tenemos que buscarlo y reconocerlo en su poesía, asociada a otras ramas del arte, para comprender que en el fondo no hizo más que plasmar en obra lo que es la esencia del hombre cuando su desarrollo intelectual supera los límites de su animalidad.

Debemos admirar que en esa búsqueda de trascendencia que él esquivó, de esos encuentros por años con el Peludo Espínola Gómez, su obra tan decantada, de conjuntar poesía y plástica, pudiera ser realidad luego de la muerte de los tres: del editor que los convocó y reunió tanto tiempo, del plástico y del poeta.

Pero, por sobre todo, podemos confirmar que, desde la mirada y la proyección social de su obra, trascendiendo la poesía y proyectándose en el *de*mos profesional, consagró los últimos años de su vida, llevando a cuestras su enfermedad que tanto lo limitaba físicamente, con una energía envidiable, haciendo realidad la unión del trabajo intelectual con la proyección a la comunidad, con el magisterio plasmado en tantas obras a las que aportó, como catalizador, por su sola presencia.

Desde Mígues, durante la dictadura, edificó una enorme fortaleza, no con piedras sino con ideas que permitieron el desarrollo de otra medicina, y expandió una cultura profesional con la que todavía permaneceremos por muchas décadas en deuda.

Hace más de cinco siglos, escribió Cervantes:⁶

La poesía, señor hidalgo, a mi parecer es como una doncella tierna y de poca edad y en todo extremo hermosa, a quien tienen cuidado de enriquecer, pulir y adornar otras muchas doncellas, que son todas las otras ciencias, y ella se ha de servir de todas, y todas se han de autorizar con ella; pero esta tal doncella no quiere ser manoseada, ni traída por las calles, ni publicada por las esquinas de las plazas ni por los rincones de los palacios. Ella es hecha de una alquimia de tal virtud, que quien la sabe tratar la volverá en oro purísimo de inestimable precio; hala de tener el que la tuviere a raya, no dejándola correr en torpes sátiras ni en desalmados sonetos; no ha de ser vendible en ninguna manera, si ya no fuere en poemas heroicos, en lamentables tragedias o en comedias alegres y artificiosas; no se ha de dejar tratar de los truhanes, ni

6 Cervantes, Miguel de. *Don Quijote de la Mancha*. Edición del IV Centenario. San Pablo: Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española, 2004, pp. 666-667.

del ignorante vulgo, incapaz de conocer ni estimar los tesoros que en ella se encierran. Y no penséis, señor, que yo llamo aquí vulgo solamente a la gente plebeya y humilde, que todo aquel que no sabe, aunque sea señor y príncipe, puede y debe entrar en número de vulgo. Y, así, el que con los requisitos que he dicho tratare y tuviere a la poesía, será famoso y estimado su nombre en todas las naciones políticas del mundo.

Más cercano en el tiempo, en nuestra época, escribió Octavio Paz:⁷

¿Qué nombra la poesía?

Se ha comparado la poesía con la mística y con el erotismo. Las semejanzas son indudables; no lo son menos las diferencias. La primera y más decisiva es la significación o, mejor dicho, el objeto: aquello que el poeta nombra. La experiencia mística – sin excluir a la de sectas ateas, como el budismo y el jainismo primitivos – implica la noción de un bien trascendental; la actividad poética tiene por objeto, esencialmente, el lenguaje: cualesquiera que sean sus creencias y convicciones, el poeta nombra a las palabras más que a los objetos que éstas designan. No quiero decir que el universo poético carezca de significado o viva al margen del sentido; digo que en poesía el sentido es inseparable de la palabra, es *palabra*, en tanto que en el discurso ordinario, así sea el del místico, el sentido es aquello que denotan las palabras y que está más allá del lenguaje. La experiencia del poeta es ante todo verbal; o si se quiere: toda experiencia, en poesía, adquiere inmediatamente una tonalidad verbal. Es algo común a todos los poetas de todas las épocas pero que, desde el romanticismo, se convierte en lo que llamamos conciencia poética: una actitud que no conoció la tradición. Los poetas antiguos no eran menos sensibles al valor de las palabras que los modernos; en cambio, sí lo fueron al del significado. El hermetismo de Góngora no implica una crítica del sentido; el de Mallarmé o el de Joyce es, ante todo, una crítica y, a veces, una anulación del significado. La poesía moderna es inseparable de la crítica del lenguaje que, a su vez, es la forma más radical y virulenta de la crítica de la realidad. El lugar de los dioses o de cualquier otra entidad o realidad externa, lo ocupa ahora la palabra. El poema no tiene objeto o referencia exterior; la referencia de una palabra es otra palabra. Así, el problema de la significación de la poesía se esclarece apenas se repara en que el sentido no está fuera sino dentro del poema; no en lo que dicen las palabras, sino en aquello que *se dicen entre ellas*.

En sus escritos médicos, Juan Carlos Macedo adopta también un lenguaje poético, transformando sus palabras en pensamientos muy decantados, a veces oscuros, pero plenos de sentido. Sintéticos, pero elocuentes. Reflexivos e inspiradores.

Para él, el uso de la palabra era la herramienta fundamental en la comunicación y le daba a cada una el lugar y la intención precisas, escogiéndolas para reunir las en frases que expresaban su pensamiento en forma compacta,

7 Paz, O. *Obras completas*. Barcelona: Galaxia Gutenberg, 1991, tomo II, pp. 487-488.

con gran economía de recursos pero a la vez con toda la fuerza de su espíritu, condensado en aforismos y sentencias de hondo significado.

Porque además de médico y poeta, era también un filósofo, en permanente reflexión sobre la praxis, la literatura, la filosofía y la historia. Particularmente con sus constantes referencias al mundo antiguo, a los griegos del tiempo de Pericles, con referencias a Hipócrates, al Partenón y a esa rica herencia cultural que está en las raíces del pensamiento occidental.

Esto se manifiesta particularmente a través de los escritos médicos aquí reunidos. Hay que leer los editoriales de *Compendio* y la *Revista Médica*, creada durante la dictadura, como elemento de comunicación, actualización y resistencia. En circunstancias muy difíciles, cuando la censura o la cárcel se cernían como amenaza para quien expresara por escrito sobre hechos graves como la tortura y la muerte en prisión, pero en versiones oficiales que se tergiversaban desde el poder, es donde se ponía de manifiesto esa relevante calidad de Juan Carlos.

Para recordarlo quienes en su momento lo leyeron, o para conocerlo los que no eran ni estaban, es que merecen apreciarse atentamente estas páginas maestras.

Parte I

***La Revista Médica del Uruguay,*
el Grupo de los Lunes
y el Grupo Médico Miguez**

La Revista Médica del Uruguay

Antonio L. Turnes

El 27 de junio de 1973 se produjo un cambio institucional con la disolución del Parlamento y la puesta fuera de la ley de varios partidos políticos, medios de comunicación y la central sindical. En setiembre tuvieron lugar las elecciones universitarias, por primera vez con voto secreto, carácter obligatorio y alta participación, para renovar Consejos de Facultades y Claustros. En octubre es intervenida la Universidad de la República, son apresados los decanos y consejeros de todas las facultades y se suspenden los cursos iniciados en marzo anterior, que no se reanudarían hasta promediar el año siguiente.

En este panorama, el Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay, asumido en mayo de 1973, debió enfrentar una situación totalmente nueva y desafiante. Integrado aquel cuerpo por José Pedro Cirillo (presidente), Homero Bagnulo (vicepresidente), Barrett Díaz Pose (secretario médico) y Manuel Liberoff (tesorero), se aprobó unánimemente la propuesta de desarrollar un programa de educación médica continua para paliar el cierre universitario, que impedía el funcionamiento del ámbito universitario de intercambio y actualización del conocimiento científico. Dicho programa tenía dos vertientes: a) organizar reuniones periódicas de actualización con referentes de grandes centros médicos universitarios argentinos y b) iniciar la publicación de una revista científica destinada a la actualización del médico general y a ser lugar de publicación de la producción científico-médica nacional.

Las reuniones científicas fueron muy exitosas, concitando un público calificado y que brindó amplio respaldo a la iniciativa, para el desarrollo de nuevos enfoques clínicos y terapéuticos sobre temas novedosos para la época en cirugía digestiva (con la clínica del profesor Emilio Etala y colaboradores), hemato-oncología (con los doctores Miguel y Santiago Pavlovsky), insuficiencia respiratoria (Aquiles Roncoroni), coronariopatías y arritmias (Carlos Bertolazzi), toxicología (Emilio Astolfi y Alberto I. Calabrese), entre otros. Los encuentros se hacían los viernes de tarde y los sábados a la mañana, con los invitados argentinos de primer nivel, que concurrían honorariamente con sus colaboradores, permitiendo ámbitos de excelente integración para el intercambio.

La Revista Médica del Uruguay, denominada con el artículo “la” precediendo al viejo nombre *Revista Médica del Uruguay*, que había existido desde 1898 hasta varias décadas más adelante en el siglo XX, comenzó a ser editada por

el Sindicato Médico del Uruguay cuando ya se había iniciado la dictadura en Uruguay, a partir del 27 de junio de 1973, cuando fue disuelto el Parlamento. Como una tarea de educación y resistencia, el Sindicato Médico, a través de cuatro médicos jóvenes —Homero Bagnulo, Barrett Díaz Pose, Hugo Dibarboure Icasuriaga y Juan Carlos Macedo—, hizo irrumpir esta revista, destinada a difundirse mediante suscripción. El Consejo Editorial así integrado acometió su ímproba labor de construir una publicación científica orientada al médico general, en circunstancias difíciles pero con ideas claramente definidas. Encargó artículos a autores de prestigio, a verdaderos equipos con experiencia en temas fundamentales para la actualización del médico, y sólo hay que asomarse al índice de sus primeros números para ver la calidad de los trabajos y de sus equipos autorales.

Tenía este Consejo Editorial —que en realidad funcionaba con una fuerte integración fraterna, entusiasta y amistosa, compartiendo objetivos, disfrutando con la tarea comprometida que realizaba— una definición editorial concreta: la programación de varias ediciones, que implicaba la reunión colectiva o individual con el autor o autores principales, el seguimiento a través de los meses para conocer el avance de los trabajos y finalmente la revisión de los originales para conducirlos a la imprenta, al mismo tiempo que se procuraba la financiación mediante anuncios publicitarios de la industria farmacéutica. De modo que, cuando el Sindicato Médico del Uruguay fue intervenido por el Poder Ejecutivo el 1.º de octubre de 1975, había elaborados ya casi dos números enteros de la revista. Uno de ellos, el volumen II, número 3, se hallaba en la imprenta para ser finalizado. El Consejo Interventor utilizó ese material y lo produjo tal cual estaba. Como único detalle, sustituyó la nómina de autoridades electas del SMU y los nombres del propio Consejo Editorial de la revista con la mención de sus integrantes (del Consejo Interventor). Así salió este volumen II, número 3, en marzo de 1976, cuando la intervención llevaba ya seis meses de actividad. En setiembre de 1977 se publicaría el volumen III, números 1 y 2, utilizando el material generado por aquel Consejo Editorial dos años antes, dedicando un número entero a las ictericias de causa médica, quirúrgica y pediátrica. Ese número ya no tuvo editorial. El Consejo Interventor ya había también variado, siendo el tercero de los cinco que dirigirían el SMU hasta el 28 de enero del año 1985, cuando sus autoridades naturales retomaron la conducción de la gremial médica. Esta exposición va a modo de razón por la que el trabajo del grupo editor no tuvo continuidad y tampoco el desarrollo de los editoriales de Juan Carlos Macedo.

El surgimiento, en marzo de 1978, de la revista *Compendio* daría bajo otra forma continuidad al mismo proyecto. Su director científico sería Carlos A. Gómez Haedo y el redactor científico, Juan Carlos Macedo. La redacción responsable estaría a cargo de tres jóvenes: Gonzalo Aiello, Elbio Paolillo y Luis Bibbó. En un comentario editorial aparecido en el segundo número de *Compendio* (volumen 1, número 2), de junio de 1978, se decía:

Ha aparecido ya el primer número de “COMPENDIO”, Revista Médica del Uruguay, y lo que fue un proyecto y una idea de un grupo de jóvenes entusiastas, es una realidad.

Este comentario editorial, también escrito por Juan Carlos Macedo, daba en esa frase inicial la clave para la identidad de ambas publicaciones: una que ya no se podía llamar *La Revista Médica del Uruguay*, a la que la intervención del SMU le había quitado el artículo, el carácter y la esencia; y otra que ocuparía, también como testimonio y herramienta de resistencia, el espacio en el pensamiento y el afecto de los médicos uruguayos.

Editoriales de *La Revista Médica del Uruguay*

Editorial del primer número

(volumen I, número 1, agosto de 1974)

En primer lugar, la formulación explícita de los parámetros a los cuales se ceñirá *La Revista Médica del Uruguay*.

El contenido será preferentemente clínico. Se elaborará con la intención de aportar algo útil al médico que actúa hoy en nuestro medio. Más detalladamente: contribuir a la conducta clínica divulgando información que enriquezca y sistematice el campo en que opera el razonamiento diagnóstico y mantener actualizado el capítulo de los recursos paraclínicos y terapéuticos.

Se incluirán además trabajos que pongan de relieve otros componentes de la actividad médica, del orden de lo preventivo, de la promoción de salud, y de la rehabilitación post-mórbida.

La investigación científica, orientada con una metodología rigurosa, estará indisolublemente ligada al tema de todos los artículos y en algunos constituirá su rasgo conspicuo; su aplicación a la temática médica más esencial y cotidiana, recabando el material experimental en nuestro medio concreto, producirá conclusiones factibles de revertirse en la práctica clínica habitual. En los hechos, el carácter prospectivo de la mayoría de estas investigaciones, solicitadas con anticipación suficiente a sus equipos autores, intentará incentivar y reorientar la investigación científica médica en el país.

Como garantía intelectual todos los autores atesorarán una condición: la experiencia personal en el problema que tratan.

Tendrán participación todos los sectores del Cuerpo Médico Nacional, sin desatender a los del interior del país.

Se publicarán secciones permanentes: resúmenes de artículos importantes de la literatura médica; actualizaciones farmacológicas y de biología médica; casuística de interés; pautas terapéuticas; historia de la medicina en el Uruguay.

En segundo lugar: debe señalarse el carácter no arbitrario, reflexivo, de todo lo expuesto. La actividad médica puede y debe ser objeto de una reflexión de nivel científico, sobre su naturaleza y su destino en cada momento y en cada lugar dados. ¿Por qué no hacerlo en el Uruguay, ahora?

Como toda práctica, la medicina cuenta con herramientas que aplica a su objeto para la obtención de un producto, todos peculiares y humanamente trascendentes en su caso, lo cual aumenta la importancia de la autoconciencia que de ello pueda tener, a efectos de no andar a tientas. Esa autoconciencia, reflexión o teoría de la medicina, no es una doctrina abstracta formulada de una vez para siempre, sino una actividad continua en el plano de la teoría o del razonamiento científico, una “práctica teórica” que va acompañada con la actividad médica en constante progreso. Ella debe estar presente en la medicina de hoy.

De la clínica a la medicina

(volumen I, número 2, noviembre de 1974)

La práctica médica pone en juego una actividad científica, la clínica, cuyo acto creador es el diagnóstico.

Esta creación no está en el plano de lo estético, que es lo que define lo artístico, sino en el plano de la actividad racional sometida a metodología científica rigurosa.

Considerando “lo enfermo” como una experiencia biológica, el método clínico no es otro al fin, que el experimental, y la historia clínica el protocolo de experiencia. Una vez recogida la misma, el planteo clínico resulta en la “inversión” operativa de esa experiencia. Debe señalarse que no es la exactitud con criterio matemático lo que define una ciencia, sino la predictibilidad, y ésta no exige resolverse siempre en una sola posibilidad, sino en la propuesta de todas las que correspondan, pero no otras.

No olvidar la esencial variabilidad de lo biológico.

El diagnóstico clínico puede considerarse a veces una hipótesis de trabajo que los hechos (evolución del enfermo, aporte de métodos paraclínicos, respuesta terapéutica del paciente) pueden confirmar o no.

El proceso diagnóstico se inicia en la entrevista médico-enfermo, introducido por el relato del paciente y elaborado por el médico que lo ubica en estructuras operativas sindromáticas o no, con la suficiente fuerza significativa que hace posible una apertura a lo nosológico. Es la extensión abusiva de una experiencia médica personal, la que permite muchas veces establecer diagnósticos sin pruebas concluyentes. Ello constituye simplemente una manifestación de empirismo.

La elaboración médica del diagnóstico no tiene una finalidad meramente especulativa, sino que tiene como objetivo iniciar una conducta.

Este objetivo está condicionado por factores limitantes: el estado de conocimiento médico universal y factores locales en la aplicabilidad de dichos conocimientos, estrechamente vinculados a la existencia, organización y posibilidades de los servicios de atención médica.

A expensas de la clínica que centra su objetivo en el diagnóstico de un enfermo, ha crecido y se ha desarrollado la medicina; un campo con otro objeto: la salud de la población. Expresión de esa íntima relación de clínica y medicina la constituye el hecho de que aún hoy, la salud se mide, se expresa, por la negativa. Los indicadores sanitarios son al fin índice de enfermedades.

El objetivo de la medicina es la salud, tanto en la consideración del caso individual como en la atención médica de la población. En el primer caso este hecho se expresa en múltiples aspectos de la relación médico-paciente, en la

capacidad del médico para actuar como placebo, en el tratamiento y sostén de los incurables, etc.

En el segundo, en considerar el grupo familiar como unidad de la atención médica, en los estudios epidemiológicos promovidos por la atención de casos, en fin, en el trabajo orientado a la prevención y protección de la salud tanto en la escala individual como de masas.

Esta actividad médica revierte en la clínica, la nutre de nuevas informaciones, y la enriquece, contribuyendo a una mejor formulación del diagnóstico, especialmente mediante el uso del método epidemiológico incorporado a todos los problemas de salud.

Política editorial

(volumen II, número 1, marzo de 1975)

La RMU publica artículos referentes a la medicina general, no publicados previamente, y en el entendido de que no lo serán posteriormente, salvo bajo la forma de resúmenes, o con el consentimiento expreso de los editores.

Los artículos versarán sobre revisiones críticas, presentación de una experiencia o investigación clínicas, de laboratorio o epidemiológica, especialmente vinculados a la actividad médica nacional.

Se exigirá de los mismos, proyección o contenido preferentemente clínicos, cuyas consecuencias operen en la sistematización del razonamiento diagnóstico, y en las posibilidades necesarias de su profundización mediante recursos actualizados y accesibles, que apoyen racionalmente el abordaje terapéutico y las medidas emergentes de protección y promoción de salud.

Se aspira, explícitamente, a que propendan al establecimiento de normas de conducta regulares, viables, metodológicamente rigurosas que promuevan el empirismo cotidiano al nivel de lo científico, como exigencia ineludible de una práctica médica que intente mantenerse en un terreno de legitimidad.

REVISIONES CRÍTICAS: sobre problemas clínicos concretos, estarán basados en la experiencia del autor que oficiará como elemento referencial de la presentación. Es imprescindible que en la bibliografía consultada se incluyan los trabajos nacionales más relevantes sobre el tema, así como las más autorizadas referencias de la literatura médica internacional. La redacción responsable se reserva competencia en la elección de autores y problemas, aunque con criterio amplio, se mantendrá abierta a la consideración de sugerencias.

COMUNICACIONES ORIGINALES: sobre trabajos de investigación clínica, de laboratorio o epidemiológica, descripción de experiencias clínicas, informes de ensayos sobre nuevas drogas o modos terapéuticos, métodos diagnósticos, contribuciones a la etiología y patología; epidemiología nacional.

SECCIONES PERMANENTES: incluirán, pautas terapéuticas, casuística de interés, métodos paraclínicos, comentarios bibliográficos, revista de revistas y cartas enviadas a la redacción a propósito de artículos publicados en la RMU, y otros aspectos vinculados al quehacer médico.

Considerará eventualmente la publicación de notas históricas, educación médica, literatura de la medicina, ateneos clínicos, conferencias.

Una revista de medicina general: ¿Una teoría de la medicina? Nota I (volumen II, número 2, junio de 1975)

I -

Aproximadamente 19.000 publicaciones médicas periódicas se editan en el mundo. BIREME registra 705, que corresponden al área latinoamericana. En nuestro país no podrían contarse más de 10, suma generosa, sin duda, y que incluye aquellas de aparición muy infrecuente.

La Revista como escritura, registro de actos, propuestas y aspiraciones, se ha constituido en objeto fundamental del proceso cultural del hombre, de una actividad, en un sitio y momento cada vez más universalizados, pero aún no ubicuos.

En una zona donde la historia se hace con las peculiaridades de la nuestra, el problema cotidiano de ser actuales trasciende la seducción de lo inmediato, y no significa necesariamente ni constituye una condición obligada y suficiente el estar informados de las novedades, simultáneamente a su descubrimiento. Comprendemos que esto, en el área de nuestra especificidad, la medicina, más que una aseveración azarosamente compartible, es la resultante de una propuesta subyacente a la que niega, cuya formulación en el terreno de la positividad, debe ser efectuada.

En su expresión más general, esta propuesta se funda, al tiempo que fundamenta *La Revista Médica del Uruguay* y la vigencia de una publicación de medicina general en nuestro medio, en la consideración de lo actual, como una reunión o coyuntura concreta de la historia, donde el tiempo no tiene otro lugar que el de una convención, para facilidad de ubicación de los momentos de un tránsito, que no acabado en este corte transversal o infinitesimal que vivimos como lo presente, se mantiene transmitiendo (única opción de existencia) la práctica de una conducta que, a la par que se realiza, conserva abiertas, destruyendo sus limitaciones, las posibilidades de su propio cambio y superación. Lo actual, pues, liberándose de los mitos del tiempo, es una vivencia hacia, es una mirada o ejercicio en perspectiva, que no elude los aciertos del pasado por cuanto los incorpora, que tampoco castiga sus fracasos en tanto reflexiona sus debilidades, y que a su vez explora y descubre sus ausencias, como sitios posibles de apertura.

Esto no implica, la exaltación o sumisión a lo ocurrido, ni deduce de éste, por generalización de semejanzas, la fantasía de ciclos o caminos inexorables.

La actualidad en nuestra medicina de hoy, considerada globalmente, esto es, sin olvido de aquellos que la hacen vigente; en la trilogía de sus constituyentes, atención médica-investigación-docencia, se ofrece como una realidad

esencialmente no creadora: ineficaz o injusta en la asistencia, no productora de conocimientos, e inundada y hundida de empirismo de cuño nominalista, su docencia. Realidad, entonces, subsidiaria, condicionada, colonizada y siempre deslumbrada, aún hasta la ceguera, por los actuales centros metropolitanos que, debe recordarse, son su propio esfuerzo junto a nuestras carencias, en dualidad necesaria para su condición de tales.

Para una actividad como la nuestra, con novedades diarias, cuyos integrantes, médicos, trabajan en un área que ha sido definida como de subdesarrollo o en vías de desarrollo, más que ser actualizados o informados episódicamente, se trata de ser actuales activa y permanentemente. Reconocido el ámbito que abarca, nuestra actuación implica la responsabilidad de conocer las últimas noticias (siendo la información un problema no resuelto a nivel internacional, en el nuestro se multiplica), redefinirlas o redimensionarlas y ubicarlas en nuestra escala de factibilidad, que necesariamente debe diferenciar y definir prioridades y deseos, o tentaciones. Pero sobre todo, nos exige el riesgo de practicar nuestros propios errores, en un juego controlado, como una experiencia ineludible, si pretendemos la legitimidad de una autonomía no como soledad, sino como participantes activos, depositarios responsables, del proceso de la cultura médica universal.

II -

Expuesto lo anterior, ¿cuáles sus relaciones con una Revista médica?; ¿cuál el vínculo interno que edifica como unidad una Revista médica general?; necesaria, ¿por qué? en un momento en que la especialización es norma y aspiración; ¿cuál su función dentro de aquella trilogía constituyente?

Una respuesta unívoca a esta multiplicidad sólo puede encontrarse en el ámbito de una anterioridad que no es previa, en el campo teórico, en una concepción o teoría de la medicina como guía, si puede construirse, como fermento, aun cuando fracase, para un “cogito” vigil y alerta ante lo inmutable, o aún solo, y sigue siendo válido el planteo, como agresión movilizadora para quienes aferrados a la pasividad de lo obvio, no la sospechan o ya la han resuelto, sin informarlo, como innecesaria.

Cierto es que vivimos una época en que la palabra teoría, en una suerte de remozada sínoca o fiebre inflamatoria de los tratados antiguos, ha irrumpido en la literatura casi como revelación, capaz de resolver por su solo enunciado insuficiencias de los más variados campos. Pero aceptamos el riesgo de su uso, paralelo al intento de su restitución como necesidad básica de la actividad médica.

Algunas advertencias preliminares: en primer lugar, estas anotaciones, no son las de un filósofo profesional o teórico de formación, sino que constituyen el trabajo de médicos, que desde su propia actividad, ante las ausencias y confusiones que ésta les propone, se disponen a pensarla, justamente

allí donde fracasa y se limita a una mera colección de semejanzas, o a una dependencia cada vez más insular, de la tecnología moderna. En segundo lugar, una teoría no constituye un formulario o enunciado de maniobras, cuya posesión o comprensión, obligatoriamente altera la inmediatez o relativiza hasta la inmovilidad, los actos del ejercicio diario. En ese sentido, la manzana de Newton puede seguir tranquila en su caída con su verdad vigente, si bien en los extremos en los que el árbol, como objeto, carece de sentido, micro y macrocosmos su insistencia sólo conducirá al fracaso. Esto es, la necesidad y validez de una propuesta teórica deben ponerse a prueba en sus extremos, en las zonas donde una realidad hasta entonces tranquila, exige, ante el desconcierto de sus límites, una ruptura, un cambio de ver y hacer una respuesta nueva, que a la par que resuelve, se plantea a sí misma como problema.

En tercer lugar, final e introductoria, la medicina constituye una práctica multidisciplinaria de objetivo plural centrado en la salud, ya como curación o prevención o promoción. Debe admitirse, empero, que como positividad, la salud no existe más que en el terreno de las aspiraciones o imprecisiones operativas, tal la definición de la OMS, de completo bienestar psicofísico y social.

Su existencia, sin embargo, se da como negatividad frente al hecho positivo de la enfermedad.

Pero ésta no es una autonomía sin sustancia, que se posa o se aleja o se exorciza. El hombre es quien enferma, y ese es justamente, el hombre enfermo, el objeto de la clínica médica. Con su objeto concreto de conocimiento, en una larga jornada milenaria, venciendo dominios y mecanicismo, diferenciándose el tiempo que construye sus contornos como otras tantas disciplinas que vienen a apoyarla, erige su independencia de saber racional, más allá del reconocimiento de una suma de hechos que, sin ella, no supera lo anecdótico y ahí se quedarán para jamás ser vistos, inaccesibles a la acción, en la tranquila paz de un continente aún no descubierto.

¿Una teoría de la medicina? Introducción al conocimiento clínico. Nota II

(volumen II, número 3, marzo de 1976)

Algunas reiteraciones previas. La clínica no comparte con el arte más que aquellos caracteres comunes a toda actividad humana potencialmente creadora. En efecto, no puede confesar un objetivo estético en su práctica; no podría ejercerlo; porque la materia prima sobre la que trabaja y el método con el que la transforma, logran la elaboración de un producto de naturaleza distinta: el diagnóstico clínico. Esto no implica negar un fuerte componente gnoseológico en el arte ni mucho menos, frecuente confusión originada en el uso poco riguroso de crear, negar la creación en la actuación del clínico. La pesada sentencia, aún tan ampliamente difundida, de que la medicina es ciencia por su método de estudio y arte por su aplicación junto al lecho del enfermo, no puede sostenerse más que en una zona de ambigüedad, incompatible con cualquier consecuencia operativa. Debe convenirse que, en este enunciado, arte es un eufemismo por desconocimiento.

Cierto es que hay sitios unánimes, como la muerte, en los que el médico vive de manera particularmente frecuente, obligada, sostenida, esto es, sin atenuaciones, y hasta a veces no consciente, la experiencia del fracaso y de su propia muerte. Lugar impostergable de la conjetura dominada por la más honda afectividad, siempre renovada ante el cambio cualitativo que representa, la muerte no constituye un criterio de definiciones, ni sustituye con su pesada presencia la racionalidad que le precede y se le opone: los actos médicos, y que de alguna manera nos permiten controlarla, esto es, ubicarla en un cuerpo de conocimientos.

Tal como la realizamos hoy, la clínica no tiene la antigüedad del dolor; tampoco tiene la de los hospitales.

¿En qué momento pierde el dolor su condición de culpa y comienza a ser pensado como proceso de naturaleza, semejante a la mirada que lo expresa?

¿En qué momento creer o no creer, curar o no curar, pasan a ser sustituidos por un saber basado en la pregunta que, como respuesta, encuentra una actitud de búsqueda posible, es decir, metodológicamente practicable y empíricamente contrastable?

¿En qué momento se convierte el dolor en objeto de una práctica que lo transforma en conocimiento?; o de otro modo, ¿en qué momento decisivo, vencida ya la culpa, supera la etapa de su singularidad, que como objeto real y concreto lo hace existente, y comienza a ser descubierto como parte de un lenguaje irreductible a su inmediatez originaria?

No lo sabemos... No importa demasiado por ahora; pero esa ruptura, es la que ha hecho de la clínica una ciencia.

En un tiempo explosivo de la revolución científico-técnica, una práctica cuyas técnicas fundamentales se ejercen con la palabra y los cinco sentidos corporales, de una manera directa, no resulta una imagen fácil o ejemplar de la ciencia. En efecto, junto al desarrollo que ha posibilitado la actual tecnología, sin el control teórico se constituye en un obstáculo psicológico que dificulta la comprensión del carácter de la clínica, y surge la tentación empirista de las sustituciones. El microscopio no es una extensión del ojo, sino del cerebro que lo piensa. Este enunciado ya clásico, ilustra de modo claro el valor y las limitaciones, la ubicación y el significado de toda técnica respecto del pensamiento científico. Cuando pensamos hoy en el infarto de miocardio, su imagen nos resulta imposible sin cardioscopio, desfibrilador, etc.

Sumergidos en esta realidad, olvidamos que la edad del infarto como entidad, no supera los 60 años. Y la gran mayoría de nuestra actualidad clínica no tiene mayor edad. Esto debe servirnos para recordar que la clínica no es vieja, que es el fruto aún joven de un modo de producción teórica o del pensamiento, sometido a una historia material no lejana que la ha hecho posible, pero que también la cerca desde el pasado en un intento permanente de esterilización. Fertilizarla significa reconstruirla a nivel de teoría, esto es a nivel de conocimiento formal-abstracto, cuyos conceptos posibiliten el conocimiento científico de las singularidades que la habitan: los casos clínicos concretos y reales, y además le permitan nuevas dimensiones.

Ubicados en el plano formal-abstracto, deben decidirse el objeto, el método y el objetivo de esta práctica teórica o del pensamiento. ¿Sobre qué objeto trabaja la clínica? Sobre el hombre enfermo. ¿Cuál es el método con el que transforma el dolor en acción destinada a definirlo y suprimirlo (el objetivo)? El método clínico, que, como lo anticipáramos, es el método experimental. En suma, y como hipótesis tentativa, puede definirse la clínica, como el modo teórico de producción del diagnóstico médico.

No hay ciencia sin conocimiento previo constituido en problema; esto puede demostrarse para la clínica como objeto formal-abstracto, y también en el plano de la singularidad de un médico frente al enfermo. No hay ciencia sin una técnica de exploración o contrastación; la clínica la posee, y es la historia clínica: anamnesis, examen físico y técnicas auxiliares. No hay ciencia sin hipótesis a demostrar; el planteo clínico las define. No hay ciencia sin posibilidad de estimar el valor de sus hipótesis; la clínica lo realiza desde el comienzo de la historia, a través de sus estructuras operativas sindromáticas o no, hasta las consecuencias de la terapéutica. No hay ciencia sin conocimiento nuevo; eso es el diagnóstico. No hay ciencia sin un lenguaje que la exprese con precisión, rigor, sin ambigüedades; esto es posible en la clínica. Todo esto, que no es definitivo, nos permitirá abordar en un plano tentativo, las sucesivas afirmaciones precedentes. Debe saberse, para evitar confusiones, que este tratamiento de la clínica debe considerarse como hipótesis heurística de un trabajo teórico de investigación.

Editorial de la *Revista Médica del Uruguay* en su 25.º aniversario

(volumen 15, número 2, agosto de 1999, p. 83)

La *Revista Médica del Uruguay* fue fundada hace 25 años. Nació en otros tiempos, en tiempos oscuros, ya instalada la dictadura.

El presidente del Sindicato Médico del Uruguay de entonces, Dr. José Pedro Cirillo, fue su gran impulsor. La revista surgió como un acto de reafirmación de la presencia del gremio, de legitimidad de su vigencia, como un acto de claridad y reunión desde nuestra especificidad, como un acto de civilización en tiempos de destrucción.

Esta decisión se inscribió en una de las mejores tradiciones del gremio desde su fundación: la protección y estímulo de la producción científica y su difusión.

Junto a la *Revista Médica del Uruguay* se recreó la Biblioteca “Dr. Alejandro Saráchaga”, fruto del mismo fundamento.

Pasado el período dictatorial y la intervención del SMU, la *Revista Médica* ha retomado, otra vez en manos gremiales, un sostenido desarrollo que la ubica como la principal revista médica del país. Cuenta con un cuerpo editorial de alto volumen académico, la institución del arbitraje como exigencia de aceptación de trabajos, la inclusión en bases de datos internacionales.

La actuación en el área de la cultura médica es una de las vertientes de la política gremial de mayor importancia, impacto y responsabilidad que debe cumplir el SMU. Es una tarea constructiva.

En el 25º aniversario de su fundación, corresponde agradecer al Dr. José Pedro Cirillo y a todos quienes en mayor o menor medida han contribuido a esta realización, que se inscribe ahora como una sólida presencia en el proceso cultural uruguayo.

Dr. Juan Carlos Macedo
Presidente del SMU

Participación en la creación del Grupo de los Lunes (1974-2002)

Primer lunes sin Beto

Primer lunes sin Beto

En lunes, por la tarde, como desde hace 27 años, habíamos de reunirnos, esta vez le llegado temprano a la casa de Gómez Hacedo. Conversamos sobre hechos triviales mientras esperábamos al resto del grupo. Llegó Sadi. Poco después Cirilo, Etorona, Serautis, Zucmendi y Bachirio. Paulete no pudo venir. Cuando estuvimos todos, asuntos de la Facultad, del SMU y de Compendio dieron origen a diversos comentarios. ^{auténtica en sus cosas}

El mate comenzó a circular. La tarde a crecer. La lectura, ajustada al capitulo, fue interrumpida en numerosas ocasiones. No hubo calma en las voces ni calma en los ojos. Hasta que comprendimos. Es difícil esperar a Beto. Ha muerto.

Un hombre irrepetible, Roberto Avellaual, ha muerto. Un deseo irresistible de vivir ha cesado. Y de placer de vivir. Los que lo extrañamos: "cómo leer el dolor correctamente, o de cualquier otra forma?" (Seamus Heaney). Quien dispuso esta muerte no estaba en sus cabales, el mundo es menor.

Es lunes. Por la tarde, como desde hace 27 años, habremos de reunirnos.

Esta vez he llegado temprano a la casa de Gómez Haedo. Conversamos sobre hechos triviales mientras esperamos al resto del grupo.

Llegó Sadi. Poco después Cirilo, Etorena, Serantes, Zurmendi y Bachino. Paulete no pudo venir.

Cuando estuvimos todos, asuntos de la Facultad, del SMU, y *Compendio*, dieron origen a diversos comentarios.

El mate comenzó a circular. La tarde a crecer entretenida en sus cosas. La lectura ajustada al crepúsculo, fue interrumpida en numerosas ocasiones.

No hubo calma en las voces ni calma en los ojos. Hasta que comprendimos. Es inútil esperar a Beto. Ha muerto.

Un hombre irrepetible, Roberto Avellanal. Ha muerto. Un deseo irresistible de vivir ha cesado. Y de placer de vivir. Los que lo extrañamos “¿Cómo leer el dolor correctamente, o de cualquier otra forma?” (Seamus Heaney). Quien dispuso esta muerte no estaba en sus cabales; el mundo es menos.

Dr. Juan Carlos Macedo
4 de marzo de 2002

COMENTARIO

Elbio Paolillo

El comentario manuscrito precedente, que realizó Juan Carlos Macedo el 4 de marzo del 2002, es el único documento escrito que hemos encontrado sobre la existencia del Grupo de los Lunes. Se refiere al fallecimiento del doctor Roberto Avellanal Migliaro, ocurrido el 1.º de marzo de 2002.

Beto Avellanal fue integrante permanente del grupo, que se reunía en la casa de Carlos Gómez Haedo, en Sayago, los lunes por la tarde.

El Grupo de los Lunes tuvo distintas etapas, sin duda la amistad y la vocación médica estuvieron presente desde el inicio.

En conversaciones con Avellanal y Etorena, recordaban la guardia del Hospital Maciel, donde los internos eran Carlos Gómez Haedo, Nidia Perazzoli y Omar Etorena. Los “leucos” fueron Roberto Avellanal y Federico Acosta y Lara, entre otros.

Aunque no se cuenta con una fecha documentada de inicio de las reuniones de los lunes, este grupo se consolidó a partir de la intervención de la Facultad de Medicina y el Sindicato Médico del Uruguay por la dictadura cívico-militar. Estas reuniones se convirtieron en un lugar de reflexión y de oposición a la dictadura, y de lucha para reconquistar la democracia y la libertad. Se fueron integrando distintas generaciones de médicos, Macedo era sin duda uno de los más jóvenes.

Los participantes del Grupo de los Lunes, en algunas oportunidades se trasladaban a Migues, al consultorio de Macedo, y con otros médicos se realizaban ateneos clínicos. Fue también la columna vertebral de la revista *Compendio* durante sus más de veinte años de existencia.

Sus integrantes constituyeron un pilar de la recuperación de la vida democrática de nuestra Facultad de Medicina, del Sindicato Médico y de nuestro país. Casi todos fueron docentes universitarios y varios de ellos presidentes democráticamente electos del Sindicato Médico del Uruguay.

Tuvimos con Gonzalo Aiello, Luis Bibbó y quien esto escribe el privilegio de participar en algunas de estas reuniones, como atentos escuchas de estos hombres libres y médicos ejemplares que forjaron la cultura democrática de nuestro país.

Radicación y fundación del Grupo Médico Mígues (1975)

Elbio Paolillo

En los antecedentes de la creación del Grupo Médico Mígues se destaca la participación del doctor Pedro Heriberto “Cacho” Gadea Ciappesoni.

El doctor Gadea tenía vínculos familiares en Mígues y a partir de 1969 comienza su actividad en un consultorio de la ciudad.

A impulso del doctor Gadea se integra un grupo que continúa la actividad y se constituye en el Grupo Médico Mígues; participan los doctores Mabel Gambetta, Alicia Hoppe, Miguel D’Agosto, Carlos Shulkin y Juan Carlos Macedo.

Macedo, al inicio, concurre dos días a la semana y en 1978 se radica con su familia en Mígues. Asume la conducción del grupo y se establecen principios rectores de la actividad médica, en los que se destaca la historia clínica de cada paciente como eje fundamental de la atención.

El grupo se instala en la casa de un vecino, frente a la plaza de Mígues, y la atención médica cubre las 24 horas de todos los días en urgencias y consultas de policlínica mañana y tarde y atención a domicilio en la ciudad y en zonas rurales aledañas.

En la actividad médica diaria, además de la historia clínica de cada paciente, se llevaba un registro de consulta, donde constaba la ficha patronímica, el motivo de la consulta, los exámenes solicitados y los medicamentos recetados. Existía, además, un registro de 50 problemas distintos de salud que presentarían los pacientes.

Desde 1978, con la radicación de Macedo en Mígues, la actividad en equipo la realizaban médicos que concurrían desde Montevideo y él. Así se incorporan, en distintos momentos, la doctora Griselda Meneghetti y el doctor Ricardo Vivas, entre otros colegas.

Se realizaban ateneos mensuales con la visita de distinguidos médicos de Montevideo, exprofesores de la Facultad intervenida, y se presentaban los casos más relevantes. Los referidos colegas eran en su mayoría integrantes del Grupo de los Lunes y del equipo de asesores científicos de *Compendio Revista Médica*.

Luego se incorporan actividades de laboratorio clínico, electrocardiografía y estudios neumológicos.

En forma casi diaria Macedo leía y traducía artículos científicos de revistas internacionales a las que el grupo estaba suscripto, donde se destacaban

las revistas *Annals of Internal Medicine*, *New England Journal of Medicine* y *American Family Physicians*. Se generaba en forma diaria un ambiente de estudio y reflexión sobre los problemas médicos de los pacientes asistidos.

Se fueron produciendo cambios en la integración del grupo; Macedo se mantuvo hasta 2002, año en que falleció, radicado en Migueles y trabajando como médico general.

En 1984 me integré como médico al grupo, luego lo hicieron el doctor Daniel Díaz y el doctor Gonzalo Aiello. Posteriormente, el Grupo Migueles se siguió renovando, se integraron las primeras residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, doctoras Jacqueline Ponzo y Clara Niz, y el doctor Mario Estefan. Macedo se mantuvo como líder del grupo y trabajando como médico general hasta su fallecimiento en noviembre 2002. El Dr. Miguel D'Agosto acompañó a Juan Carlos en el Grupo Migueles hasta 2002.

Parte II
Compendio Revista Médica

Fundación de *Compendio Revista Médica (1977)*

Luis Bibbó y Elbio Paolillo

La omnipotencia juvenil, potenciada por la inexperiencia, nos impulsó a tocar la puerta del desconocido. La única garantía con que contábamos, nosotros y él, era la recomendación de Gómez Haedo. En 1976 la desconfianza se había vuelto generalizada y obligatoria.

Sin embargo, Juan Carlos, aún con su equipo blanco de la guardia recién terminada, no tardó en dejar las reservas de lado para expresarse con comodidad. Supongo que él estaba esperando nuestra escucha. Gonzalo (Aiello) y nosotros dos, alrededor de la mesa, lo atendíamos nublados por el humo y la sorpresa, sin entender casi nada, pero con la intuición compartida de que estábamos protagonizando un momento germinal.

Nosotros, que entraríamos al hospital al año siguiente, sabíamos que no contaríamos con el apoyo docente que habíamos recibido, por fuera de la facultad, en algunas de las “básicas”.

Crear una publicación que acercara a los médicos la voz de los docentes silenciados por el régimen era una aspiración que podía ser meritoria, ingenua o valiosa, pero que, por donde se la viera, nos quedaba grande.

Juan Carlos escuchó atentamente la propuesta y, para nuestro asombro, se sumó a ella. Aquel esquema inicial le sirvió para seguir desarrollando sus ideas sobre la producción científica, la investigación clínica y el rigor metodológico como dispositivos generadores de cultura que operarían como actos de resistencia a la dictadura.

A partir de ese encuentro los acontecimientos se precipitaron y pocos días después volvimos a Sayago, invitados a presenciar una “reunión de los lunes”. A pesar de la variedad de especialistas participantes de la reunión, hubo acuerdo en que la publicación debía estar destinada al médico general. Existían sólidos fundamentos para esta elección, que cuestionaba la estructura misma del sistema asistencial vigente. El compromiso militante por la existencia del médico general con nivel de especialidad, jerarquizando la atención primaria, era compartido por el grupo y bandera de Juan Carlos. La revista, de existir, tendría esa orientación.

Se conformó así un equipo de asesores científicos cuyo núcleo fundamental, aunque no exclusivo, era el propio Grupo de los Lunes. Todos eran docentes que se habían retirado de la Facultad y, por lo mismo, sin posibilidades de investigación-publicación.

Manteniendo la dinámica que ya tenía el grupo, en cada reunión se discutían varios artículos publicados en revistas internacionales sugeridos por los asistentes. Como novedad, a este funcionamiento se incorporó la selección de aquellos artículos publicables. Esto es, además del valor académico e independientemente de la especialidad de que se tratara, el artículo debía ser de utilidad para el médico general uruguayo.

Armada la idea, había que recorrer el camino para su concreción y esa tarea, en gran medida, nos correspondía a nosotros, a pesar de saber poco de medicina y nada de emprendimientos editoriales. Las conversaciones con Juan Carlos, donde la profundidad no restaba al pragmatismo, nos ayudaban a lidiar con ambas carencias.

En pocos meses aprendimos de imprentas, papeles, tintas, armados, tirajes, costos. Mientras avanzábamos en la selección de los artículos y la creación de un equipo de traductores, Juan Carlos nos proponía reflexionar sobre el diseño de la tapa. Sin saber muy bien cómo, quedamos integrados a las tertulias que, en bares y el atelier, el poeta mantenía con su gran amigo, Espínola Gómez, donde finalmente se concretó el diseño de la primera tapa. La financiación del proyecto fue el otro gran desafío. Acordamos que los ingresos provinieran de dos fuentes: suscripciones de los lectores y publicidad de la industria farmacéutica. Para la primera necesitábamos contactarnos personalmente con los médicos, sin contar con que no teníamos acceso al escenario docente-estudiantil del momento para hacer suscripciones y que la financiación de la industria para una revista con profesionales que no pertenecían al cuadro oficial del momento era todo un desafío.

En el anexo correspondiente a imágenes, se incluye una imagen del primer número de *Compendio*, publicado en marzo de 1978, donde figuran los nombres y actividades del equipo de trabajo.

Luego se integra un numeroso grupo de médicos relevantes que actúan honorariamente como seleccionadores de distintos artículos de interés para los médicos generales que recibían la revista.

A partir del volumen 2 número 2, en 1979, se incluye el primer grupo de asesores: doctores Roberto Avellanal y José P. Cirillo y doctoras Dinorah Domínguez y Esmeralda Paulette.

Compendio comienza a circular y desafía los mecanismos de censura de la dictadura.

El número de ejemplares publicados se va incrementando y con la colaboración invaluable de un grupo de estudiantes de medicina se llega a los consultorios médicos de Montevideo y casi todos los departamentos del interior.

Se publican trabajos seleccionados de prestigiosas revistas de circulación internacional, como *The New England Journal of Medicine*, *American Family Physicians*, *Lancet*, *British Medical Journal*, entre otras.

Se toma una decisión clave para el desarrollo de la revista. Luego de realizar denodados esfuerzos para obtener las autorizaciones para publicar los

artículos internacionales y casi no recibir más que respuestas de carácter comercial, se decide publicar íntegramente los referidos artículos traducidos y con la adecuada referencia a su origen.

La línea editorial trazada por los doctores Juan Carlos Macedo, Carlos Gómez Haedo y Roberto Avellanal va conformando un conjunto de valores democráticos y universitarios que contribuyeron a la cultura médica del país.

Se consolida así la sentencia de Macedo, que nos comentó el primer día en que lo conocimos: “La cultura médica es un acto de creación de valores y, en consecuencia, es un pilar de resistencia a la dictadura”.

A continuación, se reproduce un conjunto de editoriales escritos por Juan Carlos Macedo fundamentalmente entre los años 1978 y 1988.

Editoriales de *Compendio* (1978-1988)

Editorial del primer número

(volumen 1, número 1, 1978)

Compendio es una revista bimestral en la que se publicarán artículos aparecidos en la más aceptada literatura médica mundial.

Viene implícita por esta condición su carácter de propuesta cultural: en el ámbito de nuestra especificidad. Su propuesta cultural debe entenderse como una construcción.

Al tratarse de una selección de artículos, es obvio que opta por cierto cuerpo informativo. Esta opción debe entenderse positivamente y no como rechazo o minimización de otras alternativas.

El criterio básico es el que cabe desde la perspectiva del médico general. Y esto es así porque es a su través que entendemos deseable, institucionalmente, económicamente y más importante psicológicamente para nuestro grupo social, la entrada al sistema asistencial. Considerando la concreción histórica que hoy nos corresponde.

De este modo se comprende que la vertiente que destaque la comunidad (y el consultorio médico en ella inserto) como laboratorio epidemiológico, será especialmente atendida. Igualmente, la que trata en grandes series, la historia natural o curso clínico de afecciones frecuentes. Problemas terapéuticos, novedades semiológicas a la vuelta de la profundización que cada vez más permite el avance tecnológico; en fin, el diagnóstico médico como tal, esto es, como estímulo y problema gnoseológico. En todo caso se procurará que el informe valga como conocimiento, como metodología de investigación, como apoyo de conductas regularizadas. Ante todo, como aliento para un desarrollo propio en nuestro medio.

Este número reúne, de acuerdo a los propósitos anunciados, artículos de alcance diverso. Una revisión actualizada, extensa, reflexiva, sobre una situación cotidiana en la clínica hospitalaria y de atención permanente en la práctica ambulatoria, problema que en gran medida se juega a nivel de prevención, escrito por un autor que es referencia en la materia (V. Kakkar, *Trombosis venosa profunda*). Una conferencia sobre glucocorticoides, avalada por la

tradición de seriedad de las conferencias del National Institute of Health; un estudio epidemiológico desde la clínica, que vale como metodología y conocimiento, producido por la Clínica Mayo; un estudio encarado globalmente en torno a un asunto psiquiátrico, bastante más, tal vez, una condición humana, que aunque visto por un europeo se muestra esencialmente válido, más allá de algunas causalidades aparentemente exóticas en su inmediatez. (*Angustia - ansiedad. Aspectos modernos*). Un trabajo de jerarquización semiológica, a través de un tratamiento no sencillo dadas las exigencias del lenguaje necesario; y basado en una serie, una discusión sobre una conducta médica (*La historia de la lesión moneda*); y sobre el espectro nosológico de la insuficiencia mitral.

Editorial del número 2

(volumen 1, número 2, 1978)

Ha aparecido ya el primer número de *Compendio*, Revista Médica del Uruguay, y lo que fue un proyecto y una idea de un grupo de jóvenes entusiastas es una realidad.

Una revista médica integra uno de los tantos sectores de la comunicación médica.

Según Félix Martí Ibáñez,⁸ los antepasados de las revistas médicas modernas fueron los “*foglietti*” de la Italia renacentista en 1531. Desde 1646, cuando aparece en Copenhague el *Acta Medica et philosophica hafnleusia*, la prensa médica llega a reunir de 9 a 14.000 publicaciones periódicas. Se da un total de 23.884 revistas biomédicas publicadas en la primera mitad de este siglo (World Inst. of Scientific Periodicals).

La división económico-social del mundo actual entre países del hemisferio Norte, ricos e industrializados, y países del hemisferio Sur en subdesarrollo o en vías de desarrollo (léase pobres), crea a su vez, dos categorías: la de los creadores de cultura médica en sus aspectos fundamentalmente científicos, y la de los “consumidores”.

Si se suma a eso la distorsión creada por la potencialidad de la industria químico-farmacéutica con el surgimiento de una información médica polarizada, se comprenden las dificultades en seleccionar material de valor.

Otro aspecto de la información a través del periódico o la revista médica, es la actualización o la novedad de la información. No siempre la actualización de información ha acabado con el problema o sustituido los antiguos conceptos. A menudo se descubre que para el conocimiento de determinadas terapéuticas es necesario confrontar series estadísticas con recolección de datos programados en forma científica y válidos comparativamente. Son ejemplos las “controversias” clínicas sobre operación de Halsted versus mastectomía; anticoagulantes o no en el infarto; aspirina como antiagregante plaquetario en el infarto de miocardio, etc.

Con lo anterior analizamos:

- a. la distribución y ubicación principal de los centros de información médica;
- b. la polarización por factores estrictamente no científicos de la misma, aun cuando cabe recordar que muchas veces pueden coincidir la tarea científica médica y el impulso industrial;
- c. la necesidad de una confrontación seria de las nuevas adquisiciones. A ello agregamos en un somero análisis del problema:

8 Información médica, en *Historia Natural de la Medicina*. Barcelona: Salvat, 1976, tomo VII, p. 395.

- d. la rápida transformación de los mismos conocimientos. En el devenir de pocos años, a veces en el tiempo que media en transcurrir la etapa curricular o de los estudios de Facultad, capítulos enteros o casi enteros de la fisiología, y por ende de la patología, cambian radicalmente. Con una frecuencia llamativa ocurre con la terapéutica: a veces con medidas terapéuticas que un tiempo después se abandonan y otras con medidas terapéuticas que revolucionan el tratamiento. Uno de ellos, por ejemplo el de la compra del *bypass* aortocoronario va en camino de crear un impacto económico de enorme consecuencia aun en los países industrializados y de alto nivel económico. Por esta rápida transformación ha cristalizado el concepto de Educación Médica Continua, y todos los elementos de la información: revistas, conferencias, reuniones, sociedades y congresos, tienden a llenar este cometido.
- e. el aislamiento del médico práctico, del médico de familia de áreas urbanas o rurales, de los centros de información es un hecho a nivel mundial. Pero nos interesa en especial referido a nuestro país. ¿Cómo seleccionar tanto material? ¿Cómo reconocer lo importante de lo accesorio en la información? ¿Cómo distinguir lo “incorporable” de la novedad sin sólido fundamento científico? Esto supone una labor conjunta de Universidades, asociaciones profesionales científicas o no científicas, y de universitarios.

Al lado del aislamiento científico para nosotros existe la situación económica propia de nuestros países de América Latina, donde cualquier libro de medicina o una suscripción a revistas médicas, supone la mitad de un sueldo base mensual, y a veces lo primero todo un sueldo base mensual.

En pleno conocimiento de todos estos problemas de información médica, es que se inició la tarea de nuestra revista *Compendio*. Como creemos que se necesita el apoyo de sus destinatarios, es que solicitamos la opinión de los mismos y las sugerencias. Deseamos incorporar distintos aspectos no desarrollados todavía en los primeros números: pediatría, especialidades médicas o generales de cirugía, así como ir planeando la incorporación de esfuerzos nacionales en la producción científica. Creemos una revista es un organismo vivo, entonces. Con etapas símil-biológicas de nacimiento, desarrollo y crecimiento. De todos los médicos depende el futuro de la misma.

A todos ellos y en especial a los médicos generales, a los que están en Montevideo o en el Interior en la primera línea, solucionando los problemas de nuestra gente, es que destinamos nuestro modesto esfuerzo.

El redescubrimiento del médico de familia

(volumen 1, número 3, 1978)

A comienzos del siglo dominaba el panorama de nuestra profesión la figura del médico de familia, de quien afirma el Dr. Héctor H. Muñíos en su libro *Medicina, una noble profesión* (1966):

Todos sabemos sin gran esfuerzo de reflexión que el médico de familia tiene una situación de privilegio para la interpretación clínica del paciente. La posesión de su historia patológica vivida y la de sus padres y hermanos, el conocimiento de toda la patología heredada y de toda la historia personal, coloca al médico familiar en posición ventajosa para rastrear el origen del cuadro actual: son documentos clínicos muy distintos de los que puede dar un concienzudo interrogatorio cuando se sabe qué indisciplinado y distraído es el enfermo criollo. Por añadidura, el médico casero es el depositario de secretos que el propio enfermo no puede revelar simplemente porque los ignora: aquel alcoholismo del abuelo, aquella sífilis del padre, aquella neurosis de la madre. Es el que conoce las desdichas y los reencos y los antagonismos y todas las miserias de que sólo una larga confianza lo ha hecho sabedor. Es el que sorprende las enfermedades en su iniciación, en sus vagos comienzos: toda esa faz que el enfermo del Hospital escapa totalmente al ojo alerta del profesor y sobre todo al criterio inexperto del alumno que ve cuadros constituidos y no aprecia toda esa clínica de los comienzos que va a representar uno de sus serios obstáculos cuando empieza a ejercer...

Hemos descrito extensamente con las propias palabras del Dr. Héctor Muñíos, a quien la Universidad de la República y la Facultad de Medicina editaron por intermedio de la Editorial Científica en 1966 una bella obra llena de historia, de sabias reflexiones y de sugerencias para el futuro. En ella se pone el énfasis en los principales caracteres del médico de familia: conocedor de la genética familiar, del ambiente psicológico y cultural del entorno, de las tendencias del enfermar, del enfoque integral y psicosomático, de la capacidad de desarrollar una medicina preventiva, del diagnóstico precoz antes de la constitución de entidades mórbidas bien definidas, etc.

En los últimos años se ha ido gestando en nuestro medio una tendencia cada vez mayor a la especialización temprana en una imitación tardía de lo que sucede en medios de alto desarrollo económico, en países altamente industrializados. La Escuela de Graduados ha ido agregando especialidades progresivamente, que no discutimos en su individualidad, sino que lo que nos interesa es señalar el enfoque general del problema en una visión del desarrollo futuro. Así si tomamos a los Estados Unidos después del Informe Flexner de 1911 sobre la relación de los Hospitales norteamericanos alguno de tipo calamitoso, en ese momento se fue estructurando el desarrollo progresivo de distintas especialidades con sus programas de Residencias Médicas. ¿Qué ha

pasado entonces en ese país que después de distintos informes insistiendo en la incorporación de las especialidades de “cuidados primarios” (*primary care*) se ha incorporado en 1969 la llamada medicina de familia constituyéndose en 1970 el American Board of Family Practice con programas de residencia de tres años? Ha habido un cambio progresivo que incorporó en 1933 la pediatría (medicina general del niño) y en 1939 la medicina interna (medicina general del adulto) con sus programas correspondientes de residencias hospitalarias.

Se considera actualmente que la preparación en la medicina familiar da una visión de una medicina con conocimiento del medio familiar sin distinciones de edades, sexos o especialidades. Lo capacita a su vez para dirigir en consultas a los especialistas que estime conveniente, de las personas que crea necesario de ese núcleo familiar.

Se busca entonces en Estados Unidos que en los próximos años el 50% de los graduados preparados se ubiquen en el área de los llamados cuidados primarios: pediatría, médicos internistas, médicos de familia.

Se redescubre decimos nosotros el médico de comienzos de siglo, dotándolo ahora de un bagaje científico acorde con la época y las necesidades de cada país.

El Médico de Familia tenía en épocas pretéritas su ubicación dentro del marco de la medicina liberal, pero desaparecía en el hospital, donde se volvían a enseñar las entidades mórbidas clasificadas como en una colección ca-leidoscópica de conocimientos.

El nuevo médico de familia tendrá que actuar en nuestras sociedades, en el marco de la medicina colectivizada que no le da actualmente cabida o que incluso le rechaza.

Por ello creemos que la crisis de nuestra medicina colectivizada por la estructura del mutualismo no es sólo una crisis económica, sino estructural o de fondo, pues no ha permitido, salvo excepciones, el desarrollo de una medicina de familia, o incluso de la persona sustituyéndola por una medicina pseudotecnificada, con sumación de especialidades, ineficaz globalmente y cara por su misma ineficacia.

No nos referimos a los centros de alta especialización que lograron desarrollar y en donde es de rigor reconocer se han logrado estimables éxitos en la recuperación de los pacientes. Nos referimos al 90% de las solicitudes de atención médica. Es conocido el hecho citado por distintas publicaciones que de 1000 “expresiones” de enfermedad, sólo 250 llegan a consultar y de ellas sólo un escaso 1% es internado en los hospitales. No nos referimos a ese 1% sino a los 250 que consultan; a esas “mayorías silenciosas” que solicitan el mayor margen de asistencia de los profesionales y de las Instituciones médicas, cuando nos referimos a que la crisis no es sólo una crisis económica en el mutualismo.

Pero esto último puede merecer, por su misma magnitud un comentario editorial en especial.

Herencia cultural y enseñanza universitaria

(volumen 1, número 4, 1978)

Una Facultad y una Universidad integran en forma, diríamos, continua y permanente, una herencia cultural que muy a menudo va más allá de lo puramente científico, nutriendo —sin que lo sepamos—, a veces, nuestro acervo individual.

El presente, aislado, recortado del contexto y de las raíces pierde sentido. Por eso recordamos, releendo un discurso del Prof. Julio C. García Otero en el LX aniversario de la Facultad de Medicina el 14 de diciembre de 1935, sus palabras.

Diversas son las funciones que debe llenar una escuela médica; entre ellas la fundamental es la de formar médicos dotados de conocimientos necesarios para ejercer el difícil arte de curar. Ahora bien, para realizar esta función es necesario no sólo preparar técnicamente a nuestros alumnos sino preocuparnos de su preparación moral... que no den el triste ejemplo de vender sus principios al bajo precio de la necesidad... Es necesario que ese conjunto de ideales que constituyen el catecismo de universitario, no sean sólo palabras para pronunciar discursos mientras se es estudiante o mientras la vida se desliza serena, sino que constituyan la línea de conducta dentro y fuera de la Universidad... no repetir el triste ejemplo de los que ayer brillantes universitarios, han abdicado frente a situaciones más o menos ventajosas... Intensificar cada vez más la educación principista de los alumnos será una de las primeras preocupaciones de la Facultad de Medicina tratando al mismo tiempo de extenderles el horizonte espiritual... tratando de cumplir la obra de Cultura; esa Cultura que no es la suma de conocimientos, sino la actitud para encarar y resolver distintos asuntos en forma amplia, he ahí cuál debe ser el ideal de la Enseñanza Médica.

Si recordamos las palabras del Dr. César Bordoni Posse, este nos decía ese mismo 14 de diciembre de 1935:

Por eso que la Facultad no progresó por virtud del tiempo sino por la virtud de los hombres. Fue esa vigorosa generación del año 90 quien la recibió en pañales, como infante de quien muchos aguardábamos precaria vida. Así la recibieron ellos y la van entregando ahora a las generaciones nuestras, adulta y lozana.

Y agrega:

Entre tanto la Facultad adquiría su autonomía... El decanato de Ricaldoni fue marcado por dos iniciativas de gran trascendencia: la creación definitiva de las agregaciones y las reuniones del Claustro. Y finalmente el segundo decanato de Quintela coronaba esa obra completándose el plantel de los futuros profesores; Quintela luchó además por la creación del Hospital de Clínicas.

Llegamos así —agrega— a la época actual. Los grandes maestros desaparecidos son tres: Soca, Ricaldoni y Morquio... Soca mostró la influencia de una larga permanencia en facultades extranjeras para el desarrollo rápido y completo de una personalidad médica. Ricaldoni nos mostró hasta qué punto eso podía lograrse dentro de fronteras. Morquio nos enseña finalmente que aquí mismo con nuestros propios recursos puede crearse una escuela que sea oída y respetada en todos los ambientes del mundo.

Todo ese acervo cultural médico ha sido una tradición viva de nuestro medio y han sido nuestros maestros, los mejores entre los mejores, los depositarios y encargados de transmitirla.

En esa continuidad muchos recibíamos a través de las enseñanzas de García Otero, Del Campo, Piaggio Blanco, Larghero, la tradición oral de la generación de Soca, Ricaldoni, Morquio, Bordoni Posse, Lamas, Mondino, Quintela. No existía corte generacional y los Claustros de Ricaldoni incorporaban la voz y el sentir canalizado de las nuevas generaciones; existía integración y continuidad de la vida cultural.

Y el espíritu universitario asociaba a la formación tecnológica de la época, una formación moral con una auténtica proyección social.

Es nuestro deseo que las nuevas generaciones puedan reconocer y revivir esa herencia cultural que es sólo pasado en el tiempo pero cuya antorcha, como en las viejas olimpíadas, ha pasado de mano en mano.

Aspectos para el análisis general del problema médico

(volumen 1, número 5, 1978)

Algunas veces hemos expresado que referente al problema médico y de la medicina globalmente considerada, existe un modelo geométrico que expresa la concepción real en forma sumamente didáctica. De acuerdo a él, podemos configurar con la imagen de un triángulo todos los aspectos de este complejo: a) sociedad; b) medicina y c) médicos y personal de salud no médico.

Si consideramos la vertiente o el “lado” social del triángulo, el sanitarista o especialista en salud pública observará preferentemente los grandes problemas epidemiológicos, estará interesado o debería estarlo en las enfermedades que causan mayor morbimortalidad, en especial en la población activa y en su cambiante fisonomía. Para señalar algunas, las más importantes, diríamos: enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares ateroscleróticas, hipertensión arterial y otros factores de riesgo, bronquitis crónica, infecciones agudas del tracto respiratorio, hepatitis, enfermedades reumáticas, etc. Se preocupará por la llamada prevención primaria: incidirá para que se realice una mayor y mejor enseñanza de las mismas; por los costos asistenciales o recursos volcados y por la relación que se ha llamado costos/beneficios.

Pero al lado del interés del planificador sanitario está el sagrado interés de nuestros pacientes que a veces no conocen que son “caros” pero que desean ser curados con restitución social completa o rehabilitados. Cuando crecen los derechos incluido el de la salud, la responsabilidad de los organismos de gobierno se acrecienta y se hace más compleja.

Un caso concreto es el problema del tratamiento de la insuficiencia renal crónica que ha determinado una Ley Especial Nacional en Estados Unidos, que lo hace responsabilidad del Estado de muy difícil y costosa financiación. Otro aspecto de actualidad es el de la cirugía cardíaca y coronaria.

No puede haber lugar entonces para la frivolidad, el desconocimiento de los problemas o el desinterés simple y llano de este tema ante las dificultades de sus soluciones.

Consideremos ahora la vertiente Medicina del problema general. Existen aspectos vinculados a la calidad intrínseca de la misma, ciencia y arte, centrada fundamentalmente en la clínica, que es su corazón o núcleo vital hacia donde convergen los adelantos tecnológicos y de donde parten los interrogantes que generan el impulso para nuevas y continuas investigaciones. Nuestro país ha definido desde largo tiempo y en extensos claustros una medicina de la persona, integral. Antropológica por excelencia pero atenta a todos los datos

del progreso y por lo tanto reincorporando el concepto de educación continua que supone una permanente evaluación y corrección de rumbos. En ellos han participado con vigor estudiantes y profesionales médicos y de enfermería universitaria. No puede existir una buena solución del problema médico que no respete por lo tanto la calidad de la medicina, por lo menos en el Uruguay, país de tradicional buena calidad de medicina clínica.

Otro aspecto del “lado” medicina de nuestro triángulo, que no analizaremos ahora, es el de formas de organización. En éste ha marcado su sello el desarrollo de la seguridad social, explosivo y necesario, porque ha velado por la mayor cobertura de la sociedad. No es atribuible a la filosofía de la seguridad social en sí la aparición de formas erróneas de organización de la misma.

Por último deseamos rápidamente analizar algunos aspectos de los médicos y el llamado equipo de salud en la otra vertiente del modelo didáctico analizado. En especial nos referiremos a la plétora y a la responsabilidad médica. En cuanto al problema de la plétora creemos que existe deformación en el análisis. Si nos atenemos a la demanda de plazas de estudiantes de medicina (la más elevada) o al número anual de egresados, podría surgir una respuesta restrictiva pura. Pero el nudo está deformado por distintas causas: a) La situación laboral del médico con jubilaciones vergonzosamente bajas que obligan a mantenerse indefinidamente en actividad; b) La medicina colectivizada ha ido generando de hecho mayor desempleo a través de un régimen mutual que admite enfermos mal atendidos por pocos médicos trabajando muy mal. Los médicos deben reclamar el tiempo necesario en su consulta y esto lógicamente significa mayor número de médicos trabajando. Lo mismo se aplica al número de enfermeros especializados.

En cuanto a la responsabilidad médica, tema que daría de por sí para un análisis exhaustivo, señala el Prof. Luis Cotte (Francia) “que los derechos humanos en la esfera de la salud pueden abordarse desde el ángulo del derecho y de la deontología médica” y que el Instituto Internacional de Derechos Humanos ha planteado una encuesta, actualmente en vías de realización que abarca 955 Facultades de Medicina de 107 países. La preocupación mayor recae sobre los derechos del moribundo, del enfermo común a ser informado, a participar él mismo en la decisión, a analizar los problemas de los experimentos en seres humanos y todo lo relacionado a la libertad e igualdad de acceso a la asistencia.

Los futuros médicos, sostiene el Prof. Cotte, deben reflexionar sobre estas cuestiones humanas cuya importancia y complejidad van en aumento contribuyendo a mejorar la calidad de la vida de la cual la Salud es elemento primordial.

Concepto que compartimos en su amplia dimensión.

Conocimiento y método de conocimiento donde es el cuerpo (cuando ejercicio de organicidad) casi el único modo e instrumento; centrado en el hombre en situación de enfermedad y su múltiple entorno, como objeto de

saber. Un acto de esperanza: pues trata del dolor, en estrechísimo roce con la muerte; cercado por los mitos de la resurrección y de la ficción tecnológica. Conducta consecuente más o menos regularizada, hondamente penetrada por la solidaridad; tanto, que resulta inútil distinguir entre conocimiento y aliento en su realización. Y una estructura de organización operativa: niveles de atención, distribución o mercado de trabajo, escuelas de formación, vehículos de actualización. Una de las maneras, entonces, de la realización o existencia de la práctica social: uno de sus saberes, la medicina clínica, integra la cultura del hombre.

Una reflexión o propuesta o proyecto en este territorio, no puede obviar que las bases materiales de una cultura se abren a una historia, cuyos fundamentos esenciales suponen: (a) una geografía: cierto lugar preciso; límite, pero no limitación, sino área de responsabilidad; espacio constituyente; referencia y recurso estables en el curso de la formación y entrega de lo propio, propio en el sentido de apropiación, y de apropiado a la universalidad. Una geografía, en fin, con tanta naturaleza como fuerza ontológica; (b) una actividad productiva, poyética, a través de la cual culmina la naturaleza su estatuto de conciencia en el hombre (en la más estricta etimología: conciencia: con conocimiento). Producción o participación o compromiso. Proyectados a la especie: en todos sus instantes límites, esto es, de un individuo en la historia.

Aceptados plenamente ambos constituyentes, geografía y poyesis, recién entonces puede hablarse de una realidad. De ésta y de otras. Realidad como acto y hechura de una práctica. Y otra vez recién entonces, pasa a ser posible la concreción de la condición mayor o determinante de una presencia terrestre: la identidad.

En este contexto, reconocer nuestra situación de marginalidad en el mundo de la cultura médica, no puede tener otra intención que la de compartir un diagnóstico. Consecuencias muy distintas tiene, sin embargo, el no reconocimiento hasta la aceptación de nuestra condición de epígonos en el proceso de producción del saber. Si la marginalidad significa comprender de las fronteras, el epigonismo significa la presencia del espíritu colonizado, con el establecimiento en el plano gnoseológico de la confusión o pérdida del objeto de conocimiento en la sustitución del ser por el parecido, y en el plano de la acción, la dependencia, el sometimiento a la inmovilidad del deslumbramiento.

Si cultivo o memoria su futuro es la historia de la opción que hoy realicemos.

Sobre la viabilidad-legitimidad del trabajo clínico: elementos para el diálogo

(volumen 2, número 2, 1979)

El pensamiento científico moderno es verdaderamente un umbral diferencial de la cultura.(1)

Si se admite el criterio que el concepto de cultura sólo puede ser comprendido, enmarcado en las peculiaridades de un grupo social en trayectoria, con suficiente trayectoria, esto es, con suficiente necesidad y aliento hacia una identidad: peculiaridades en sus vínculos ineludibles de universalidad. Cultura, entonces, como un emergente de una historia concreta, cuyas exigencias constituyentes asientan sobre determinada geografía y una cierta poiesis (2), estaremos en condiciones de iniciar, un planteo con deliberado propósito de diálogo sobre nuestra actividad actual en sus perspectivas.

Lo infrecuente de la discusión en este terreno, lo inhabitual del lenguaje necesario para expresarlo, muchas veces, pero sobre todo, tal vez, las consecuencias de sus conclusiones, constituyen obstáculos para una práctica en tal sentido, que, unidas a la situación permanente de inmediatez o urgencia a la que nos somete la inorganicidad del mercado de trabajo en nuestra profesión, han hecho que pensar la medicina en términos de cultura se haya convertido en un ejercicio ausente o por lo menos raro. Ninguna excusa vale, sin embargo, para esta omisión. Pues solamente en ella, en esa discusión, podremos ubicar correctamente las más de las preguntas o insatisfacciones que diariamente nos plantea el ejercicio médico. En definitiva, cultura proviene de cultivar, practicar, cuidar, honrar (3). Todas estas acciones, es obvio, atienden básicamente al sentido de responsabilidad.

Si tenemos en cuenta las presencias formantes más generales del problema médico, tal como fuera esquematizado en un comentario previo (4), sociedad, medicina y médicos y personal de salud no médico, esta nota viene a ubicarse en el punto medicina.

Subyace a una de las insatisfacciones o confusiones más comunes en todos los ambientes de trabajo médico (es innecesario confirmarlo con cualquier becario de regreso) una pregunta que puede ser formulada del siguiente modo: ¿puede concebirse o realizarse una práctica médica legítima, legitimidad definida como éticamente sin fisuras, diagnóstica y terapéuticamente eficaz, productora de conocimientos o formalizadora de nuevas prácticas, viable económicamente o socialmente totalizadora, racional o aun científicamente cumplida, en suma, en un lugar del mundo, éste, que ha sido

adjetivado como subdesarrollado? Responder afirmativamente esta pregunta, supone la propuesta de un programa o por lo menos, cierta fidelidad a un proyecto de futuro.

En primer término corresponde señalar que subdesarrollado no significa semánticamente nada en los campos de la antropología y de la historia, “no es un término científico, sino burocrático” (5). Para comprender mejor esta aseveración; vale la pena transcribir en amplitud el desarrollo de esa idea:

A pesar de su vaguedad intelectual —o tal vez a causa de ella— es palabra predilecta de economistas y sociólogos. Al amparo de su ambigüedad se deslizan dos pseudoideas, dos supersticiones igualmente nefastas: la primera es dar por sentado que existe sólo una civilización o que las distintas civilizaciones pueden reducirse a un modelo único, la civilización occidental moderna; la otra es creer que los cambios de las sociedades y culturas son lineales, progresivos y que, en consecuencia, pueden medirse. Este segundo error es gravísimo: si efectivamente pudiésemos cuantificar y formalizar los fenómenos sociales desde la economía hasta el arte, la religión y el erotismo— las llamadas ciencias sociales serían ciencias como la física, la química o la biología. Todos sabemos que no es así. La identificación entre modernidad y civilización se ha extendido de tal modo, que en América Latina muchos hablan de nuestro subdesarrollo cultural (6).

Para abundar en un caso extremo podríamos decir, que, si tomamos como modelo de desarrollo lo que han hecho o hacen las sociedades que se autodenominan desarrolladas, terminaríamos por concluir en que tener esclavos o matar multitudinariamente en la cámara de gases, serían parámetros o antecedentes de desarrollo. Repitiendo la cita previa: todos sabemos que no es así.

Ubicado pues el desarrollo en su condición de eufemismo con intención (imposición-sumisión) colonizadora, podremos compartir lo que sigue.

La legitimidad en medicina no asume un modelo único. En el plano del conocimiento, donde no puede negarse la acumulación del saber y la universalidad de su validez, lo que importa comprender es, que, lo que define la naturaleza legítima de una práctica es el ejercicio de un modo de pensar, de una manera de realizar sujeta a racionalidad y objetividad (esto no incluye la infalibilidad), denominada método científico (7).

Dos premisas deben presidir lo siguiente: A) El conocimiento clínico es irreductible a toda otra forma de conocimiento, dentro del campo de las ciencias médicas. B) Si bien los principios (la ciencia) que fundan la técnica son universales, no lo es su aplicación. A) irreductible, es decir, ocupa por sí misma cierto nivel con presencia plena en el mundo de la realidad. Cierto es, que puede y debe ser explicada desde distintos ángulos de la mirada: desde la genética, la bioquímica, la fisiología, la psicología analítica o no, etcétera, pero sin que ninguna de esas explicaciones la elimine en su nivel concreto de

existencia. Es posible, pues, de una explicación no reductiva: denominada de multinivel; pero no de una explicación eliminativa (8).

Conocer clínicamente, esto es, diagnosticar (9), exige el ejercicio de la especificidad de un modo operativo básicamente sensorial, en el más estricto significado fisiológico del término y esencialmente orgánico o corporal en su doble vertiente biológica-biográfica.

Sensorio y corporalidad actúan ambos, en ambos participantes de la situación: el clínico y el paciente. Este modo operativo es la historia clínica; anamnesis y examen físico: un aspecto particular del método experimental, a partir de la cual, en verdad ya desde su inicio, se desarrolla el pensamiento clínico, una práctica hipotético-inductivo-deductiva (del signo a la nosología, de la nosología al signo), que por supuesto no excluye la intuición, la imaginación o aún el golpe de suerte.

En torno a diagnosticar, resulta aclaratoria la siguiente cita:

El centro de la actividad cognoscitiva de los seres humanos son las hipótesis, y no los datos. Los datos se acumulan para utilizarlos como evidencia a favor o en contra de hipótesis; y hasta la mera recolección de datos presupone un núcleo de hipótesis (por ejemplo, que hay algo observable, que los medios de observación son adecuados o pueden corregirse, etc.).

Considérese el procedimiento de un médico práctico cuando se enfrenta con un caso. No empieza por observar a su paciente de un modo cualquiera y sin prejuicios, sin más finalidad que la de obtener datos en bruto y de cualquier clase interpretable. La misma recolección de datos va, por el contrario, guiada y justificada por ciertas hipótesis, que subyacen a su procedimiento empírico. Así por ejemplo, la auscultación, la exploración por el tacto, el uso de instrumentos, cada una de esas maneras de proceder a la búsqueda de datos presupone un cuerpo de hipótesis anatómicas, fisiológicas y hasta físicas. Los datos que obtiene con la ayuda de tales procedimientos y sobre la base de tales hipótesis le son luego útiles para formular hipótesis diagnósticas que acaso finalmente desee someter a contraste mediante procedimientos más finos, como son los análisis bioquímicos, por ejemplo. En resolución cuando se encuentra con un problema de diagnóstico, el médico no parte de un borrón y cuenta nueva respecto de su anterior trabajo, sino, por el contrario, de un cuerpo de presupuestos, algunos de los cuales funcionan como hipótesis rectoras, y otras como líneas de interpretación de sus datos. Contando con este trasfondo podrá conseguir datos; y los interpretará y usará para producir y contrastar con ulteriores hipótesis diagnósticas (10).

Dicho de otro modo, el razonamiento clínico se elabora contemporánea y sucesivamente al tiempo de su realización empírica. Recoger datos no es pues, una actividad inocente.

Y como corolario, una buena historia clínica o una historia clínica completa, según suele decirse, es aquella que ha logrado reunir todos los datos.

¿Pero, qué significa exactamente todos, en este contexto? Significa todos aquellos que en un momento dado tengan relevancia para el objetivo propuesto (diagnóstico) en el campo nosológico considerado, y su realización está sujeta a las condiciones particulares del clínico actuante. Aquí interviene el tan reivindicado, con justicia, claro está, pero instrumentalmente mal interpretado, ojo u olfato o vuelo clínico. Esta singularidad no es una característica de la clínica sino del clínico; a su vez, sujeta a estudio, experiencia y, sobre todo, capacidad personal de imaginación (11) (12).

La lectura de una historia clínica de Hipócrates (siglo V a. C.) (13) (14), una de Montanus (1498- 1551) (15), de Boerhaave (1668-1738) (16), de Bright (1789-1858) (17), de Freud (1856-1939) (18), y una actual (19), permiten ver, por lo menos dos, de los referentes más importantes en base a los cuales se construye o estructura el relato clínico:

1) Según las normas de verdad, que, en cada momento de la historia, procura un saber particular (20). Es con este antecedente que puede decirse que las diferencias entre la historia hipocrática y la nuestra, no dependen tanto de que Hipócrates supiese menos medicina que nosotros, sino que la sabía de otro modo (21).

2) De la particularidad del objetivo propuesto, Freud, quien dio a la clínica su último aporte fundamental, hasta ahora muestra en sus historias la nueva dimensión (médica) del relato biográfico: el relato del que habla resulta apenas una excusa involuntaria de otro, pero el mismo relato, transcurrido en el silencio; la anamnesis como signo. Guiada por un campo teórico definido cuya validez no importa analizar aquí. La historia freudiana no se diferencia de las otras tanto por la extensión de la anamnesis, como por la diferente intención que la construye. Esto no significa decir que desde Freud es posible la historia total. La totalidad a secas sólo cabe como una utopía, en la ironía apenumbada, desoladamente vital del escritor (22). No existe pues, una única historia clínica, sino historias tantas como problemas se planteen en el trabajo clínico.

En conclusión, la Clínica constituye un lugar específico del saber humano, es el modo teórico instrumental de producción del diagnóstico médico en el espacio de una relación, pues siempre es la relación con el individuo enfermo por intermedio de la clínica la que justifica la calificación de patológico (23). ¿De qué otro modo comprender la disnea, las clases de dolor, o la histeria, o dónde ubicar entonces entidades sindromáticas como el síndrome del angular del omóplato, por ejemplo? (24). Es la existencia de la especificidad de esta relación como campo de conocimiento la que convierte en patología lo que de otro modo hubiese sido, por ejemplo, una desgracia personal-familiar como la histeria.

B) Los principios que fundan la técnica son universales; no lo es su aplicación. Este punto atiende básicamente a lo que denominamos el estudio de un enfermo; de un modo más general, a la conducta ante el mismo. Ha adquirido cierta notoriedad actualmente, a través de las frecuentísimas publicaciones

en las revistas médicas de mayor circulación, de numerosos análisis de los problemas formalizados en las relaciones riesgo-beneficio, costo-beneficio (25%), etcétera.

Estos tipos de análisis, seguramente valiosos, corren el riesgo de cierto rechazo inconsciente, al ser mirados superficialmente como una manera de introducir dos variables consideradas íntimamente como espurias en el trabajo del clínico: el economista y la masificación. Esto sin embargo no es así.

El trabajo del clínico reconoce un único objetivo, la recuperación personal-familiar-social del enfermo a su cuidado, en su concreta individualidad. Pero la clínica reconoce en esa situación una doble vertiente: una finalidad práctica, asistencial, signada por la eficacia, y otra cognoscitiva, de investigación, signada por lo que con fines didácticos de separación llamaremos la “verdad”.

El objetivo diverso no implica, sin embargo, una diferencia en el modo de ejercer el pensamiento.

En ambos casos lo rige o debería regirlo, el método científico. Esta incompreensión es una de las fuentes más importantes de la debilidad o inconsistencia productiva de nuestra práctica clínica; esto afecta la asistencia, pero también a la docencia. Hace muy cara a la primera, es decir, socialmente impracticable, y confunde a la segunda, la clínica es convertida en patología.

La pérdida del concepto de la clínica como el del mundo fenoménico emergente de la intersección entre el ser vivido (el paciente), y el ser-percibido (el clínico), etcétera, pues caben otros pares delimitativos, y el desvío del método, en la acción del consultorio, hacen que el problema motivo de consulta tome dos caminos habituales: a) la reducción al síntoma-estímulo, desencadenante de una respuesta-especialidad farmacéutica. Es decir, el campo nosológico ausente es sustituido por la descripción de la enfermedad. El fenómeno empírico es confundido con su abstracción formalizadora. El caso de la reducción al síntoma no merece otros comentarios pues representa una violación inexcusable de los principios de la ética médica.

El caso de la reducción a la patología ofrece otro tipo de interés. Es el fundamento que sustenta el prejuicio tecnológico, concretado en “el estudio del enfermo”, entre otros expedientes retóricos. Junto a la patologización, opera en realidad otro prejuicio de mayor dimensión y peores consecuencias, el de la salud o normalidad como fenómeno positivo. En la brevedad de este relato no puede discutirse extensamente este problema. Basta señalar que los parámetros sanitarios son tasas referentes a mortalidad, prevalencia e incidencia de enfermedad. Esto es así porque la salud existe médicamente como negatividad frente a la positividad de la enfermedad.

Veamos dos ejemplos concretos cotidianos derivados de esta situación: los exámenes de rutina y el estudio del hipertenso. Respecto a los primeros, no cabe duda que en su realización se mezclan diversamente la tradición, una fuerte acción de placebo sobre el médico, y la complicidad gratificante del

enfermo, pues los exámenes de sangre, supone, demuestran creíblemente que es sano, o en su defecto explican por fin el origen de sus males.

Esta práctica, por lo tanto, viene a adecuarse conservadoramente con las pautas culturales referentes a la salud, enfermedad y exploración médica aceptadas por la sociedad.

En el momento actual, sin embargo, los exámenes de rutina constituyen la rutina del naufragio de la clínica. Una rutina de los humores corporales sólo podría aceptarse en caso de la existencia de un definido perfil bioquímico de normalidad, cuyas alteraciones por otro lado expresan definitivamente los fenómenos clínicos; es decir, sería el caso de un correlato síntoma o síndrome, con alteración específica bioquímica. Sabemos que esto no es así. Se han desarrollado sí, pero como complemento informativo para determinadas situaciones clínicas, grupos de determinaciones humorales (26). Ellos, sin embargo, deben ser considerados conceptualmente en el mismo nivel del conocido funcional hepático, entre otros, pero de ningún modo supone su existencia una inversión del proceso clínico. El laboratorio no sustituye al clínico, no por ahora, y hasta tanto no logremos materializar en informaciones de todas las técnicas existentes y futuras los mitos de normalidad y anormalidad (¿podrá realmente lograrse esto?). Debe quedar claro, que no estamos diciendo que la anamnesis y el examen físico son autosuficientes o que el pensamiento clínico no necesita más que esos instrumentos. Estamos diciendo que solicitar una glucemia, por ejemplo, sólo cabe en dos situaciones: como una decisión de política sanitaria que busque concretamente saber el número de posibles diabéticos en determinado territorio o población o, si este no es el caso, como complemento informativo para el diagnóstico con sentido terapéutico frente a coyunturas concretas (polidipsia, polifagia, poliuria, adelgazamiento; por citar la más clásica).

Veamos ahora el caso del hipertenso. Lo común de la hipertensión (27) permite ver en el estudio del hipertenso, individuo concreto, las consecuencias nefastas, para cualquier sistema de salud y para la persona en particular, de la no distinción entre práctica asistencial e investigación clínica. Si sabemos que la palpación del precordio en decúbito con una rotación de 45° es quizás el método más sensible, más sencillo, menos traumatizante, y más informativo de la hipertrofia ventricular izquierda (28), no resulta racional entonces realizar un ECG para obtener la misma información. Ubicados en la misma situación asistencial, no parecen haber motivos que hacen particularmente útiles para el estudio y tratamiento del hipertenso, el contar con una radiografía de tórax y un ECG (29).

Es obvio, que esta simplificación por revalorización semiológica sólo es posible en la medida que los clínicos desarrollemos planes de investigación concurrentes, que permitan estas conclusiones. De otro modo la no realización de un estudio paraclínico, puede convertirse en una omisión ética, con consecuencias terapéuticas potencialmente desfavorables.

Pero sobre las posibilidades de la investigación clínica, esto es, sobre las posibilidades de la producción de conocimientos clínicos en nuestro medio, examinaremos, en otra oportunidad, la hipótesis de que es la inorganicidad del mercado de trabajo médico el principal obstáculo, tal vez, para su realización. Sin que esto signifique alentar una excusa para no producir. De otro modo justificaríamos a Petrarca (1304-1374) cuando en carta al Papa Clemente VI enfermo (30) dice: “Puesto que, como siempre, especialmente en este estado, conviene ser breve a quien con Tú Santidad quiera razonar, te diré pocas cosas con ánimo sincero y devoto. Sé que tu lecho está asediado por los médicos, y esta es la primera razón de mis temores”.

Dr. Juan Carlos Macedo

BIBLIOGRAFÍA

1. Bachelard, Gastón. *La formación del espíritu científico*. Buenos Aires, Siglo XXI Argentina Editores S.A., 2.ª edición en español, 1972, traducción de José Babiní, p. 86.
2. Comentario editorial, *Compendio*, 2: 3. 1979, marzo, n.º 1.
3. Corominas, Joan. *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*. Madrid. Editorial Gredos, 3.ª edición, 1.ª reimpresión, 1976, p. 185.
4. Aspectos para el análisis general del problema médico (comentario editorial). *Compendio*, 1: 3, 1978, diciembre, n.º 5.
5. Paz, Octavio, *Los hijos del limo, del romanticismo a la vanguardia*. Barcelona, Biblioteca Breve. Editorial Seix Barral S.A., 2.ª edición, 1974, p. 40.
6. *Idem, ibidem*.
7. Bunge, Mario. *La investigación científica. Su estrategia y su filosofía*. Barcelona, Ediciones Ariel S.A., 1969, traducción castellana de Manuel Sacristán, capítulo 1, pp. 19-63.
8. *Idem*, capítulo 9, pp. 561-624.
9. Manning, Robert T., Delp, Mahlon H., The clinical process. En: Delp, M. H., Manning R. T. eds., *Major's Physical Diagnosis*, 8.ª edición, Filadelfia, W. B. Saunders, 1975, pp. 20-88.
10. Bunge, Mario *op. cit.*, capítulo 5, pp. 248-333.
11. Perse, Saint-John, Discurso de Estocolmo. En: Perse, Saint-John, Crónica, Buenos Aires, *Los poetas*, Compañía General Fabril Editora, 1961, traducción de Lysandro Z. D. Galtier.
12. Bachelard, Gastón. *El aire y los sueños. Ensayo sobre la imaginación del movimiento*. México, Breviarios, Fondo de Cultura Económica, 1.ª edición en español, 1.ª reimpresión, 1972, traducción de Ernestina Champourcin, pp. 9-29.
13. López Piñero, José María. *Medicina. Historia. Sociedad, Antología de clásicos médicos*. Barcelona, Ediciones Ariel, 2.ª edición, 1971, pp. 28-29.
14. Laín Entralgo, Pedro. *La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico*. Barcelona, Salvat Editores S.A., 2.ª edición, 1961, pp. 20-21.
15. *Idem*, p. 89.
16. *Idem*, pp. 173-183.

17. *Idem*, pp. 267-269.
18. *Idem*, pp. 504-512.
19. Case Records of the Massachusetts General Hospital (Case 6-1978). *N. Engl. J. Med.*, 298: 387-396, 1978.
20. Lecourt, Dominique. La historia epistemológica de Georges Canguilhem. En: Canguilhem, Georges, *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires, Siglo XXI Argentina Editores S.A., 1.ª edición en español, 1971, pp. VII-XXX.
21. Laín Entralgo, Pedro, *op. cit.*, p. 25.
22. Onetti, Juan Carlos. *Juntacadáveres*, Buenos Aires, Editorial Alfa Argentina, 1972, p. 97.
23. Canguilhem, Georges, *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires, Siglo XXI Argentina Editores S.A., 1.ª edición en español, 1971, pp. 175-177.
24. Herrera Ramos, Fernando. El síndrome del angular omóplato. En: *Libro de homenaje al Profesor Doctor Julio C. García Otero*. Montevideo, Universidad de la República, 1962, pp. 316-324.
25. Ferguson, Roger K., Cost and yield of the hypertensive evaluation. *Ann. Intern. Med.*, 82: 761-765, 1975.
26. Wolf, Paul L. Utilization of biochemical screening panels in medicine. *Primary Care*, 1: 331-354, 1974.
27. Mc Fate Smith, W. Epidemiology of hypertension. *Med. Clin. N. Amer.*, 61: 467-486, 1977.
28. Cohn, Jay N. Heart disease in the hypertensive patient. *Med. Clin. N. Amer.*, 61: 581-591, 1977.
29. G. Bartha, Ch. Nugent Routine X-ray Films and ECGs. *Arch. Intern. Med.*, 138: 1211-1213, 1978
30. López Piñero, José María. *Op. cit.*, p. 62.

Médico, medicina y salud

(volumen 2, número 5, 1979)

A propósito de la Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud publicada en nuestro número anterior, viene al caso la necesidad de precisar la ubicación que en el terreno conceptual tiene algunas formulaciones en ella contenidas.

Se trata, en verdad, de reiteraciones, que sirven en la medida en que no son motivo habitual de discusión entre los médicos, pero que por lo mismo, son el origen de ciertas conclusiones en el lugar de la práctica. En primer lugar, la salud. Definida positivamente como un estado del ser consigo mismo (completo bienestar) y con el ámbito social en que se desenvuelve, es a no dudarlo, la expresión en el lenguaje burocrático, de la felicidad. Es pues, una resultante, una aspiración, una situación. Y uno de los derechos fundamentales del hombre, reconociéndosela expresamente en esa calidad como un objetivo social prioritario, a ser alcanzado en un nivel aceptable por todos los pueblos del mundo en el año 2.000. En consecuencia, su estatuto actual y de factibilidad existe en estrecha dependencia de las tradiciones y realidades socio-culturales y económicas de la comunidad considerada.

Desde el punto operacional o valorativo los criterios que juzgan estados de salud, no pueden referirse entonces, a la biología, ni aún a la antropología, sino que deben encontrarse en el marco más amplio de las ciencias políticas y sociales. Estrictamente, la salud como estado de completo bienestar físico, mental y social, no es un asunto privado de la medicina, sino uno rigurosamente político. De ahí que la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud declara textualmente que son “los gobiernos (los que) tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas”.

Queda claro, así, que el estado de salud no es problema de diagnóstico clínico o de conjetura o conducta terapéutica, sino de acierto y voluntad política. La misma Declaración lo dice: “Para ello (para iniciar y mantener la atención primaria de salud) será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos posibles”. La salud pública o sector sanitario de la administración gubernamental, es sólo uno de los integrantes que constituyen su estrategia. Por otro lado, la acción del clínico, del médico que asiste, General, internista o especialista, la suya se ubica específicamente en la antropología.

Ello no supone omisión para con otras áreas de responsabilidad, y más cuando su condición, no debemos olvidarlo, es el fruto de un esfuerzo colectivo de toda la sociedad (de ayer y de hoy) concretado en la formación y funcionamiento de los centros de estudios superiores de los que ha egresado. Pero

aún sin minimizar este condicionamiento, en definitiva, ético, es obvio, que, la demanda de sus servicios y las consecuencias más evidentes o inmediatas de su acción se refieren al plano individual, al hombre enfermo. Así, su objetivo sólo es social por extensión: el hombre como especie es un ser social.

Al médico corresponde afirmar la presencia de enfermedad o su ausencia y esto siempre referido a un instante concreto. Pues la doble mirada (paciente y médico) que estructura lo patológico y que construye el espacio de su afirmación o negación (el campo nosológico) está signada por la historicidad. También le corresponde la prevención, pero prevención dependiente y como extensión del mismo campo nosológico.

La salud, sin embargo, “no es sólo la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Por último, entre la salud, derecho humano fundamental, problema totalizador, por ende, político, y el individuo enfermo, ejercicio del médico, se organizan a nivel de la práctica, los servicios de atención médica.

La atención primaria, sin embargo, comprende un área mucho más vasta que el que corresponde y puede el sector de la administración sanitaria. Dice la Declaración que entraña la participación además del sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular, la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones, etc.

Y tanto depende de éstos, que el nivel de salud de una comunidad depende sólo escasamente de los logros de la revolución científico-técnica aplicados a la clínica.

Es bueno reflexionar sobre estos conceptos, pues permiten ubicarnos racionalmente en el proceso social de nuestro país.

De las ausencias o el médico general

(volumen 3, número 2, 1980)

Uno de los hechos más notables en la organización de nuestro sistema asistencial, es la inexistencia en esa estructura, de un nivel primario suficientemente desarrollado —nivel primario que cumpla los requisitos básicos, entre otros, de la accesibilidad fácil, de la universalidad (en cuanto a pacientes y problemas), y de la continuidad en la atención—. Esta ausencia constituye, sin duda, uno de los motivos que más perturba, confunde y encarece su funcionamiento.

Tal situación, mirada desde el punto de vista laboral, esto es, del sistema como mercado de trabajo, ofrece un comportamiento consecuente: el médico general es retribuido con el salario más bajo, es el más limitado en cuanto a facultades decisorias, y al que se le impone una burocratización mayor cuando se propone recetar o estudiar a los enfermos. Este médico general, entonces, a quien le compete cubrir el nivel primario, sufre en el terreno conceptual una verdadera transmutación, o más precisamente, una mutilación: es médico general quien no es otra cosa. Lo es como negatividad, como ausencia; sobre todo como carencia.

La formación universitaria se ajusta cada vez más a ese mercado: los cursos de post-grado se multiplican pero no existe, sin embargo, un curso dedicado a la medicina general. Deberíamos suponer, si somos lógicos, que se admite, implícitamente, que los estudios curriculares están programados para formar especialistas en aquella disciplina. Esto no es así, el programa de estudios corresponde al área de la medicina interna. Y esa realidad curricular viene a ser reconocida con el establecimiento del curso de medicina rural, que es en los hechos, dado su contenido, un curso breve de medicina general. Bajo este eufemismo de médico rural, el médico general resultante, no sólo adquiere un cierto cuerpo de conocimientos, sino una clarísima indicación de la geografía que le corresponde: lejos del sistema mutual y de los metropolitanos. La civilización urbana actual no parece pues condescender con esta orientación profesional.

Influidos por este doble cerco, mercado de trabajo y orientación docente, los estudiantes en su inmensa mayoría aspiran a la especialización en una subespecialidad de la medicina interna.

Curiosa paradoja ésta, que en momentos en los que la semiología y clínica amplían a fronteras jamás sospechadas sus posibilidades gnoseológicas a través de la revalorización permitida por el avance tecnológico, en los que cada vez más el hombre como unidad resulta una necesidad para cualquier enfoque diagnóstico terapéutico, momentos en fin, en los que el hombre como individualidad inviolable viene a ser protagonista cotidiano de los foros

internacionales en la renacida conciencia de los derechos humanos, la medicina nuestra insiste en su atomización. Atomización biológica-biográfica del enfermo, atomización formativa y laboral del médico, atomización con burocratización paralela de los servicios.

Desafortunada encrucijada —que no podemos obviar—, que exige urgencias.

Dr. Juan C. Macedo

Comentario de Juan Carlos Rey Tosar en *Compendio Revista Médica*

(volumen 3, número 3, 1980)⁹

El trabajo de M. Bourgeois apunta a la esencia misma del drama humano:

El Ser para la muerte.

Sabemos que los miedos básicos del Hombre son: el miedo a la locura (estar enajenado en el mundo de los demás) y el miedo a la muerte.

La enfermedad, acontecimiento ineludible en la vida de todo ser: sumerge al que la padece en una situación regresiva, muchas veces infantilizándolo, cambiando el propio sentido de su cuerpo, de él con el mundo y con su vida.

Cuando el acontecer patológico hace necesario la internación en un hospital, la estabilidad emocional del sujeto muchas veces entra en crisis y el elemento psicológico de la angustia entra en juego; tomando distintos ropajes que es necesario conocer.

Así sabemos la actitud de ciertos pacientes que intentan escotomizar su afección y se niegan a seguir las indicaciones médicas, pensando que es peor el remedio que la enfermedad, otros en cambio no manifiestan para nada su estado anímico y otros se vuelven demasiado pusilánimes y esperan del médico un trato de superprotección.

Es esta parte psicológica, la que muchas veces queda por encarar en nuestra medicina técnico científica, creando problemas en la relación médico-paciente.

Es frecuente que estas situaciones se acentúen en la medicina de urgencia, como sucede en los Centros de Tratamiento Intensivo, donde los pacientes por su afección son sacados bruscamente de su medio ambiente e introducidos en un lugar desconocido y temido, a su vez son sometidos a una técnica aparatológica que se inserta en su propio cuerpo, donde nuevas caras y personajes desconocidos para ellos cuidan de su cuerpo, pero los aíslan de sus familiares y de su mundo conocido y cotidiano y donde el espectro de la muerte está rondando a su alrededor, ya que algunos vecinos caen en esa lucha por la vida.

Como bien dice Bourgeois, el médico y el personal paramédico deben soportar el stress permanente de trabajar con moribundos y no pueden ser inmunes a la angustia existencial del enfrentamiento con la muerte pero que se debe ocultar para poder cumplir con su deber profesional de curar, pero que hace mella, cuando no se salió airoso en la batalla de salvar a su enfermo.

9 Comentario del Dr. Juan Carlos Rey Tosar a propósito de un artículo publicado en *Compendio* y titulado "Muerte, duelo y agonía", de autoría de M. M. Bourgeois, traducido de *Bordeaux Medical*.

Los oncólogos, los cirujanos cardiovasculares, los geriatras y los que emplean técnicas de resucitación saben bien cómo muchas veces se hace difícil la tarea, cuántos de estos técnicos somatizan sus angustias con afecciones cardiovasculares y enfermedades psicosomáticas.

Otras veces su identidad médica, cuyo eje primordial es su capacidad de curar se puede deteriorar, encontrándose sin saber irritado o sentir culpa excesiva, o tener dudas sobre su propia capacidad o temor exagerado a las críticas de sus colegas, o también aislarse emocionalmente de sus pacientes (aparentar indiferencia) o por lo contrario dedicarse al paciente de una manera exagerada.

En una palabra, todo médico reacciona aunque no quiera con su sector irracional emotivo y establece con su paciente una relación compleja, que los psicólogos llamamos relación médico-paciente. Aunque él trate de jerarquizar sus componentes técnicos y crea que éstos son los suficientes para su acción terapéutica no puede escapar a los aspectos pasionales emotivos, que se desprenden de la interconexión médico-paciente.

Como dice Jores: es sencillamente imposible captar al hombre Total con un enfoque puramente científico-natural y el hombre nos ofrece no sólo un aspecto somático, sino un aspecto psíquico espiritual que no puede ser captado con los métodos de las ciencias naturales, a pesar del enorme despliegue tanto de técnicas como de conocimientos sutiles y detallados sobre muchos procesos patológicos.

Necesita, pues, el médico somatista muchas veces la ayuda de otras disciplinas para poder completar el enfoque dimensional. La interconsulta psicológica, entonces, se transforma en algo necesario para el paciente y para el médico para encauzar las angustias de ambos y de esta manera se permita un margen de seguridad y desarrollo del acto médico.

Esto no quiere decir que siempre sea necesaria la presencia del especialista, ya que el somatista con su intuición, sentido común y vocación clara puede resolver las dificultades que se presentan cotidianamente, pero es necesario saber que muchas veces en el ejercicio profesional existen múltiples situaciones difíciles de poder solucionar, ciertas situaciones de pegoteo entre médico y paciente difíciles de resolver, como sucede en enfermos graves y moribundos donde es necesario emplear técnicas psicológicas que muchas veces pueden ayudar a bien morir.

Es frecuente que los pacientes moribundos tienen gran interés en hablar de sus sentimientos sobre la muerte, pero se sienten bloqueados por la represión de los vivos, que suponen cruel tratar el tema con ellos; y esto, que podría ser una gran ayuda moral, no se produce porque el médico no está preparado para hacerle frente y piensa que ésta es tarea del sacerdote.

Es necesario saber que así como cada uno tiene desarrollado su propio estilo de vida, también tiene que desarrollar su "propia muerte".

La función del médico frente al paciente grave y al moribundo consiste en ayudar a encontrarla y si el médico no se siente capacitado para ello, debe pedir ayuda a un psicoterapeuta.

Pero también existe otro problema y es el de los familiares frente al moribundo.

¿Qué sucede en ellos cuando se enteran de que el familiar pronto va a morir?

Se produce el estado depresivo llamado duelo y, por lo tanto, surgen sentimientos contradictorios. Junto con el dolor y la pena se ve al enfermo como un niño a quien hay que mentir y no decir la verdad porque no la toleraría.

Muchas veces el médico se identifica con este aspecto y se establece entre él y el enfermo una incomunicación, ya que no quiere hablar mucho porque tiene que mentir. Entonces esta incomunicación se transforma en una hiperactividad médica, torturando al paciente con exámenes, procedimientos terapéuticos y quirúrgicos de eficacia dudosa, pero que tienen por finalidad “hacer algo”, aunque sabe que en el mejor de los casos este “algo” prolongará la vida del paciente días, horas o minutos.

Pero si le decimos la verdad al paciente, ¿la cosa es más positiva?

Hay que admitir que la verdad tampoco nos brinda una solución adecuada.

Hay pacientes que no la resisten, que prefieren el engaño y, por lo tanto, debemos respetar su manera de morir. Es muy común la idea de que no hay que decir la verdad, por ejemplo, a un enfermo canceroso, porque si éste la sabe ya no se puede hablar con él de cosas banales y nadie tendrá el valor de visitarlo y estar con él.

En suma: si le mentimos tratamos al moribundo como a un niño y lo aislamos, porque nuestro contacto con él es sólo aparente, y si le decimos la verdad también lo dejamos solo.

Es necesario saber cómo actuar en cada caso; unas veces el médico y la familia actuarán en forma intuitiva para manejar la situación; en otros casos se apelará a la ayuda de un psicoterapeuta, para que se dedique a ayudar al paciente y a la familia y de esa manera se hará una tarea compartida, en la que el médico aliviará el sufrimiento físico del paciente y el psicoterapeuta aliviará el sufrimiento psicológico, ya sea de la depresión o angustia, actuando ya sea sobre la parte adulta o bien sobre la parte infantil que todos tenemos.

Para esto hay que conocer la personalidad premórbida, su capacidad de trascender y sus mecanismos de defensa. Una vez conocido esto, se podrá actuar sobre la parte adulta, que es la que puede estar más o menos capacitada para aceptar la verdad, y entonces podrá el enfermo aceptar lo inevitable y morir con dignidad. En otros casos no podremos contar con esta parte y sólo nos quedará apaciguar y tranquilizar la parte niño del paciente.

Se puede decir que la forma de morir depende en última instancia de toda la historia vital.

No siempre hay que creer lo que pide el paciente, algunos exigen que si tienen una enfermedad mortal sean avisados para, de esta manera, arreglar sus cosas.

El médico puede creer que el paciente está capacitado para enfrentarse con la muerte, pero muchas veces el resultado no es el que esperábamos.

A título de anécdota, transcribo que un famoso cirujano contaba a sus alumnos que cuando era un médico joven estaba tan afligido con uno de sus pacientes, que sufría de cáncer avanzado, que decidió ayudar al pobre hombre a terminar en paz su vida.

El paciente le había pedido que le diera una inyección para terminar con su sufrimiento. Una noche en que le había dado al paciente su dosis habitual de morfina dejó por error el frasco con morfina en la mesa de luz.

Cuando lo visitó a la mañana siguiente fue reprendido por el paciente por su negligencia expresándole: “Piense lo que podría haber pasado si me tomo todo el contenido”.

El médico general y la muerte

(volumen 3, número 4, 1980)

Ante todo, debe decirse que el título, que esa asociación, es correcta por más que, en nuestro medio, se trate de un encuentro o de una situación poco frecuente. El médico general no es frecuente ni tiene existencia académica; tampoco es frecuente el compromiso del médico con la muerte de sus enfermos. Por lo demás, la muerte no es curricular. Esto no constituye, sin embargo, una especificidad, sino una particularización del modo general con que socialmente enfrentamos a los vivos cuando se están muriendo. Paradojalmente acá sí cabría hablar de democracia. Hay acuerdo. Hay asentimiento. No hay imposición. No hay usurpación. Punto donde nadie es tan tonto como para declararse ganador. No hay vencidos ni victorias si se trata de la muerte. Esto lo comprendió bien Tolstoi (1), que no era médico. También el Dr. Chejov (2), que era un escritor. Y Freud, que fue un explorador del universo humano. A decir verdad, en nuestro mundo cotidiano, por lo menos en el más evidente, la muerte no tiene biografía. Existe, sí, cierta bibliografía técnica, pero escasa. La muerte del que se está muriendo ese es el punto, es una ausencia común, trabada, trabajada como ausencia en nuestra cultura. Y en la preocupación creciente por deshacernos de ella la depositamos en la mitología, en la religión, o más recientemente, la inventamos como tarea del mito más moderno: la ciencia. De este modo, la civilizamos, es decir, nos tranquilizamos. Además la normalizamos, al integrarla administrativamente a una de las formas de la práctica social, que, mecánicamente, pensamos es la más próxima a ella, su antesala obligada, la medicina. Pero la medicina no puede con la muerte y por lo que sabemos, no podrá, no por ahora:

... sorprendentemente, en una generación de seres humanos en que se hubieran eliminado estas dos principales causas de muerte (el autor se refiere a todas las formas de carcinomas humanos y a todos los accidentes vasculares, cardíacos, encefálicos, etc.) la esperanza de vida al nacer sería unos nueve años mayor (3).

Y la medicina no puede con la muerte, porque es el dolor el que funda la medicina, no la muerte. La muerte funda otras cosas, en todo caso. De cualquier manera, ubicados en el lugar y perspectiva de un médico general, nos resulta particularmente atractivo por lo ubicuo, ambiguo y central el doble problema que es uno, de la autonomía del paciente y la muerte con dignidad. Cuando hablamos de la autonomía del paciente suponemos, que, las expresiones o solicitudes del enfermo en esa situación coinciden con sus deseos y necesidades. Y en consecuencia no hay obstáculos para suponer que el enfermo puede elegir el modo de su muerte, que llamaremos digna, legitimándola.

Pero todas esas suposiciones resultan falsas cuando nos enfrentamos a la situación y comprobamos que no estamos ante un enfermo, que no existe tal enfermo. Que estamos ante un moribundo. A un hombre que se va a morir. Llegado este momento, cuando somos capaces de percibirlo realmente, toda la medicina clásica que aprendimos, ese cuerpo de conocimientos fácticos para el que hemos encontrado un origen en Hipócrates, una estructura causalmente sencilla en la concepción clínico-anatomopatológica, clínico-humana desde Freud, toda nuestra medicina, la medicina, cesa. Porque la muerte del que se está muriendo delante de nosotros, no es pasible de un abordaje técnico. Exige un sostén ético. Una presencia comprometida que ofrezca lo suficiente como para que el otro pueda tomar, sólo tomar. Presencia que esté dispuesta a no dar nada, pero que sea capaz de reunir en el momento considerado, en ese momento, y por haberlo construido, un amplio espacio de ofrecimientos que adecue justamente en algunos puntos, pocos bastan a las necesidades del que muere. Es decir, exige la acción en silencio de la solidaridad humana, y aquí comprendemos, y si no lo entendemos no hay conocimiento sustitutivo, que el amor es esa situación donde nada puede darse, donde nada debe darse. En el amor, si es amor, no se negocia, se toma (se toman) lo necesario, lo justo, lo necesario y justo para crecer, lo necesario y justo para creer, y a veces para saber, que no todo lo vivido está perdido, que en algún lado próximo o lejano hubo encuentro, que en esta instancia del límite definitivo, obliga a respetarnos, a tolerarnos. En suma, el acto de morir en el que está muriendo nos enfrenta con el amor humano. Y somete a quien asiste activamente el episodio a una prueba máxima de esfuerzo respecto a su función o capacidad de amar. La vida de un enfermo, dice Laín (4), es su mejor prueba funcional. Esto también se extiende al médico en esas circunstancias. Comparto totalmente lo que me enseña Rey (5). Sin embargo no se trata de desarrollar la propia muerte durante el morirse. Se trata de la vida y de saber que lo vivido en la circunstancia histórica, contextual, natural, que nos hubo o ha correspondido, coincide, coincidió, con nuestra circunstancia personal o ser. Que no hubo traiciones. Pero sabiendo, con León Felipe que, “No es en la primera, sino en la última página de la crónica, donde está escrito el nombre de héroe y no es al principio, sino al fin de la jornada, cuando acaso, sepa el hombre como se llama” (6). La aparición del poeta ahora, no es un recurso de sobremesa. No es la trampa ni la carta marcada que decide la partida. La muerte y la poesía comparten el mismo privilegio: no se entienden (7). Porque ambas se ocupan de la identidad. En el momento preciso donde ganar es poco, siempre poco. Donde perderlo es todo. En el momento preciso, brutalmente ecuménico, donde quedamos solos. Porque es posible, que, “los seres humanos no pueden soportar demasiada realidad” (8). Porque tal vez, sólo tal vez, “Cada uno está solo sobre el corazón de la tierra / traspasado por un rayo de sol / y enseguida atardece” (9). Es por eso que admiramos el trabajo de la Dra. Kubler (10), y por lo mismo sabemos que aunque pueda no

admirarse o entenderse, la verdad, lo verdadero, debe buscarse en otro lado, Tolstoi, por ejemplo.

A modo de final, destacaríamos: 1) el moribundo es conceptualmente y propone un espacio nosológico diferente al del enfermo. 2) que esta separación clínica sólo puede efectuarse radicalmente, a posteriori, por lo que nadie está autorizado a presuponer o prejuzgar estados terminales si no reúnen todos los criterios de muerte definidos y aceptados médicamente (11). 3) que en tanto la experiencia de morirse es personal e intransferible y forma parte de la vida, en tanto ella esté ocurriendo, el dolor deberá ser tratado como dolor, la angustia como angustia, el shock o el coma como tales. Que no podrá haber transferencias de nuestra angustia, expresadas en la abstención terapéutica o mala terapéutica (el conocer médicamente es acá un problema moral). El protagonista de la muerte es el que se está muriendo, no nosotros ni los familiares del moribundo. La primacía protagónica la tiene él. 4) al médico general o médico tratante corresponde, por la relación longitudinal o diacrónica con la persona asistida, una participación atentamente solidaria del episodio. Si no lo hace y hay muchas razones para no hacerlo, debe saber que ninguna razón puede ocultar esta omisión. El llamado al especialista deberá considerarse como sintomático y no como buen recurso técnico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tolstoi, León. La muerte de Iván Ilich. En: Tolstoi. León, *Cuentos selectos*. Buenos Aires. Editorial Sudamericana, 1959, traducción de Galina Tolmacheva, pp. 209-292.
2. Chéjov, Antón. *La gaviota*. Buenos Aires. Biblioteca Clásica y Contemporánea, Editorial Losada S.A., 1966.
3. Hayflick, L. Aging under glass, *Experimental Gerontology*, 5: 291-303, 1970, citado en Fernández, A., *Los mecanismos biológicos del envejecimiento*, Sandoz, 1977.
4. Laín Entralgo, Pedro. *La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico*. Barcelona, Salvat Editores S.A., 2.ª edición, 1961, p. 538.
5. Rey, Juan Carlos, Comentario sobre Bourgeois, M.: Muerte, duelo y agonía, *Compendio*, 3: 28-29, n.º 9 3, 1980.
6. Felipe, León, citado en: Bouton, George, Correspondance avec mes élèves, en: *La médecine clinique n'est pas un humanisme ni un empirisme*. París, Les Classiques du Peuple, Editions Albin Michel, 1973, p. 61.
7. Ivanier, Isaac. On dying. *Landmarks and differences*. Toronto, Oxford University Press, 1980, p. 82.
8. Eliot, T. S. Burn Norton. En: Eliot, T. S., *Cuatro cuartetos*. Barcelona, Libros de Enlace, Barral Editores, 1971, versión y notas de Vicente Gaos, p. 43.
9. Quasimodo, Salvatore. *Todos los poemas*. Buenos Aires, Biblioteca de Poesía Universal, Ediciones Librerías Fausto, 1976, versión y notas de Leopoldo di Leo, p. 31.
10. Kubler-Ross, Elizabeth. *On death and dying*. Nueva York, MacMillan, 1969.
11. Jackson D. L. and Youngner, S. Patient autonomy and "death with dignity". *N. Engl. J. Med.*, 301: 404-408, 1979.

La historia clínica “completa”

(volumen 4, número 1, 1981)

Si lo visible sólo es un ejemplo de lo real, la infinitud es la naturaleza de las cosas.

Las regularidades puntuales del tedio, las fiestas del encuentro, la luz escasa de lo que no se entiende, el desorden violento que implica la inocencia, no limitan ni amplían su actualidad. No la distraen.

La realidad que barre la mirada, no tiene correspondencias. Es un único modo. Que da origen, donde confluye, toda anterioridad.

Acercamiento, interiorización, traducción, en todo caso producción, la realidad que cabe en la palabra es otra. Con más o menos especificidad, con más o menos voluntad de autonomía.

Si describir es hacer visible, mostrar y demostrar, se trata de una opción, una elección que corta el universo para presentarlo y comprenderlo en sus semejanzas.

Históricamente condicionada, arreglada a su objetivo, la descripción médica (la verdad médica) no escapa a los supuestos epocales ni puede fundarse (como aspiración) en la polisemia. Dos ejemplos:

1. Hacia mediados del siglo XVIII, Pomme cuidó y curó a una histérica haciéndola tomar “baños de diez a doce horas por día, durante diez meses completos”.
2. Al término de esta cura contra el desecamiento del sistema nervioso y el calor que lo alimentaba, Pomme vio “porciones membranosas, parecidas a fragmentos de pergamino empapado... desprenderse con ligeros dolores y salir diariamente con la orina, desollarse a la vez el uréter del lado derecho y salir entero por la misma vía”. Lo mismo ocurrió “con los intestinos que, en otro momento, se despojaron de su túnica interna, la que vimos salir por el recto. El esófago, la tráquea y la lengua se habían desollado a su vez; y la enferma había arrojado diferentes piezas, ya por el vómito, ya por la expectoración”. (1)
3. “Pero ahora estaba asido —colgado— de los más altos barrotes de la ventana, espigado por el esfuerzo, crucificado de bruces, desnudo el torso, con todo el costillar marcado en relieves, sin más ropa que un chal enrollado en la cintura. Su pecho exhalaba un silbido sordo, extrañamente afinado en dos notas simultáneas, que a veces moría en una queja. Las manos buscaban en la reja un hierro más alto del que prenderse, como si el cuerpo hubiese querido estirarse en su delgadez surcada por venas moradas. Sofía, impotente ante un mal que desafiaba las polémicas y sinapismos,

pasó un paño mojado en agua fresca por la frente y las mejillas del enfermo. Pronto sus dedos soltaron el hierro, resbalando a lo largo de los barrotes, y llevado en un descendimiento de cruz por los hermanos. Esteban se desplomó en una butaca de mimbre, mirando con ojos dilatados, de retinas negras, ausentes a pesar de su fijeza. Sus uñas estaban azules; su cuello desaparecía entre hombros tan alzados que casi se le cerraban sobre los oídos. Con las rodillas apartadas en lo posible, los codos llevados adelante, parecía, en la cerosa textura de su anatomía, un asceta de pintura primitiva, entregado a alguna monstruosa mortificación de su carne”.(2)

La difundida expresión, como exigencia docente e intercomunicación profesional de una “historia clínica completa”, viene a poner en juego una perturbadora irrealidad.

Así a secas, esta exigencia demuestra solamente, una falta de perspectiva gnoseológica en el trabajo clínico.

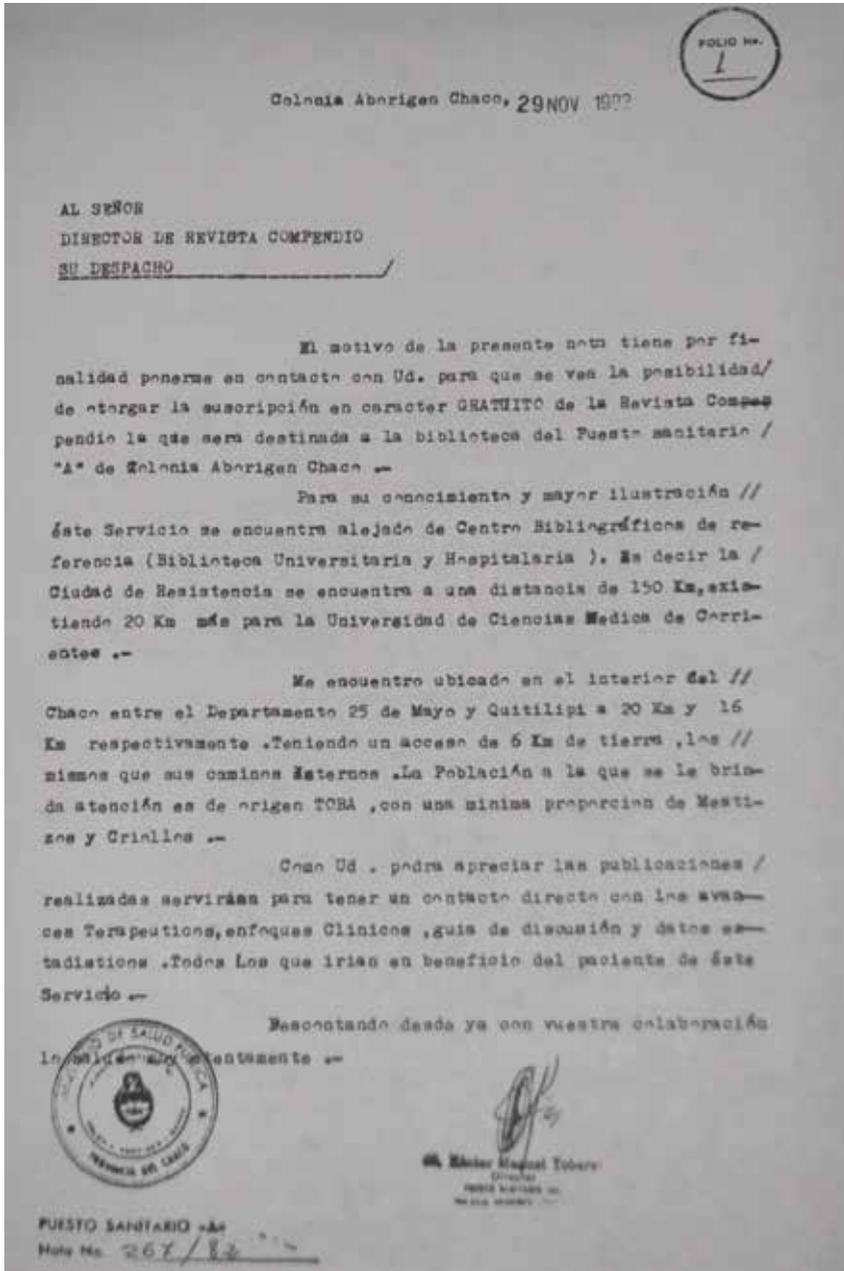
Dr. Juan C. Macedo

BIBLIOGRAFÍA

1. Foucault, M. *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI Editores S.A. Primera edición. Traducción de Francisca Perujo, 1966, p. 1.
2. Carpentier, A. *El siglo de las luces*. Barcelona, Barral Editores, S.A., 1972. Tercera edición. Primera edición argentina 1973, p. 16.

Acuse de recibo

(volumen 5, número 5, 1982)



Hay lugares que apenas se cuentan, que ocurren a un costado de la historia, por fuera de la línea, casi, que se extiende al recortar el mundo. Pero que decididamente no pueden ocultarse ni dejar de existir.

Lugares cuyo centro es puntualmente, una larga, densamente trabada distancia hacia las cosas, una fila de ausentes, la desmesura del esfuerzo en cada logro, lo apenas mensurable de lo que se consigue. Donde la evidencia de la inmediatez no se aleja demasiado de la realidad, penetrándose a veces, como una sola experiencia.

Lugares donde vivir consiste en construir. Para que quede hecho. Donde vivir no es parecerse a, sino la referencia natural de lo que es. Donde la soledad es sólo una tarea de la identidad; de uno, de los otros.

En los bordes, lo necesario no siempre es perceptible, en verdad, raramente lo es. Y estas son dificultades mayores, sin duda, para su encaje en lo que suele ser, por reiterado error “curricular”, aspiración, deseo, legitimidad.

Dificultad de encaje en lo que comprendemos.

Hay lugares que están lejos. Que están bien donde están. En los hombres que los pueblan. Esto lo sabe bien el Dr. Héctor Manuel Tobares, director del Puesto Sanitario “A” de Colonia Aborigen Chaco. Pero hay quienes lo ignoran, y aun hay otros que esperan de algún modo que exista. Pues si bien es cierto que “hay mensajes cuyo destino es la pérdida”, bastante más es cierto que “los mensajes perdidos inventan siempre a quien debe encontrarlos” (Roberto Juarroz).

Ante la censura previa o de la pequeñez desmesurada

(volumen 6, número 4, 1983)

Como culminación de una voluntad política que ha hecho de la prohibición el aspecto más destacado de sus manifestaciones normativas, el poder ejecutivo ha dispuesto la censura previa a la circulación de los órganos de prensa de aparición regular: semanarios, revistas, etc. Censura previa a la circulación que no a la edición, pues aquella se ejecuta una vez completado el tiraje. Ejecuta, pues, de ejecutar, en el peor sentido de la acción verbal. Es decir, que, la medida llena completamente los requisitos de una barbaridad jurídica, convirtiéndose en una forma extrema de la irrespetuosidad social.

La censura no se ajusta al derecho. Tampoco se aviene con la práctica de la vida. Su esencia participa de la destrucción. No es ese el camino. Ningún camino.

Compendio, que representa un esfuerzo de permanencia cultural ante el progresivo aislamiento de estos últimos diez años, en plena participación democrática, protesta ante este hecho, al tiempo que amplía y refuerza su memoria.

Dr. Juan Carlos Macedo

La tortura no puede continuar (volumen 6, número 5, 1983[1984])

1 –

Oración del torturado

Y haz que la carne no me abandone.

G. Boido (1)

2 –

“No sabemos en dónde empieza el mal, si en las palabras o en las cosas, pero cuando las palabras se corrompen y los significados se vuelven inciertos, el sentido de nuestros actos y de nuestras obras también es inseguro” (2).

Sobrevivientes de una vasta, confusa pesadumbre, no sabemos en dónde empieza el mal. Pero sabemos del mal: su empecinada regularidad. Lo conocemos. Su irreparable, abarcador residuo de inseguridad.

También sabemos de su transparencia: el dolor.

Porque el mal es lo que ocurre aquí y ahora.

3 –

El tiempo no es el tiempo. Es como crecen las cosas. Por eso ningún pasado es todo el pasado. Sino apenas lo ocurrido en lo que ahora somos. En lo que vemos, hacemos, y en la reunión del sueño; con el primero, y el sueño por soñar.

Así, el Partenón identifica a Atenas y es nuestro pasado, nuestra cultura, hechura, del más lejano sueño. Una tarde improbable, bien mirado, todo tiempo anterior parece un mismo tiempo, un tiempo sin espaldas. ¿Qué hay más allá de su alto volumen que pueda aún hablarnos? “Queda abolida la tortura judicial para los ciudadanos libres” (3). La colina, entonces, no era sólo la colina pero el Partenón no era. Queda abolida la tortura judicial para los ciudadanos. Había discusiones, construcciones, pero ningún proyecto para el Partenón. Queda abolida la tortura judicial. Siete décadas antes que allí se construyera el Partenón. Queda abolida la tortura. En el año 510 a. C., en Atenas, bajo Clístenes, queda abolida la tortura. Hace 2.494 años.

4 –

Dos mil cuatrocientos noventa y cuatro años, que es como mide el tiempo la soberbia del usurpador, veintinueve mil novecientos veintiocho, meses, que es como lo prepara el torturador, novecientos diez mil trescientos diez,

días, que es como espera el tiempo el exiliado, veintiún millones ochocientos cuarenta y siete mil horas, de vigilia hora a hora, que es como lo medimos nosotros, desde aquí, hace ya muchas horas, mil trescientos diez millones ochocientos cuarenta y seis mil otros tantos, minutos, que es como escapa el tiempo, o suma, el prisionero, setenta y ocho mil seiscientos sesenta millones de segundos, duración de millones, que es como sabe del tiempo el torturado. O en fracciones de tiempo muchísimo más chicas, tan pequeñas: la infinitud del tiempo. Que es como no lo miden ya los muertos.

5 -

Hay acciones humanas que están más allá de cualquier juicio de circunstancia. Quiero decir que las acciones humanas se explican, más o menos, se comprenden, más o menos, se aceptan, más o menos, de acuerdo al contexto en que se producen. Y que a la luz de esa vasta construcción que nos identifica como especie e individuos y que llamamos cultura, y que dentro de los márgenes amplios de esa referencia, la cultura, la ubicamos como convenientes o inconvenientes. Salvo algunas. Algunas cuyos bordes no limitan con ningún extremo, que no tienen sostén, y donde toda pretensión de parecido o de razones sólo es violación, es corrupción, es vacío de lenguaje. Pero también sabemos que hay razones que sólo el corazón conoce: pero a éstas tampoco las conoce. Porque la cultura es lo que adquirimos hacia lo que aspiramos. Y es esa doble condición de adquisición en la aspiración, la que hace que se junten lo deseado con lo que conviene, fundándose la legitimidad y sus contrarios. Es decir, no basta que las cosas sucedan: eso no es suficiente para el hombre. Hay acciones humanas, pues, que están por fuera, por fuera de foráneo, estrictamente. La tortura en primer lugar, por su doble inmediatez, del terror solidario a la carne que desprendida cae desde el dolor a la desesperanza, en su más vasto tajo transversal, pues solamente ocurre para que siempre quede sin reparación.

Cruel paradoja: la experiencia más próxima a la eternidad en la inmediatez más próxima de la destrucción.

Pero dejemos de lado aspectos descriptivos cuyo intento es siempre mala imitación. Que quede claro, no me estoy refiriendo a la pureza, pues el alma está muy cerca de estas cosas, y ella tampoco puede invocarse en la inocencia.

6 -

Seamos prácticos. Ubiquémonos en el amplio espectáculo de un lenguaje abierto: la tortura es una técnica para obtener información. Pero esa técnica no se evalúa y es en los otros campos del hacer social donde encontramos las palabras de su imposible virtud deseada. Hablan entonces los otros, de maximización, de optimización, etc. Ignoran que entre las palabras y las cosas no hay superposición sino la distancia de las intenciones. ¿Una técnica eficaz

para obtener información? No. Por eso la tortura no ganó jamás ninguna guerra, no logró jamás ningún avance en la ciencia, no produjo jamás ninguna obra de lo que llaman arte. ¿Lenguaje abierto?, no, prostitución del lenguaje. Pues la eficiencia no es el logro sino el modo del logro en sus consecuencias. Seamos prácticos. La tortura no es una técnica ni es eficaz como lo sea. Es políticamente una estupidez, es militarmente la estrategia fracasada, y es socialmente una repugnante anomalía. Por esos motivos la tortura, festín de los miserables, fue abolida de la civilización occidental, en Atenas, bajo Clístenes, en el año 510 a. C. Hace 2.494 años.

7 -

Según la información disponible en la prensa, El Dr. Vladimir Roslik no murió. Fue muerto.

La tortura no puede continuar.

Dr. Juan Carlos Macedo

BIBLIOGRAFÍA

1. Guillermo Boido, *Poemas para escribir en un muro*, Schapire Editor, Buenos Aires, 1975, p. 80.
2. Octavio Paz, *El arco y la lira*, Lengua y estudios literarios, Fondo de Cultura Económica, México, 1970, primera reimpresión, p. 29.
3. Hermann Kinder y Werner Hilgemann, *Atlas histórico mundial*, Colección Fundamentos, Ediciones Istmo, Madrid, 1973, cuarta edición, p. 55.

La vida gremial recuperada: hacia una nueva Facultad

(volumen 7, número 5, 1984)¹⁰

El Uruguay democrático republicano tras el ejercicio directo de su soberanía en la constitución de sus instituciones.

Otra vez participamos del espectáculo vasto de la esperanza como potencialidad de los hechos cotidianos: las organizaciones gremiales a la luz del día, la Universidad, la Facultad en su sitio = democráticamente constituidas. Es cierto, el pasado nunca muere totalmente (es posible o deseable que no deba), pero en todo caso, hoy, no escribimos bajo la dictadura. Exilio, insilio y cárcel son ahora ocasiones de reencuentro. Si hay olvido, y el olvido forma parte de la vida, los desaparecidos y los muertos, la tortura, no son parte de esa circunstancia.

La dictadura, experimento sistemático y extremado de la destrucción, vencida no por ciclos naturales, sino por la naturaleza empecinada de los que resistieron la miseria fácil de los miserables, no dejó un espacio en blanco. Quiero decir que no hay un tiempo cero. El país, la Universidad-Facultad, nuestras organizaciones gremiales, son una continuidad, con rupturas aquí y allá, es claro, pero como crecimiento de una tradición, es decir, de lo que nos identifica desde los puntos varios que puede una mirada.

Nuestra Universidad-Facultad no fue, es cierto, la soñada. Pero las causas de la “separación del país”, del “autoaislamiento”, que, tantos gustan ahora mencionar con intención, con ingenua y mala intención, explicativa de su desarticulación, atribuyéndosela a la radical politización o aún “partidización” de sus órdenes, obedeció en realidad a la radical, sí, pero decisión de persistir en el fiel cumplimiento de los fines que la Ley n.º 12.549 (Carta Orgánica de la Universidad de la República) obliga, cuando el país era conducido por la reacción política hacia la dictadura.

Lo de las culpas de la Universidad es un aspecto de la tan liviana, interesante, y aún estúpida, a veces, generalización de que “todos somos culpables”.

Art. 2.º. Fines de la Universidad. La Universidad tendrá a su cargo la enseñanza pública superior en todos los planos de la cultura, la enseñanza artística, la habilitación para el ejercicio de las demás funciones que la ley le encomiende.

10 Este número fue editado, por los datos que contiene la revista, con posterioridad a la recuperación del Sindicato Médico del Uruguay por sus autoridades legítimas, ocurrida desde el 28 de enero de 1985, puesto que aparece allí mencionada la nueva dirección de *Compendio*, en una sede del SMU, en Arenal Grande 1676, con la correspondiente línea telefónica asignada a ese local.

Le incumbe así mismo, a través de todos sus órganos, en sus respectivas competencias, acrecentar, difundir y defender la cultura; impulsar y proteger la investigación científica y las actividades artísticas y contribuir al estudio de los problemas de interés general y propender a su comprensión pública; defender los valores morales y los principios de justicia, libertad, bienestar social, los derechos de la persona humana y la forma democrático-republicana de gobierno.

Esto que reconoce, sin duda, un origen evangélico, se basa en una abusiva tergiversación del pensamiento de Cristo. Cristo, actúa desde la inocencia dispuesto al perdón en su cruzada por la salvación. Hasta setenta veces siete estuvo dispuesto a perdonar. Pero ni el paraíso, ni el purgatorio, ni el infierno quedan abolidos. Para el culpable introdujo la redención, pero el culpable que opta por la culpa no es redimido por el volumen restante, aún abultado de los otros culpables. Por otra parte, la Iglesia reconoce santos y herejes: no todos son culpables.

Basta pues de esa proposición reaccionaria que sólo busca la inacción detrás del giro, fuerte sí, pero vacío de justicia. Ni los marxistas, pues, ni los neopositivistas, ni los neokantianos, ni los liberales de cuño popperiano, ni aún los monárquicos que también los hubo, ni los otros, pues en la Universidad hubo cupo para todos, destruyeron la Universidad. Fue el fascismo nativo, tan poblado de miserables como desprovisto de moral, tan inculto como fascista, a quien le corresponde los merecimientos de este acto, de celebrada ocasión sin duda. “Cuando oigo la palabra cultura llevo la mano al revólver”: esa es toda la ideología del fascismo.

De acuerdo, nuestra Universidad-Facultad no fue la soñada. Ni siquiera, tal vez, la necesaria, si la referimos al proyecto de independencia, desarrollo y reafirmación nacional. Esto no es una consigna partidaria, pero es claro que es política universitaria. Política en su correcta acepción por cuanto supone una acción que legítimamente aspira a influir en los acontecimientos y la construcción social. Pero esta aspiración-obligación política no tiene como finalidad suplir o convertirse en rectora de toda la transformación social, que es en la democracia, competencia del pueblo organizado en los partidos políticos. Esa finalidad de la Universidad por obvia, por legal, tiene una explicación que se autoabastece en su enunciado. Repito, ni siquiera fue tal vez necesaria. Pero fue la posible, la que en el cultivo de la más amplia libertad y tolerancia pudimos construir. Pues la Universidad no es una isla, nunca lo fue respecto del país real. Si fue una isla, fue por aislada por la desenfrenada reacción que siempre ha pretendido confundir, asimilar, el país real con el país urgente de sus necesidades de dominación. Dice Julián Marías (y aunque no lo dijera) que el país real no coincide, no es, el país actual. Ningún corte transversal es el país total. El país real es desde Artigas hasta el proyecto colectivo abierto hacia el futuro, es esa consolidada síntesis, y la continuada responsabilidad por conservar, por descubrir, crecer. Por construir y por cambiar.

A la Universidad le incumbe ese país real. Él es su referencia. No el de circunstancias de grupos o de proximidades. Esto no significa separar, aislar, partir la polarización dialéctica en las que las cosas naturalmente interactúan, suceden, sino ubicar las prioridades.

Un aspecto conflictivo, de tensiones subidas, que se vincula con lo anterior en la relación poder político-Universidad es el problema del presupuesto universitario. Es éste el punto donde ha adquirido mayor visibilidad, seguramente, el enfrentamiento entre una Universidad autónoma comprometida con ese país real, una Universidad como factor de cambio, y la Universidad bien comportada, fábrica de profesionales invictos en las lecturas de segunda mano, la Universidad silencioso reflejo pasivo de la historia que hacen otros, es decir, la Universidad colonizada y colonizadora de la dependencia. Los insuficientes presupuestos han sido el medio por el que el poder político ha expresado, habitualmente, su adhesión a la opción colonizada y colonizadora de universidad.

Pero una Universidad como factor de cambio también exige de nosotros, que ésta, nuestra Universidad cambie. No es despropósito injusto sino reconocimiento, decir que, a pesar de las declaraciones de encendidos y radicales tonos, del bullicio de la legítima protesta callejera (desproporcionada y salvajemente reprimida la mayor parte de las veces por el poder político), la práctica universitaria ha sido esencialmente conservadora. Nuestra Universidad es resistente a los cambios. Pero también convengamos en que la Universidad como organización institucional, como estructura, no ha sido una preocupación privilegiada de los distintos órdenes que participan de su gobierno. Los diversos gremios universitarios, los grupos que los constituyen, se han preocupado con más frecuencia por disputar posiciones que sólo colateral y forzosamente se vinculan con el problema universitario, que por definir el verdadero papel de la Universidad en un programa de independencia nacional. La praxis gremial universitaria sin ese esfuerzo de definición teórica, se convierte en un reflejo subsidiario de otras prácticas con ajustes o encajes aleatorios en la especificidad de lo universitario. Es decir, se convierte en mera agitación al servicio de la reacción. Más allá del discurso y del deseo.

La Universidad durante la dictadura fue desnaturalizada en su condición social de centro de estudios superiores con funciones docentes, de investigación y extensión, funciones éstas que se implican una a otra inseparablemente en la realización fáctica del pensamiento científico, y en la responsabilidad ética del universitario. De la Universidad que conocimos sólo se sostuvo la arquitectura, pero robándole a los edificios con la limpieza de sus exteriores, ese particular encanto, crepuscular es cierto, pero solidario, que la pátina del tiempo otorga a las fachadas. Por lo demás, fue un organismo de administración de la arbitrariedad, del acomodo, aún del nepotismo.

La reconstrucción de la Universidad implica entonces dotarla nuevamente de su naturaleza. Y ésta debe ser la tarea prioritaria que sus órdenes

organizados gremialmente deben asumir. Es en torno a ese objetivo, a la construcción de una Universidad como factor de cambio social que debemos orientar nuestros afanes. Sin confundirla con el centro o la vanguardia de los cambios, pero tampoco como residuo de los cambios. En suma, producir desde ella, democráticamente, las estrategias que convengan y converjan al gran cambio, que desde la redota, desde el éxodo, Artigas puso en marcha.

Dr. Juan Carlos Macedo

Diez años de *Compendio*

(volumen 10, número 5, noviembre de 1987)

Con este ejemplar *Compendio* cierra sus primeros diez años de actividad. En su creación, como es tradición en nuestro medio, la unidad médico-estudiantil. Un grupo de estudiantes, con inquietud y generosidad, promueven la idea que va tomando forma definitiva y haciéndose realidad en el contacto y la colaboración con sus mayores, ya médicos.

Fue y sigue siendo *Compendio* una propuesta cultural que sobrevive por su arraigo entre médicos y estudiantes de medicina. Pero de sus intenciones digámoslo mejor tal cual fue expresado en sus primeros ejemplares:

Compendio es una revista bimestral en la que se publicarán artículos aparecidos en la más aceptada literatura médica mundial.

Viene implícita por esta condición su carácter de propuesta cultural; en el ámbito de nuestra especificidad. Si propuesta cultural debe entenderse como una construcción.

Al tratarse de una selección de artículos, es obvio que opta por cierto cuerpo informativo. Esta opción debe entenderse positivamente y no como rechazo o minimización de otras alternativas.

Del segundo editorial extractamos:

La división económico-social del mundo actual entre países del hemisferio norte, ricos e industrializados, y países del hemisferio sur en subdesarrollo o en vías de desarrollo (léase pobres), crea a su vez, dos categorías: la de creadores de cultura médica en sus aspectos fundamentalmente científicos, y la de los “consumidores”. Si se suma a eso la distorsión creada por la potencialidad de la industria químico-farmacéutica con el surgimiento de una información médica polarizada, se comprenden las dificultades en seleccionar material de valor.

Y más adelante:

... el aislamiento del médico práctico, del médico de familia en áreas urbanas o rurales, de los centros de información es un hecho a nivel mundial. Pero nos interesa en especial referido a nuestro país. ¿Cómo seleccionar tanto material? ¿Cómo reconocer lo importante de lo accesorio en la información? ¿Cómo distinguir lo “incorporable” de la novedad sin sólido fundamento científico? Esto supone una labor conjunta de Universidades, asociaciones profesionales, científicas y de universitarios.

Al lado del aislamiento científico para nosotros existe la situación económica propia de nuestros países de América Latina, donde cualquier libro de medicina o una suscripción a revistas médicas, supone la mitad de un sueldo base mutal, y a veces lo primero todo un sueldo base mutal.

Pero también nació *Compendio* como una necesidad de expresión en épocas muy difíciles de silencio y oscurantismo. El Uruguay ocupado por su ejército, la Universidad y el Sindicato Médico intervenidos por los esbirros de la dictadura. En medio de la represión y de las enormes dificultades de comunicación *Compendio* se propuso en su línea editorial mantener encendida la antorcha, repasando y reafirmando principios fundamentales de nuestro gremio y de nuestra Universidad. Que lo logró nos lo dice el expreso reconocimiento de nuestros lectores y de las organizaciones gremiales médicas.

Hoy ha pasado a segundo término la necesidad de tener una voz gremial y universitaria. Tenemos ahora ámbitos específicos, pero en este tiempo, la propuesta cultural de *Compendio* arraigó en el medio médico. Él nos reclama hoy su permanencia. Entretanto nuevas generaciones de médicos y estudiantes se van incorporando a la revista, permitiendo su continuidad como un organismo vivo.

La Facultad en la comunidad

(volumen 11, número 2, mayo de 1988)

Nuestra Facultad, en acuerdo con el MSP, ha incorporado una nueva área de trabajo curricular, el área de la comunidad.

A los laboratorios, a las salas de hospital, agrega ahora una nueva y tal vez decisiva base docente asistencial e investigación que opera en los centros de salud del MSP.

Se trata de un cambio, al encuentro de una aproximación con la geografía donde es doble el proceso salud-enfermedad pero en el marco de una honda reflexión acerca de la clínica como campo teórico orientador de la práctica médica, en el contexto concreto de nuestras condiciones.

No ignoramos, que al involucrar esta reorientación docente problemas de distinto orden como los de atención primaria de salud, revalorización de la medicina general, privilegiar o acentuar el autoaprendizaje, etc., generará discusión y resistencia hasta tanto no se logre esta novedad realizarse como praxis médica y probarse como necesaria.

A los efectos de aclaramiento, este proceso aspira a hacer visible o legítimo en el plano académico la práctica médica desarrollada en el primer nivel asistencial y a desarrollar científicamente este primer nivel hasta las dimensiones en las que realmente opera. Esta jerarquización de la práctica en el punto crítico del primer contacto del paciente con el sistema asistencial, supone una favorable extensión del campo clínico y su apertura a un área donde la nosografía de construcción hospitalaria es sólo un extremo del espectro más amplio de la experiencia de enfermar. Si concebimos la clínica como el modo teórico-instrumental de producción del conocimiento médico en el espacio de una relación, la relación médico-paciente (o médico-paciente-familia-comunidad) esta extensión significa para los clínicos un campo de desarrollo, básicamente, uno de descubrimiento. Y significa al asignar a la comunidad un papel protagónico en el funcionamiento del sistema, restablecer al mismo nivel de responsabilidad la bipolaridad del par que en este proceso interjuega, y que acusa un desequilibrado desvío hacia el lado de "lo médico".

En suma, una nueva actitud desde una nueva perspectiva que permita avanzar en la concepción de integralidad de la atención médica sobre la base de una visión prospectiva longitudinal del acto médico.

Dr. Juan Carlos Macedo

Parte III
Escritos varios

Invitación al diálogo¹¹

La niñez en la pobreza, desde la poesía, puede ser recorrida en incontables autores y tristezas. Y esa es una posibilidad de enfoque. Pero, ¿de qué modo esa violencia encaja en la función de la poesía? Porque la poesía no es arte de inmediatez. Tampoco el vínculo que pueda establecer con los asuntos está en su exterioridad temática.

La poesía tiene tantas posibilidades de ser como poetas hayan existido o puedan existir.

Pero es, seguramente, un nivel de la realidad, donde las cosas, tal vez, son más reales: cuando existe, algo ocurre, que nos extiende al resto del mundo. Orgánicamente, emotivamente formando parte de.

“El pan es más necesario que la poesía. Pero el amor-pasión no es más necesario que la poesía”. Paul Eluard, una de las voces más altas de este siglo, nos introduce en un lugar de la poesía donde esta, sin omisiones ni ocultamientos ni falsa hegemonía, da cuenta de su fraternidad, de su legitimidad.

No hay poesía de la infancia o la pobreza. Hay justicia en la poesía.

Los ojos de los niños pobres, cuando habitan la poesía, cargan más edad que los niños que los llevan. Luz que no cesa. Quedan.

La medicina es arte antiguo. Se constituye con el primer saber del mundo jónico, de donde se desprende prontamente. En *El Banquete* (Platón), dice Eriximaco, médico, en ardua discusión sobre la naturaleza de Eros, acerca de su fundación: “Sabido infundir amor y concordia en ellos (los elementos del cosmos), nuestro antepasado Asclepio, como dicen los poetas aquí presentes y yo lo creo, fundó nuestro arte. La medicina, pues, como digo, está gobernada toda ella por este dios” (se refiere a Eros).

No trato de tentar al oportunismo conveniente de una forzada comunidad de origen. Aunque no es aventura suponer que el aliento que impulsa la poesía y cruza la medicina, no podría excusar el parentesco.

Con Alejandra Pizarnik, “la revolución consiste en mirar una rosa hasta explotar los ojos”.

Sin dejar de mirar. Para que su presencia (niñez, pobreza), vista, sea actuada. La piedad, es el cambio. Porque el amor en el mundo, porque el mundo, no puede reducirse a la poesía.

11 Encuentro de Pediatría Social del Cono Sur. Panel “La pobreza y la infancia en la obra literaria”. Tacuarembó, 30 de abril de 2000.

INVITACIÓN AL DIÁLOGO

La niñez en la pobreza, desde la poesía, puede ser recorrida en incontables autores y tristezas –Y esa es una posibilidad de enfoque. Pero, ¿de qué modo esa violencia encaja en la función de la poesía? Porque la poesía no es arte de inmediatez. Tampoco el vínculo que pueda establecer con los asuntos está en su exterioridad temática.

La poesía tiene tantas posibilidades de ser como poetas hayan existido o puedan existir.

Pero es, seguramente, un nivel de la realidad, donde la cosas, tal vez, son más reales: cuando existe, algo ocurre, que nos extiende al resto del mundo. Orgánicamente, emotivamente formando parte de.

“El pan es más necesario que la poesía. Pero el amor-pasión no es más necesario que la poesía”. Paul Eluard, una de las voces más altas de este siglo, nos introduce en un lugar de la poesía donde ésta, sin omisiones ni ocultamientos ni falsa hegemonía, da cuenta de su fraternidad, de su legitimidad.

No hay poesía de la infancia o la pobreza. Hay justicia en la poesía.

Los ojos de los niños pobres, cuando habitan la poesía, cargan más edad que los niños que los llevan. Luz que no cesa. Quedan.

La medicina es arte antiguo. Se constituye con el primer saber del mundo jónico de donde se desprende prontamente. En “El Banquete” (Platón), dice Eriximaco, médico, en ardua discusión sobre la naturaleza de Eros, acerca de su fundación: “Sabiendo infundir amor y concordia en ellos (los elementos del cosmos), nuestro antepasado Asclepio, como dicen los poetas aquí presentes y yo lo creo, fundó nuestro arte. La medicina pues, como digo, está gobernada toda ella por este dios” (se refiere a Eros).

No trato de tentar al oportunismo conveniente de una forzada comunidad de origen. Aunque no es aventura suponer que el aliento que impulsa la poesía y cruza la medicina, no podría excusar el parentesco.

Con Alejandra Pizarnik, “la revolución consiste en mirar una rosa hasta explotar los ojos”.

Sin dejar de mirar. Para que su presencia (niñez, pobreza), vista, sea actuada. La piedad, es el cambio. Porque el amor en el mundo, porque el mundo, no puede reducirse a la poesía.

ENCUENTRO DE PEDIATRÍA SOCIAL DEL CELO SUR
PAVEL: La Poesía y la Infancia en la obra
Tucumán, 30/4/2000. Eiteana

Homenaje al Dr. Vladimir Roslik en el 15.º aniversario de su asesinato¹²

Discurso del presidente de FEMI, Dr. Ítalo Mogni

Señoras y señores:

Hoy hace 15 años que el Dr. Vladimir Roslik muere bajo torturas en el cuartel de Fray Bentos.

Dejaba a un hijo —Valery— que hoy tiene justamente 15 años, y a su esposa, Mary Zabalquin, que nos hacen el honor de acompañarnos, y cuyo valor será también fruto de reconocimiento en este acto.

A pesar de que la dictadura todavía estaba en plena vigencia, la FEMI, presidida por el Dr. Gregorio Martirena, reacciona inmediatamente.

Es oportuno recordar que en esa fecha, el SMU estaba proscrito y la propia FEMI, que se había fundado en el año 1966, hacía diez años que tenía impedido su accionar como gremio.

La Asociación Médica de Río Negro (de la que era socio el Dr. Roslik) toma inmediatamente cartas en el asunto y prestigiosos compañeros de Paysandú, a instancias de Mary, actúan con independencia de criterio y coraje en ocasión de una segunda autopsia que arriba a conclusiones totalmente diferentes a la realizada en el cuartel, abriendo un cauce de dignidad y verdad que luego se hizo imposible de revertir por parte de los jefes de la época.

El 26 de abril de 1984, el Consejo Ejecutivo de FEMI hace una contundente declaración pública que deplora el fallecimiento de Roslik, reclama la total vigencia del estado de derecho y exige una investigación inmediata.

El 7 de julio, la Asamblea Extraordinaria de FEMI ratifica la actuación del Consejo Ejecutivo, suspende preventivamente al Dr. Saiz Pedrini en su carácter de miembro de AMEDRIN y somete a un Tribunal Extraordinario la investigación de los hechos en un plazo de 60 días.

El Consejo Ejecutivo designa a los Dres. Gregorio Martirena y Tabaré Caputi y como jurista al Dr. Rodolfo Canabal para formar dicho tribunal y el 27 de octubre de 1984 la Asamblea General de FEMI, reunida en la ciudad de Melo, aprueba por unanimidad lo actuado por el Tribunal de Honor y expulsa al Dr. Saiz.

¹² Palacio Legislativo, 16 de abril de 1999.

Esta resolución gremial de la Federación cobra un valor emblemático ya que es la primera sanción grave que el gremio impone a quien en ocasión de ejercer su actividad profesional durante el período dictatorial, faltó al cumplimiento de las normas éticas que son inherentes al quehacer médico en cualquier lugar del mundo.

En julio de ese año, la VII Convención Médica crea la Comisión Nacional de Ética Médica conformada por figuras de amplia trayectoria en el campo gremial médico del país, por integrantes del Colegio de Abogados del Uruguay y de su Comisión de Derechos Humanos. Esta Comisión será hoy también homenajeada como corresponde por FEMI y el SMU, ya que ella marcó un hito histórico en el comportamiento singular del gremio médico nacional, que aun sin todas las garantías constitucionales vigentes, juzgó y sancionó a quienes pudo comprobar que habían violado elementales reglas de la ética médica en circunstancias en donde ellas debieron ser respetadas más que nunca.

Nuestro malogrado ex presidente, Dr. Sergio Hourcade, estampa en el prólogo del libro sobre la vida de Valodia que escribiera Luis Udaquiola, una frase que utilizamos en la convocatoria de este homenaje y que yo quiero repetir porque nos parece perfectamente ajustada al tono que queremos darle al mismo: “Cuentan los que saben que el momento más oscuro de la noche es el mismo instante en que comienza el alba”. Asoma el lucero y nace la aurora con el sol de un nuevo día.

Vladimir Roslik —en su irracional y trágico fin— fue el involuntario lucero que anunció el alba en los momentos más oscuros de la noche.

Tal vez ese haya sido el destino de Vladimir, habitante de San Javier, un humilde y trabajador pueblo, como cientos de tantos otros que están a lo largo y ancho de nuestro país.

Tal vez el destino del Dr. Roslik, quien imaginó y abrazó una profesión destinada a su comunidad, terminó siendo una causa que él no buscó y que la gente de su país transformó en luz.

Y ese es hoy el espíritu con que convocamos a esta recordación del compañero caído: una mirada hacia el pasado para verter una lágrima, sacar conclusiones, capitalizar experiencias y enseñanzas y desde allí proyectarnos hacia el porvenir.

Como gremio médico proponemos que esa proyección tenga una impronta fundamentalmente ética.

En la actualidad podemos decir con alegría que la FEMI y el SMU tienen un Código de Ética común y propio de los médicos uruguayos.

Sobre el aspecto conceptual se va a extender el presidente del SMU, no obstante, no queremos dejar de expresar la razón en la que estamos todos inmersos. Una realidad que trasciende al propio médico, y que nos indica que es necesario resaltar ciertos valores que hoy aparecen relativizados por otras prioridades que se nos presentan como más importantes y en verdad no lo

son. Nos referimos a cosas muy simples como la lealtad, la solidaridad, el altruismo, la decencia, para dar algunos ejemplos.

Lejos de la moralina inconsistente y de las frases hechas, nos preocupa como gremio la presencia de una forma de ejercer nuestra profesión cada vez más mediatizada, cibernetzada y despersonalizada que pueda alejarnos de la realidad de un paciente que a su vez se va transformando poco a poco en un cliente o en un mero consumidor.

Nos preocupa la utilización del paciente como un medio para conseguir un objetivo personal.

Nos preocupa que los resultados económicos se prioricen sobre los objetivos científicos o asistenciales.

Nos preocupa la corporación sustituyendo malamente al gremio y el empresario trastrocado en mercader.

El hecho que manifestemos estas preocupaciones y que proponamos ceñirnos más que nunca a los códigos, no es óbice para que afirmemos con satisfacción que la enorme mayoría de los médicos de este país ejercen su noble labor cumpliendo largamente con todas las reglas que la ética marca. Que entregan al servicio de sus enfermos mucho más de lo que determinan las reglas y los laudos, sin medir costos ni retribuciones. Y son los médicos como Vladimir, dedicados plenamente a su comunidad, sacrificando sus horas de descanso y su propia familia, despojados de cualquier otro interés que aquel de servir a sus pacientes, los que predominan ampliamente en todos los ámbitos de nuestra patria.

En resumen, que nos sentimos legítimamente orgullosos de los médicos y de la medicina uruguaya.

No obstante, no seríamos honestos ni dignos de ocupar el cargo que ocupamos, si no denunciáramos que existen puntuales síntomas que nos obligan a hacer la propuesta que hacemos.

La memoria del Dr. Roslik y de tantos otros nos lo reclama.

Nos resta agradecer en nombre de la FEMI a los colegas médicos, abogados y colaboradores que van a ser a continuación homenajeados, integrantes todos de la Comisión Nacional de Ética Médica, quienes tuvieron la durísima misión de asumir la responsabilidad histórica, en momentos muy difíciles, de investigar y laudar sobre la actuación de los médicos en el período dictatorial.

Sólo ellos saben las tensiones, el dolor y la pesadumbre que la tarea les ocasionó y los riesgos que tuvieron que afrontar. En compensación, todos ellos, los que están y los que ya se han ido, pueden estar seguros que se ganaron el reconocimiento y gratitud de todo un pueblo que vio resurgir en ustedes la dignidad por años perdida.

Señores: Podéis disfrutar legítimamente la tibia y dulce sensación del deber cumplido.

Muchas gracias.

“Este es un acto de la memoria”: Discurso del presidente del SMU, Dr. Juan Carlos Macedo

Señoras y señores:

Esta noche nos reunimos en conmemoración de un hecho trágico. Un hecho insólito, inicuo, triste, luminoso.

Vladimir Roslik fue asesinado bajo tortura el 16 de abril de 1984. Un hombre digno, médico joven, que había abrazado con vocación su tarea de servicio en la comunidad en que había crecido.

Esta muerte increíble, cuando todo señalaba el fin próximo de la dictadura, causó profunda repercusión en la intimidad del gremio médico y en toda la sociedad uruguaya, con alcance internacional. Fue el desencadenante de hechos que tendrían fuerte trascendencia.

En los meses siguientes se organizó la VII Convención Médica Nacional celebrada en julio de 1984. Ésta determinó la creación de la Comisión Nacional de Ética Médica integrada por abogados y médicos, para juzgar posibles inconductas. Esta Comisión funcionó en la sede del Colegio de Abogados, de cuya fraternidad somos deudores.

El sacrificio de Roslik había expuesto con toda nitidez la vileza de ciertas conductas, más numerosas de lo imaginable, traídas a la luz pública por actos dignos, de otros colegas, cuya coherencia con los principios éticos en situaciones de dureza extrema merece nuestro reconocimiento. Todo esto sucedió en un clima tenso, de presiones, amenazas, agresiones, que destaca a los miembros de aquella Comisión, quienes tomaron con decisión aquella tarea.

Son parte de ese tiempo, la muerte del Dr. Carlos Alvariza, la desaparición del Dr. Manuel Liberoff, la muerte de la Dra. María Antonia Castro. Y la de todos los muertos y desaparecidos.

Cuando hablamos de Roslik no hablamos, sin embargo, de la muerte. No es que su muerte haya terminado. Pero el episodio y su contexto, ubicados hoy, desde esa perspectiva de dolor hacia el futuro, nos obliga a reflexionar sobre la esencia de nuestra condición médica, la ética. El noventa y cinco por ciento de los detenidos durante la dictadura fue sometido a tortura, en muchos casos, con participación directa o “asistencia técnica” por parte de médicos.

Los médicos tenemos con la ética un vínculo genético. “En todas las casas en las que entrare, lo haré en beneficio de los enfermos, manteniéndome lejos de toda injusticia voluntaria, y de toda corrupción...”, escribió Hipócrates o alguien de la Escuela de Cos en el conocido Juramento Hipocrático. El sentido de la aprehensión de los valores que es previo a la teoría, fue llamado sabiduría.

Es un hecho ya dado; nos funda Hipócrates en el contexto de la Grecia clara del siglo V antes de Cristo. Y nos advierte, *primun non nocere*, primero no dañar. Esto es anterior a los signos visibles como el Partenón, de una civilización en la que nos reconocemos. Pero más lejos, cuando Hipócrates no había nacido todavía, en la distancia de la antigüedad en la que desde aquí todo parece un mismo tiempo, bajo Clístenes en Atenas, en el 510 antes de Cristo, “queda abolida la tortura judicial para los ciudadanos libres”. Queda abolida la tortura como posibilidad de legitimidad en la cultura humana.

La modernidad, es cierto, se caracteriza por la hegemonía de la razón, bien señalada por el triunfo de su producto más notorio, la ciencia y sus prolongamientos técnicos. ¿Tiene la racionalidad técnica alcance suficiente para cubrir todos los aspectos de la vida humana, sobre todo los aspectos éticos? Porque es tan fuerte esta hegemonía que apenas permite que el pensamiento acerca de la vida práctica, que los antiguos llamaban discernimiento (o distinción entre el bien y el mal sin ninguna regla teórica de identificación) se realice en una instancia autónoma.

La ausencia, sin embargo, de la vivencia ética, produce la ruptura de los límites que separan lo humano de lo inhumano.

De una u otra manera todos ellos fueron y siguen siendo protagonistas

La ética es el dominio de los juicios de valor. No trata de la perfección de las acciones o las conductas heroicas. Con Aristóteles, las virtudes éticas son aquellas que se desarrollan en la práctica cotidiana y que persiguen el logro de un fin benéfico, loable. Hacer una buena historia clínica es un fin loable, el respeto por los pacientes es un fin loable, el respeto por los colegas, lo es, el respeto por las palabras que dicen de la necesidad de universalizar en un mismo nivel de alta calidad la asistencia a nuestra población. Y la unidad del gremio médico es un fin loable.

Cuando hablamos de Roslik no hablamos de la muerte. No nos reunimos, hoy, para sumergirnos en las impurezas de un pasado oscuro y convocar a inacabar el sufrimiento.

Este es un acto de la memoria. Un acto que pertenece a la verdad. La verdad es de la memoria. Para que el pensamiento entienda. Para que el afecto asiente y la alegría sepa de donde parte. Para que la utopía sepa dónde estamos y cierre los lugares del dolor.

Muchas gracias.

Es importante significar que “este acto de la memoria” debe ser vinculado al editorial escrito por Macedo en el año 1984, titulado “La tortura no puede continuar”, a propósito del asesinato de Dr. Vladimir Roslik. El referido editorial fue publicado en plena dictadura denunciando explícitamente la barbarie del hecho. Quince años después, en democracia, Macedo y Moggi, legítimos representantes del gremio médico nacional, dan testimonio y refuerzan la memoria y el homenaje al colega Vladimir Roslik.

Parte IV
Noticias del SMU

Editoriales y publicaciones en *Noticias*

Hace veinte años que esperamos cambios¹³

Virginia Melián

Juan Carlos Macedo, médico general, asegura que los cambios en la estructura de la atención médica uruguaya no van a provenir desde adentro. Desde su experiencia en un centro médico en Migueles, Canelones, opina que un profesional que luego de tres años no mantiene un contacto académico se estanca. Destacó que la medicina general tiene un campo y una metodología que le son propios.

¿Cómo definiría el campo y la metodología de la medicina general?

La medicina general tiene un campo propio. Existe en el primer nivel asistencial y contiene todo lo que la población que rodea a ese médico vive como ruptura de su experiencia de salud. Es una vivencia muy personal, una experiencia muy culturizada, que no es igual en todos lados. La gente no se siente igual en todos lados. La gente se enferma según normas que hacen que los otros lo reconozcan como enfermo.

Uno, después, puede sistematizar empírica y científicamente algunas formas de enfermar que, por cierto, en algunos elementos pueden llegar a ser universales. No es lo mismo enfermarse en China que en Uruguay. De pronto, para una mirada fisiopatológica los dos individuos tienen una insuficiencia cardíaca, pero el modo de expresarla y reconocerla es radicalmente distinta.

Por esto es muy importante, en la atención de primer nivel, que haya un médico o un grupo de médicos estable, para una población estable, con un mutuo conocimiento y reconocimiento a lo largo de muchos años, eventualmente de toda la vida. Eso es lo que permite reconocer en algunos enfermos pistas que de otra forma sería imposible.

La medicina general tiene un campo propio y una metodología. El conocimiento epidemiológico es fundamental en esta área. Es uno de los soportes habilitantes del conocimiento clínico. El método clínico-epidemiológico es el sustento teórico-práctico de la medicina general.

13 Entrevista a Juan Carlos Macedo, publicada en *Noticias* del SMU, número 73, febrero de 1995, pp. 9-10.

Tiene un campo y un método, el punto es que hay que desarrollarlo. En esto lo económico también influye, uno tendría que tener por lo menos una computadora, que ahorraría mucho tiempo.

¿Cuáles son las principales dificultades que se le plantean como médico general en el interior del país?

La dificultad mayor es la disponibilidad económica. Uno tendría que tener características de organización empresarial. Y, objetivamente, la zona es pobre, no hay riqueza que pueda sustentar cierto tipo de ejecución.

La otra gran dificultad es el aislamiento académico. Algo que influye enormemente. Nosotros en cierto modo hemos tenido el privilegio de haber vuelto a Facultad y además siempre tuvimos el apoyo de muchos colegas. Pero, de cualquier manera, es una de las cosas que más dificulta la tarea, porque la inexistencia de diálogo y la inmediatez de la atención permanente hacen que se vayan perdiendo ciertas inquietudes vinculadas a la lectura y el estudio. Ese es uno de los motivos por los que siempre quisimos trabajar en grupo.

El tipo que se va y no participa de algún grupo de reunión, para hablar específicamente de medicina, a los tres años no sabe nada más. Se pierde el lenguaje científico.

¿En qué medida influye en esto la actual estructura de la Facultad?

La Facultad, si bien redefinió su objetivo en cuanto a lograr un médico general, no ha podido traducirlo en un programa para ese fin. Pero creo que el obstáculo mayor, en realidad, es el del mercado médico. No hay mercado para médicos generales.

Se hace muy difícil que uno introduzca un plan de estudios radicalmente separado del mercado. Cada vez más el mercado capitalista se ha ido segmentando en todas las áreas. No hay coherencia entre la formación médica que uno delineó desde el Claustro con el mercado. Yo creo que la mayor dificultad es la estructura de la atención médica del Uruguay, porque impide la visibilidad.

¿El reforzamiento de la atención primaria de salud no actuaría como un resorte favorable a esa situación?

La solución a muchos problemas sanitarios y de costo médico, posiblemente, vendría por ahí. Pero para lograr eso uno tendría que conseguir, además, crear estímulos. Tenemos que mejorar la retribución económica de los médicos generales. Y, en segundo lugar, legitimar la tarea del médico general, academizándola. Tendría que tener un ámbito académico de reconocimiento y de trabajo.

Hoy, a pesar del esfuerzo que hizo el Ministerio creando la figura del médico de familia, el hecho es que eso ha servido más para discursos en foros internacionales que para la práctica real de la medicina.

¿Cuáles son las causas, en su opinión, del escaso impulso por parte de las instituciones médicas de una atención primaria que implicaría reducir costos?

Seguramente hay situaciones establecidas con mecanismos de poder concordantes dentro de la organización médica. El problema es que readecuar los sueldos implica en cierto modo que algunos otros sueldos no serían readecuados en la medida de las aspiraciones de los que los poseen. Tal vez el problema mayor sea este.

La estructura funciona con estos parámetros, anárquicamente y siempre valorando la segmentación del mercado de una manera cada vez más radical. Es muy difícil que una estructura se autodisuelva. Puede pasar, pero es difícil.

Creo que si no se mantiene una lucha tenaz y a un tiempo se van modificando cosas desde pequeños sectores, no habrá cambios de ningún tipo.

No creo que pueda haber una gran transformación que varíe la situación. Pienso que el camino debe emprenderse desde pequeños segmentos de la atención médica. En realidad, hace veinte años que estamos esperando que los cambios ocurran. Yo no espero un cambio único y global. Hay muchos más discursos que cambios.

Abrir y abrirnos

(número 87, julio de 1997, p. 1)

Otro acto electoral ha sucedido y tenemos nuevas integraciones de los distintos órganos de conducción del Sindicato Médico del Uruguay.

Su continuidad, pero sobre todo su vigencia, coherente de principios y en la búsqueda de nuevos desarrollos, se la debemos a todos quienes nos precedieron: en lo inmediato, al Dr. Jorge Lorenzo. Dedicado con tesón y sapiencia al cargado ejercicio de la Presidencia, supo reunir, en momentos de dispersión, un valioso grupo de compañeros de todas las corrientes gremiales. Produjeron con valor de permanencia.

El calificado, no burocratizado, cuerpo de funcionarios, desde los Dres. Turnes, Rigby y en el mismo nivel todos los demás, posibilitó ese trabajo.

Entre las múltiples y valiosas realizaciones que nos dejan, quiero destacar el Centro de Investigación y Estudio del SMU (CIESMU), fundado en el período del Dr. Méndez Chiodi, y con su dirección actual e impronta —lo destacamos porque se inscribe en uno de los desarrollos a que aspiramos— la producción y difusión de trabajos que nos permitan comprender los grandes problemas de salud del país. Que oficien como disparadores de “la parte del cerebro que piensa pensamientos”, como decía el profesor Mendilaharsu. En este plano, el cognitivo, además impulsaremos otras propuestas.

Otras dos áreas de trabajo estarán presentes: la gremial, en la educación sindical y de apoyo concreto a los afiliados (guardería, etcétera), y la asistencial, con el CASMU como proyecto de cambio.

En todos los casos la consigna es abrir y abrirnos, crear nuevos espacios, con la Facultad de Medicina, el Ministerio de Salud Pública, la Federación Médica del Interior, otras IAMC y aquellos que quieran marchar con nosotros.

Abrir nuestras cabezas y abrirnos institucionalmente.

“Ponerle pruebas al infinito para ver si resiste.” (R. Juarroz).

Dr. Juan Carlos Macedo
Presidente del SMU

Recuperar el espíritu gremial (entrevista)

(número 87, julio de 1997, pp. 19-20)

El presidente del Comité Ejecutivo del SMU, Dr. Juan Carlos Macedo, sostuvo: “El desafío ahora es recomponer el espíritu gremial de los médicos”. Afirmó que “la baja votación no invalida el resultado ni le resta legitimidad al triunfo de Fosalba”.

Dr. Macedo, ¿cree que el hecho de no residir en Montevideo puede crearle problemas para cumplir con un cargo tan complejo como el de Presidente del SMU?

No me parece justa esa vieja dicotomía entre médicos del interior y la capital. Tampoco creo que la vida de un médico del interior sea muy distinta a la del capitalino, sobre todo en mi caso, que vivo en Migues, tan cerca de Montevideo. La medicina es igual en todos lados. Quizá sea más completo el ejercicio en Migues, porque para nosotros los pacientes son personas, no números.

En cuanto a la actividad gremial, son tantas las ganas que uno tiene de hacer algo por el Sindicato que las distancias parecen más cortas.

¿Por qué cree que fue tan baja la votación?

Es un tema que preocupa, y que tiene que ver con el debilitamiento del compromiso de los uruguayos con lo colectivo. Basta recordar que los logros mayores de colegas en los últimos tiempos se alcanzaron en negociaciones que parecían más tironeos entre empresarios. Por ejemplo, está muy fresca la experiencia de los anestésico-quirúrgicos, apartándose de la intervención en el Sindicato Médico.

Hace unos días, en el semanario Búsqueda, leíamos algunas críticas suyas al cuerpo médico...

Y no me desdigo. El gremio ha sufrido cambios negativos en los últimos años a causa del empresismo médico, el desarrollo de nuevas tecnologías no calibradas en su totalidad y la pérdida de preeminencia del valor de lo académico y lo ético. También cambió el vínculo de los médicos con su Facultad. Un concepto muy neoliberal de mercado promovió la fragmentación económica y social y determinó vínculos muy cercanos al lobby entre los grupos académicos y sociedades científicas.

Un tema candente en la campaña fue la crisis del CASMU. ¿Cómo ve el futuro inmediato?

La compra de una sede secundaria en Solymar y de una mutualista en Salto fueron, sin duda, los puntos más comprometidos de la campaña y generaron

muchas expectativas, lógicas por cierto. Se logró equilibrar bastante el problema financiero, hasta tal punto que la deuda es casi sólo de intereses. En la administración saliente había gente muy bien, lo mismo que la hay en la entrante. Esto nos permite ser optimistas.

¿La fragmentación electoral se reflejará en el desempeño del Ejecutivo?

Creo que la lucha electoral se dio más como una lealtad de grupos que como enfrentamiento ideológico, por lo que cabe aguardar un espíritu constructivo más que de divergencia. He hablado con casi todos mis futuros compañeros y en todo momento se repitió la palabra construir. Eso es bueno.

Es un signo de estos tiempos, lo individual privilegiado por encima de lo colectivo, el yo por encima del nosotros. Ni siquiera me animo a señalar que está mal, simplemente digo que esta nueva mentalidad no es la mía. Pero, respeto.

¿Cómo se enfrenta el proceso de fragmentación?

Creo que se debe aprovechar el tema CASMU para compatibilizar la vida gremial con la práctica social del médico, desarrollar actividades docentes y de investigación y establecer convenios de asistencia más ágiles con el Ministerio de Salud Pública, la Facultad de Medicina y la Intendencia de Montevideo. El Sindicato está en condiciones de organizar cursos de educación sindical que favorezcan la unidad.

¿Qué crítica le realizaría al Dr. Lorenzo con los resultados a la vista?

A Lorenzo le tocó bailar con la más fea y creo que lo hizo lo mejor que pudo. Los enfrentamientos internos hubieran sido muy difíciles de sobrellevar para una persona sin sus cualidades humanas. El mismo juicio le corresponde a la Dra. Remedio. Claro que ambos fueron elegidos con 60% de las voluntades.

Uno de los temas más complicados que enfrentará este Ejecutivo es el vencimiento del convenio. ¿Difícil, no?

Pero estamos preparados. Tenemos a nuestra disposición un instrumento invaluable como el CIESMU, especializado en temas de convenios laborales, y nos preparamos para recibir información de las sociedades científicas y organizaciones sectoriales. Nadie puede decir, responsablemente, que será un paseo por la rambla... Pero hay elementos que nos sirven como criterio general y nos permiten ser optimistas.

¿Qué asuntos le preocupan al respecto?

Creo que las mejoras salariales y laborales deben satisfacer a los médicos que más se preocupen por la producción y obtención de conocimientos.

También es imprescindible mantener el criterio estratégico del Sindicato para mejorar la vida de los colegas más postergados: médicos generales,

pediatras generales e internistas. Pero, la participación en ese maravilloso proceso que se denomina Educación Médica Continua debe ser premiada como corresponde. La pregunta surge casi sola: ¿Cómo traducir esa inquietud en retribución salarial y mejora laboral? Tengo claro que el conocimiento, de una vez por todas, debe ser un factor de satisfacción laboral.

¿Qué cambiaría de los criterios actuales?

Del convenio actual no me convence que permita la aplicación del destajo como método de trabajo y retribución. Por ejemplo, no me parece justo que un profesor destacado y estudioso que realice diez operaciones (para dar una cifra hipotética) gane menos que uno joven que por resistencia física pueda efectuar treinta. En este caso, se premia más la condición física que el conocimiento. Lo mismo ocurre con el médico general, que cobra por paciente visto y no por nivel de calidad. Estos criterios deben aparecer en el próximo convenio, porque las sociedades científicas tampoco están de acuerdo con el destajo.

¿Puede explicar el concepto?

Un buen criterio de evaluación profesional se podría traducir en información aportada por las mismas instituciones. No sería malo conocer qué chance tiene un paciente de ser operado con éxito, de acuerdo con los antecedentes del equipo médico. Eso debe pagarse porque es un estímulo para la educación médica.

Creo además que el socio que paga su cuota hace veinte años o el usuario que interna a su hijo en el hospital tiene derecho a conocer probabilidades de éxito profesional. Por ahora se trata sólo de una utopía.

Usted señalaba el tema de la Educación Médica Continua. ¿Habría algún cambio en la política de la Institución?

No, porque el papel del Sindicato ha sido hasta el momento de liderazgo positivo. Diría que lo esencial es mantener el criterio de que la Facultad es sólo el contacto primario del estudiante con la medicina. Lo sustancial viene después, con la formación continua del profesional. Por otra parte, debemos sentirnos orgullosos del trabajo que realiza la comisión encabezada por la Dra. Irma Gentile Ramos. De esta manera se impulsa el trabajo conjunto con la Federación Médica del Interior, el Ministerio de Salud Pública y la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina.

Un asunto muy debatido fue la limitación del ingreso a Facultad. ¿Cuál es su opinión?

Hace tiempo que no hablo con el decano Touya, pero no estoy de acuerdo con el argumento de que debe evitarse el gasto que representan 70% de estudiantes que no logran recibirse.

Creo que lo lógico es acompañar la estructura de la Facultad con la realidad. Y la realidad dice que la UNESCO pide una mayor universalización de la enseñanza terciaria. Lo mismo queda demostrado por la reglamentación que rige en los países desarrollados. La educación universitaria libre y democrática es defendida por ellos como un verdadero patrimonio nacional.

Los partidarios de la limitación señalan el drama de la abundancia de médicos...

Para algunos, el drama es la abundancia de profesionales universitarios. Para mí, el único drama sería la abundancia de analfabetos.

Respecto de esta elección, pienso que no pueden haber dudas sobre la legitimidad del triunfo de Fosalba. El respaldo general no fue el mejor pero se logró una victoria que en algún momento hasta pareció peligrar. ¿O alguien cree que no hubo temores? Es aquello de que el mundo que nos toca vivir no es el mejor. Pero es nuestro y, por tanto, no está mal seguir soñando con utopías.

También sería bueno llevar el convenio y traducir en salario la mayor responsabilidad social del médico. Me parece fantástico, por ejemplo, que se premie la eficiencia de aquellos que bajen los riesgos médicos con base en resultados demostrables.

Estoy de acuerdo con un acceso racional a la educación universitaria. Por ejemplo, me cae muy bien una propuesta de la Federación de Estudiantes Chilenos, por la cual se realiza un examen de ingreso al tercer nivel, no para dejar afuera a los muchachos, sino para permitirles elegir su carrera, según la calificación obtenida. Claro, todo es discutible.

Espacios múltiples

(número 88, setiembre de 1997, p. 1)

El SMU se trata de un espacio abierto y múltiple. De lugares múltiples; intereses, expectativas, propuestas y realizaciones. De satisfacciones e insatisfacciones. Espacio que se constituye en la multiplicidad de lo diverso. Con simultaneidad de acciones. Sin que procedimientos y soluciones puedan preverse necesariamente como adecuadas.

Queremos señalar tres situaciones: la negociación del nuevo convenio salarial, el I Encuentro Nacional de Médicos de Salud Pública a realizarse los días 10 y 11 de octubre y la Mesa de Diálogo permanente constituida por MSP-FEMI-SMU.

La negociación salarial es siempre un momento capital de la vida gremial. La comisión negociadora nombrada por el Comité Ejecutivo, asistida por sus asesores, cuenta en su integración con compañeros experimentados, capaces, y que representan a todas las agrupaciones gremiales. Su trabajo fue serio y aprobado unánimemente por el Comité Ejecutivo. La asamblea última (29/9/1997), sin embargo, demostró la insuficiencia de los procedimientos ensayados hasta entonces, al rechazarse la firma del convenio propuesto y buscar con la comisión y asesores, ampliada ahora, otras alternativas.

El Encuentro Nacional de Médicos de Salud Pública, con participación de FEMI y SMU, es, sin dudas, un logro trascendente de la Comisión Subsector Público, básicamente. A pocos días del mismo notamos un clima de vigilante expectativa acorde al volumen del acontecimiento.

La Mesa de Diálogo permanente es un instrumento con antecedentes, cuya pertinencia y eficacia dependerá de la capacidad de alimentación de la misma con problemas y tiempos adecuados. Es sobre todo apuesta.

Las asincronías que implican los dos primeros, ocurren porque en nuestra actividad institucional juegan pertenencias múltiples. Seguramente éstas tienen distintos grados de adhesión y expresión según el factor en discusión. Y la pertenencia político-gremial no da cuenta de todas.

“Una red de miradas mantiene unido al mundo” (Juarroz). No una.

Dr. Juan Carlos Macedo
Presidente del SMU

Acuerdos y desacuerdos: el convenio salarial en proceso

(número 89, noviembre de 1997, p. 1)

Las cosas no son la perfección de las cosas. El convenio salarial acordado recientemente ajusta a esa proposición. Éste, que rige con retroactividad al 1.º de agosto de 1997, establece el mantenimiento del salario real. No la disminución, no el aumento, sino el mantenimiento del salario a valores constantes.

Su duración será de 12 meses. Una comisión bipartita SMU-IAMC estudiará nuevas condiciones de trabajo médico según propuestas y aspiraciones vertidas en la comisión de negociación.

Tendrá un año para adoptar decisiones. Y de acuerdo con el carácter de las mismas, la duración del Convenio podrá o no extenderse hasta los 36 meses.

También fija este convenio un período de seis meses para definir la puesta en marcha de una caja de auxilio, para la cobertura de salud del médico y otras prestaciones.

Previamente al tratamiento del convenio, se logró destrabar la situación de Medicina Interna, frenada durante un largo tiempo, lo que permitió un avance parcial en la consideración de su propuesta.

Podrá juzgarse este convenio del modo que fuere entre la dureza y la satisfacción. Pero no podrá resistirse a su rasgo definitorio: es abierto. Permite generar un espacio nuevo de consideración de salarios, condiciones laborales, caja de auxilio, etcétera.

La comisión negociadora intergrupacional nombrada por el Comité Ejecutivo, ampliada por una Asamblea, y sus asesores técnicos, ha cumplido, y lo sigue haciendo, una señalada gestión.

La insatisfacción de muchos compañeros (pediatras, médicos generales, endocrinólogos, dermatólogos, etcétera) constituye nuestra insatisfacción. Sin embargo, creemos que puede subsanarse este desencuentro en la comisión bipartita. Es un lugar adecuado para todas las razones.

Dr. Juan Carlos Macedo
Presidente del Comité Ejecutivo del SMU

El paso dado

(número 90, diciembre de 1997, p. 1)

No debería dejar de tenerse en cuenta la diversidad de posiciones representadas en el Comité Ejecutivo, expresión de la voluntad electoral del gremio. Sobre todo al considerar su actuación en estos primeros meses. Tampoco debe dejar de tomarse en cuenta mi propia condición diversa respecto de la vida cotidiana de la interna diaria del SMU en los últimos años.

Diversidad es diversidad, no dispersión, no hablo de distracción. Otra ocasión, otro lugar, otro modo de ver, de entender, de construir la circunstancia, y un poco más allá. De declarar la inteligencia, y la tolerancia, que hace inteligente a la inteligencia.

A partir del primer paso ya no importa de dónde fluye el tiempo. Está dado. Seguramente, las descripciones tienen tanto de realidad como de anhelo. Pero en este Comité Ejecutivo hay una clara disposición hacia el entendimiento, que convierte la esperanza en una presencia objetiva, en un acto factible, en un hecho posible de la realidad. Ese paso está dado.

Entenderse, entonces, es mucho más que eso. Es escuchar, comprender, convencer. Hacer de la solidaridad un hecho de naturaleza.

Por haber logrado de este lugar un lugar de encuentro, yo debo agradecer. Agradecer a todos, y a cada una de las compañeras y compañeros, del Comité Ejecutivo, de las comisiones gremiales, de las agrupaciones, de las Sociedades Científicas, de la Administración General, asesores y funcionarios. Y compañeros del CASMU, Colonia de Vacaciones, Fondo de Solidaridad Social y Consejo Arbitral.

Por la benevolencia con que fui considerado: Gracias.

R. Ammonds nos alienta en esta perspectiva:

... no he sacado conclusiones,
no he erigido fronteras,
expulsado o encerrado,
ni separado lo interno
de lo externo: no he
trazado líneas:
así como
diversos eventos de la arena
cambian la forma de la duna
que mañana no será la misma
forma,
yo estoy dispuesto a acceder, a aceptar
el pensamiento
apropiado, no marcar comienzos

ni finales,
no establecer muros...

Antes de cerrar dos menciones: *Compendio* cumplió 20 años, hecho que celebramos; las relaciones con FEMI se consolidan y se elaboran proyectos conjuntos.

Dr. Juan Carlos Macedo
Presidente del Comité Ejecutivo del SMU

Hechos a destacar

(número 91, marzo de 1998, p. 1)

Han emergido en marzo, de modo particularmente turbulento, algunas situaciones que conmueven al gremio médico, y permanecen sin resolución. A los que se suman otros de naturaleza grata, que también merecen ser informados.

Sobre política universitaria. Señalamos la preocupación del SMU por la situación creada en torno al proyecto Centro Médico, en la Universidad de la República, con la Facultad de Medicina.

No se trata de hacer acá estimaciones favorables o desfavorables de posiciones de uno o de otro actor, sino de destacar que este hecho ha ocurrido. Sin duda, como integrantes del cuerpo médico y de la Facultad de Medicina, valoramos altamente los esfuerzos llevados a cabo por el decano Dr. Eduardo Touya, por esta reelaboración del Hospital de Clínicas en el marco universitario.

Más allá de aspectos puntuales, reafirmamos la necesidad de ordenar el *demos* universitario según pautas de fraternidad y de respeto a todos los involucrados.

No tomamos partido más que por el gremio médico, que es médico y universitario, tanto uno como otro. Y por lo tanto nos compete asumir íntegramente esta preocupación instando, exhortando a que cualquiera sea el o los procedimientos que en lo sucesivo adopte la resolución de esta situación, es imprescindible —creemos— el establecimiento paralelo de un plan de emergencia que permita la sobrevivencia del Hospital de Clínicas en la actualidad.

Sobre las emergencias móviles para el CASMU. La introducción de un nuevo servicio de emergencia móvil puede influir eventualmente en toda la organización asistencial y en el propio mercado de trabajo. En ese sentido tiene competencia una asamblea del gremio médico, referente a este hecho, que se reunirá el 23 de abril. Una comisión intergrupacional trabajó, para hacer el informe que se presentará a la asamblea, debidamente asesorada por los técnicos que permanentemente cooperan con la tarea sindical. Ha producido un informe, que se distribuye con este número de *Noticias* a todos los asociados como elemento de información y reflexión sobre tan importante tema.

El proyecto, por su magnitud, afecta potencialmente a todo el gremio médico, al introducir una variable de significación en el sistema asistencial. Ello, sin que prejuzguemos de las debilidades o bondades del proyecto, que no nos corresponde realizar aquí.

Queremos señalar que es competencia del gremio evaluar serenamente las diversas propuestas.

No cabe duda que el CASMU tiene para diferenciarse, que expandir y mejorar el primer nivel de atención, que lo tiene desde siempre en la medicina zonal, una de sus fortalezas.

Esperamos, entonces, una concurrencia muy importante a la asamblea del 23 de abril, para adoptar decisión sobre este asunto.

El convenio salarial y la caja de auxilio. A partir de este número, ya estará trabajando nuevamente la comisión intergrupacional, asistida por el CIESMU y sus asesores, para continuar la tarea de elaboración del nuevo convenio salarial, ya en marcha, y la caja de auxilio.

Esta Caja de Auxilio, que es largamente reclamada por nuestro gremio, ha sido puesta en un impasse hasta tanto la Asamblea del 23 de abril resuelva el tema anterior. No es que nos lo hayamos propuesto así nosotros, sino que nuestros eventuales “socios” del plenario de las IAMC así lo han comunicado a este Presidente.

La Asociación Médica Mundial. Nos visitará del 16 al 19 de abril la CL sesión del Consejo de la Asociación Médica Mundial, la organización que agrupa a las asociaciones médicas de los cinco continentes. Uruguay ha logrado conquistar, nuevamente, un sitio como miembro del Consejo, en representación de América Latina, donde nos representa nuestro compañero el Dr. Valentín Cuesta.

La AMM ha sido históricamente un referente para la ética y la educación médica, como también para los más importantes asuntos que han ocupado la atención de los médicos en todo tiempo y lugar, así en la paz como en las terribles condiciones de la guerra. Sus documentos fundamentales forman parte de las guías que nuestros colegas tienen para realizar una práctica apropiada y acorde con los cambios que imponen los cambios culturales y sociales.

Este acontecimiento, que honra al país y al Sindicato Médico, es una ocasión para recordar los esfuerzos realizados en el pasado, principalmente por los doctores Constancio Castells y Omar Barreneche, y otros queridos colegas, que durante las décadas del sesenta y setenta mantuvieron en alto el prestigio de nuestra medicina, llevando su voz a los más altos sitios de decisión de esta organización mundial y contribuyendo a la generación de los documentos que desde entonces orientan a nuestros colegas del mundo.

Dr. Juan Carlos Macedo
Presidente del SMU

Esta tarea tiene sentido: Feliz 1999 para todos

(número 96, diciembre de 1998, p.1)

En el 50.º aniversario de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Sindicato Médico del Uruguay reafirma y renueva la identificación con sus principios, y su compromiso con la práctica de la defensa de tales derechos.

“El único pecado imperdonable es la crueldad deliberada” escribió Truman Capote. Es posible que esto sea así. Pero lo que no es posible es excusar en la soberanía u otros la práctica de la tortura, de las desapariciones y otros crímenes de lesa humanidad.

En ese sentido el SMU reconoce como favorable la instancia actual del proceso de extradición para uno de los más violentos violadores de estos derechos en América Latina.

En Santiago de Chile, el 10 de diciembre de 1998, el SMU rindió homenaje al Dr. Salvador Allende Gossens, uno de los ejemplos más visibles, expresivos e iluminados de la vocación social del ser médico, y uno de los momentos de mayor altura de la historia de América Latina. Historia que está viva.

Este homenaje se realizó en el Colegio Médico de Chile, con el entorno de representantes médicos de toda el área latinoamericana.

Se realizó el Segundo Encuentro de Médicos del Ministerio de Salud Pública, del 26 al 28 de noviembre último. Este Encuentro representó un cambio notorio en sus objetivos y propuestas, por cuanto partió de un estudio científico de la realidad y se formularon estrategias para resolver los principales problemas detectados que importan a la globalidad de los problemas de salud del país.

Es de destacar la presencia del señor decano de la Facultad de Medicina, Dr. Luis Calegari y la participación de los representantes del Ministerio de Salud Pública, encabezados por el señor ministro, Dr. Raúl Bustos, y la Dra. Norma Locatelli, directora de Recursos Humanos de ASSE, con quienes se obtuvo un diálogo esencialmente franco que permitió la mejor comprensión de muchos de los aspectos tratados.

El Día del Médico, 3 de diciembre, fue este año un día de plenitud.

En primer lugar, nuestro Centro de Asistencia dio a conocer la pronta ejecución del proyecto del megacentro asistencial. Culmina así un largo proceso tendiente a resolver adecuadamente las necesidades del área hospitalaria de nuestro Centro de Asistencia. Seguramente nos está haciendo falta un desarrollo simétrico del área de atención del primer nivel. Urge discutir las actuales propuestas elaboradas para atender esta necesidad.

En segundo lugar, continuando con una tradición de que todo lo que signifique un avance en el desarrollo humano de nuestros socios, debe tener lugar en el Sindicato, el 3 de diciembre se entregaron los premios de los Concursos de Artes Plásticas y Literario entre socios del SMU.

Queremos señalar especialmente el alto valor intelectual de los jurados que fallaron en los diversos géneros artísticos.

En tercer lugar, en un acto singular, Eduardo Darnauchans cedió sus derechos de autor sobre la canción *Pago* al Sindicato Médico del Uruguay, en homenaje a su padre, el Dr. Pedro Darnauchans, que fue socio de la institución y destacado médico en áreas rurales del norte del país. Eduardo Darnauchans se ha constituido en uno de las voces emblemáticas de toda una generación que vivió y cruzó la dictadura. Es también destacado poeta. De modo que esa noche, aparte del disfrute de oírlo, vivimos y sentimos el honor con que nos distinguió. Si de algo está cerca la música es de lo más alto y fue la emoción a ese nivel la que recorrió a toda la platea presente.

En la búsqueda de incorporar nuevas ofertas culturales para nuestros socios y sus familiares, estamos trabajando un convenio con el Teatro El Galpón para participar en una amplia variedad de expresiones de cultura y también deportivas, a través del Socio Espectacular.

SMU-FEMI, de modo conjunto, suscribieron un mensaje para todo el gremio médico nacional, el 3 de diciembre, traduciendo de este modo una actuación común que deberá prolongarse. Hemos actuado así en las políticas con el Ministerio de Salud Pública, en la Universidad de la República, Facultad de Medicina, deportes y a nivel internacional en las organizaciones médicas internacionales. También las propuestas de soluciones inmediatas y a más largo plazo en el área de la salud tienden a confluir. Esto es alentador y debe comunicarse.

Al finalizar el año, queremos enviar un afectuoso saludo para todos nuestros asociados, sus familiares, y nuestro agradecimiento a quienes trabajaron junto al SMU en 1998 socios y funcionarios, en la convicción de que esta tarea en el contexto de la solución de necesidades para nuestro País tiene sentido. Feliz 1999 para todos.

Dr. Juan Carlos Macedo
Presidente del SMU

Lo urgente y lo necesario

(número 97, marzo de 1999, p. 1)

Conviene dar a conocer algunas informaciones de las últimas acciones emprendidas, así como algunas opiniones sobre la actual situación del mutualismo.

La situación del mutualismo

A los efectos de evitar confusiones conviene separar en diversos planos cualquier opinión sobre el mutualismo.

Primer plano: el acontecimiento disparador de la situación de “alarma pública”, de catástrofe inminente, del sistema no es pertinente y es descontextualizado. Una reforma del sistema de salud no puede precisarse en el ámbito restringido del Ministerio de Economía y Finanzas.

Otros actores tienen mucho que decir.

En la situación real concreta de asimilación de “crisis” con “catástrofe inminente” evaluamos que en ese sentido “crisis” no era un término adecuado para definir la situación. No hay indicios de “catástrofe inminente” del sistema, en tanto desaparición o sustitución por otro modelo.

Segundo plano: el concepto sobre el que se erige el mutualismo como sistema de protección social sigue vigente. Da cobertura a más de 1:500.000 ciudadanos, en todo el país, tiene una práctica histórica aprobada, con casi 150 años de ejercicio continuado, y cuenta con la adhesión de la población. Es además, el modo en que el gremio concibió su acción del lado de la atención de salud, tanto para Montevideo como para el llamado interior.

Tercer plano: reconoce dificultades financieras y/o económico-financieras en el sistema. Es diverso el origen de estas dificultades, pero para todos juega de un modo importante la actual coyuntura de restricción de créditos, aumento de las tasas de interés, reflejo de la crisis en Brasil.

De ninguna manera cualquier problema suscitado en la corta duración puede obstaculizar la legitimidad del sistema del mutualismo visto en el curso de la larga duración.

Dos asuntos que son razón de existencia

La práctica del espíritu solidario concretada en la misión a Honduras organizada junto a la Federación Médica del Interior y la Asociación Cristiana de Jóvenes, para socorrer a las víctimas del huracán Mitch. Es la primera vez que el gremio médico nacional encara esta forma para cumplir con la exigencia ética de la fraternidad con otros pueblos de América Latina.

Se cumplen 15 años de la muerte bajo tortura del médico Vladimir Roslik. Se cumplen también 15 años de la VII Convención Médica Nacional, realizada en 1984, y de la Comisión Nacional de Ética Médica, surgida de la misma para el juzgamiento, bajo las normas del debido proceso, de las posibles inconductas éticas de los médicos durante la dictadura. Como homenaje y recordación, y compromiso presente, tendrá lugar un acto en el Palacio Legislativo el viernes 16 de abril de 1999.

Estas dos actividades, que vinculamos a lo permanente, son organizadas por todo el gremio médico nacional, SMU y FEMI.

En lo interno del SMU, debe informarse del avance de la construcción de un amplio espacio destinado a salas para la reunión de comisiones y sociedades científicas, y un estar médico para el mejor empleo del tiempo libre de nuestros colegas.

Se sigue negociando el convenio salarial, discutiéndose la extensión horaria y un manejo diferente de los precios de tickets y órdenes, en el rumbo del fortalecimiento del sistema y de la estabilidad del trabajo médico, sin afectación del número de cargos médicos.

Ha constituido plenamente sus autoridades el directorio de la Caja de Auxilio, que en poco tiempo más concretará los pasos necesarios para que sea realidad este proyecto largamente esperado.

Esta breve enumeración pretende resumir la —a menudo— trabajosa síntesis entre lo urgente y lo necesario que está en la base de nuestro quehacer cotidiano.

Dr. Juan Carlos Macedo
Presidente del SMU

SMU y FEMI: misión solidaria a Honduras: La mística de la solidaridad (entrevista)

(número 97, marzo de 1999, p. 11)

Una misión de acción solidaria convocada por el SMU y FEMI parte en estos días hacia Honduras, país duramente golpeado por el huracán Mitch. La delegación está integrada por médicos, odontólogos, practicantes, profesores de educación física. A propósito de esta hermosa iniciativa habla el presidente del SMU, Dr. Juan Carlos Macedo.

¿Cómo surge esta iniciativa de enviar médicos uruguayos a Honduras?

La iniciativa se concretó por una situación circunstancial, pero muchos socios del SMU, cuando sobrevino el huracán, habían enviado por e-mails su solicitud y su aspiración de que el SMU hiciera algo en ese sentido.

Habíamos enviado apoyo económico a través de la Cruz Roja uruguaya y en determinado momento surge el planteo —alentado por la Asociación Cristiana de Jóvenes de Honduras— de una misión solidaria.

Esto venía muy bien para llenar esa aspiración de colaboración que provenía de los socios y que había sido también del Comité Ejecutivo. Así fue que empezamos a concretar esta misión solidaria.

¿Con qué criterios se realizó la selección?

Se hizo un llamado en la prensa a todos los socios y médicos. La selección fue por sorteo, porque esto no es un concurso de méritos. Fue un sorteo entre socios iguales del SMU. Por lo cual el currículum personal juega sólo en las exigencias para ser inscrito en el llamado. Están todos en pie de igualdad.

Así fueron elegidos pediatras, médicos generales y practicantes. Ellos van a formar parte de un equipo que incluye enfermeras profesionales, odontólogos, profesores de educación física, asistentes sociales y personas con experiencia en recreación en comunidades. O sea que no son todos médicos. Son dos misiones y cada una estará un mes.

¿Cuál fue la respuesta?

Fue muy alentadora. Se inscribieron más de 100 socios del SMU.

¿Hay algún antecedente de este tipo en el SMU?

No hay ninguno. Para el SMU es muy importante porque es una forma de recrear, a nivel de lo real, cuestiones concretas referentes a la solidaridad que forman parte de nuestras aspiraciones, de nuestras tradiciones como gremio y son una forma de mantener la mística en torno a esto que es tan necesario y permanente. Y la poesía que alienta la mística.

Parte V
Medicina familiar y comunitaria

Introducción

Elbio Paolillo

Juan Carlos Macedo y Hugo Dibarboure Icasuriaga fueron los impulsores de la Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria, que precedió en varios años al reconocimiento de la disciplina por la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina.

Múltiples fueron las ocasiones en que Juan Carlos se refirió al tema, como lo evidencian algunos de sus editoriales en *Compendio*. En los prólogos que escribió para la presentación de libros de Hugo Dibarboure Icasuriaga, o el que realizaron en conjunto para ayudar en la formación de los graduados, también aquí estableció claramente su pensamiento con respecto a la medicina general y la medicina familiar y comunitaria.

Gustavo Bogliaccini, que presidió la Comisión Nacional de Residencias Médicas, evocó para esta edición el trayecto de los encuentros que condujeron a la creación de la Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria, lo cual es testimonio de una visión estratégica y, al mismo tiempo, del compromiso para llevar adelante una formación que en Uruguay demoró décadas en surgir, aunque las experiencias internacionales estaban presentes desde fines de la década del setenta del siglo XX.

Juan Carlos Macedo. La residencia de medicina familiar y comunitaria

Gustavo Bogliaccini

A Juan Carlos lo conocí en Facultad, en las asambleas de la Asociación de los Estudiantes de Medicina (AEM), pero en forma más cercana, casi al final de la carrera, cuando empezamos a preparar el internado. Elegíamos el delegado al Tribunal del Internado y no quiero recordar a quién vetamos con nuestro grupo, porque le daba “encares” al grupo del Chino Díaz, Bodega, Juan Carlos y algunos más, que no guardo en la memoria.

La Dra. Lula Jauregui, de gran prestigio entre todos nosotros, resultó la más votada. Cuando salíamos del anfiteatro de Cardiología, caminando por el corredor, Juan Carlos me dice impertérrito: “Nosotros nos abstuvimos porque ella también nos encaraba...”.

Nunca supe si era verdad o era una broma... Si le hubiera preguntado, me habría tenido de hijo hasta su último día sobre la tierra.

Después vino el tiempo del silencio, él se instaló en Miguez y yo en el Maciel. Venía, con un infaltable cuaderno de anotaciones, a tomar un café al San Lorenzo, con el Dr. Eduardo Navarrete expresidente del SMU y distinguido cardiólogo del hospital. Más como oyente, por el placer que me provocaba escucharlos, me sumaba a la mesa donde la conversación discurría largamente sobre rumores, preocupaciones, conductas y sueños a realizar.

Ya en la primera mitad de los noventa, presidiendo la Comisión Nacional de Residencias Médicas, me encontré, en alguna actividad académica o gremial, con Hugo Dibarbouré, a quien conocía de su tiempo como administrador general del SMU. Con este ser superior, el afecto fue instantáneo y su prédica sobre la medicina familiar me llevaba a recordar mi etapa de residente en la Western Ontario University, en London, Canadá, donde conviví con esa experiencia y a la cual apreciaba con admiración.

Él me convenció o me hizo sentir que podía ser útil para aprobar la creación de esa residencia. Mientras trataba de lograr dicha meta, pasaron un par de años. Como no estaba reconocida la especialidad por la Escuela de Graduados, los delegados de la Facultad de Medicina se oponían.

En el ínterin, Hugo, conociendo de primera mano la experiencia del Grupo Miguez, había sumado a Juan Carlos y así comenzamos a reunirnos semanalmente en el año 1993, en la Jefatura del Servicio de Emergencia del Maciel, en horas de la noche. Es que allí disponíamos de una computadora con procesador de texto, importante herramienta que nos permitía escribir y corregir las

veces que fuera necesario. Puede parecer nimio treinta años después de dejar la máquina de escribir y acostumbrarnos a esta herramienta, pero fue un cambio impresionante.

Los sábados de mañana, recogía a Hugo en su casa, comprábamos una bolsa de bizcochos y nos íbamos a Mígues; yo hacía de chófer, en pago era convidado con mate. Llegados a destino, nos esperaba Juan Carlos en el consultorio, con más agua caliente, y recién ahí se abría la bolsa de los bizcochos.

Salvo esporádicas interrupciones de pacientes o la enfermera, trabajábamos de continuo, hasta algo pasado el mediodía.

Los temas eran todos trascendentes:

1. Cómo iba a ser la residencia y si tenía que tener un componente hospitalario o no. Por cuáles especialidades iban a pasar. En qué orden, por qué primero por Obstetricia y Ginecología. Si vería recién nacidos. Cuál era la utilidad de hacer guardias, etc.
2. Extensión de la residencia y horario semanal. Cuál era el total de horas a adjudicar y por qué debía ser similar a la de las otras residencias y tenía que tener actividades en común con los otros residentes.
3. Cuál iba a ser la distribución del tiempo entre las actividades hospitalarias, las tareas académicas requeridas (epidemiología e higiene) y el trabajo directo con el tutor en la comunidad.
4. Si esta distribución sería permanente o cambiaría según se avanzara en la residencia.
5. Cuáles eran las condiciones que había que satisfacer para ser designado tutor.
6. Cuál debía ser el temario para preparar las pruebas de ingreso.
7. Evaluación anual y de los cursos semestrales.

Todos estos puntos que hoy solo ocupan un renglón dieron motivo a largas disquisiciones, a lecturas y a relatos de las experiencias de Hugo, en España, más precisamente en Mataró; de las de Juan Carlos, de lo hecho en un pequeño rincón de nuestro interior, a pulmón y con recursos escasos, pero con su ejemplo generoso y desinteresado. De mi parte, la visión colateral de un especialista quirúrgico sobre un sistema que funcionaba, en otro país, acertadamente.

Puede ser que me haya olvidado de algún aspecto que tenga que ver con la propia residencia o con la evaluación para designar, después de culminada la residencia, al jefe de residentes.

Esto me fue abonado al contado en la puerta del Hospital Maciel, el día en que un residente de Medicina Familiar y Comunitaria atendió un parto, ayudó al alumbramiento y revisó y entregó al recién nacido a la madre. Las muestras de admiración de los compañeros residentes de Medicina Interna y Cirugía que compartían la guardia de ese día fueron mi mejor pago.

Lo anecdótico fue que para lograr superar la oposición del delegado de Facultad tuvimos que esperar que tomara licencia y que su suplente, el Dr. Tito Pais, compañero de internado de Juan Carlos y del que escribe, diera su voto favorable, y así se aprobó la Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria y se llevó adelante el primer concurso.

Lo curioso a destacar es que la especialidad fue reconocida un par de años después del primer concurso. Y que del temario original solo retiraron la bolilla de inmunizaciones.

Por una docena de años se mantuvo el diseño que habíamos elaborado en forma desinteresada.

Ellos dos, Juan Carlos en Miguez y Hugo en Capilla del Sauce, fueron los primeros tutores de la Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria.

En recuerdo de Juan Carlos Macedo

Hugo Dibarboure Icasuriaga¹⁴

La Sociedad de Medicina Rural del Uruguay me pide que en su representación rinda homenaje a la memoria de Juan Carlos Macedo. Es una tarea muy difícil para mí, porque los dolientes despiden a sus muertos con silencio y llanto, no con palabras, y porque me siento un doliente más, en la fraterna amistad que nos unía.

He pasado un buen rato frente al papel en blanco y he intentado huir de la tarea encomendada.

He estado en Migueles respirando en sus ámbitos naturales.

He releído sus textos y extraído palabras que me ayudan, como si fuera un ejercicio de póstuma fraternidad.

“Es imposible enfrentar la muerte de los otros (si es que eso ocurre realmente) cuando el que está muriendo penetra nuestros ojos”, dijo, como para convocarnos en el silencio de su duelo.

“Silencio son las palabras que el poeta no calla”, dijo, como para transformar en poesía lo que de él digamos.

“Unas pocas palabras que no puedo guardar para que vivan”, dijo, para alentarnos a decirlas.

“La eterna novedad es la vida que no acaba”, dijo, consuelo de su ausencia, estímulo para vivir.

“Pues ya nos habremos ido un sábado con sol”, dijo, la premonición que recuerda a Vallejo.

Y el camino indicado, como objetivo vital, con su ejemplo y sus palabras, coherencia de su inmensa humanidad: “Hacer es estar solos con el sueño de todos cuando duermen”, dijo. “Construir es la única decencia, eso es saber”.

14 Palabras pronunciadas en ocasión de la reunión de la Sociedad de Médicos Rurales del Uruguay (SOMERUY), en homenaje a la memoria de Juan Carlos Macedo. Tomado de *Compendio*.

Prólogo a *Atención primaria de la salud*, de Hugo Dibarboure Icasuriaga

Este prólogo informa de una fundación. Informa de una frontera, un límite, desde el que lo sucedido, lo que sucede, deja de ser relato potencial, ocasional memoria donde aquietan el costado aparente de las cosas. Desde el que todo es anterior porque fundido en un momento como obstáculo, la experiencia y la razón confluyen y construyen: he ahí un nuevo lugar, un verde nuevo.

El libro de Dibarboure, en efecto, da cuenta de una realización en la que el trabajo manual y el trabajo intelectual no se oponen: se informan, se solicitan. Más precisamente, nos dice de una operación cognoscitiva que descubre su actividad, nuestra rutina, la práctica médica cotidiana, como objeto de investigación. Lo común, lo de todos los días, no como resignación e indiferencia u oficio de medianería, sino como reflexión, como ejercicio de confrontación y aclaramiento. Con el rigor metodológico: tensión de la razón también pasión; que hace disponible una evidencia comunicante. Un nuevo saber y un modo de saber que se corresponden, a la naturaleza de las cosas. Primer punto, pues, trata de la praxis médica. Este trabajo representa un enfoque y es una respuesta a los múltiples problemas, reales y artificiales, que plantean la asistencia y la investigación médicas en los países dependientes del tercer mundo. Es así, que, la principal disponibilidad que Dibarboure pone en servicio es la metodología científica. Es claro que la metodología no constituye un recurso independiente del contexto material sobre el que actúa. Es una emergente cultural cuyo desarrollo se vincula mucho más con la estructura del sistema en que se desarrolla la actividad específica que con la voluntad o las buenas intenciones. Y que en el bien entendido, como cultura, representa la tensión entre la base material en que se produce la actividad y que tiene concreción en un modo particular de asistir, de prestar servicios, y la ideología que preside, organiza y legitima socialmente ese modo particular de asistencia, y que a su vez se concreta en modos particulares de docencia e investigación. De manera, pues, que entre los modos de asistencia —docencia— investigación no hay separación al azar, sino realización no ingenua de una concepción global del hecho social y de la medicina que le pertenece.

Este trabajo, raro, tal vez único en la literatura médica de nuestro país, representa un rompimiento con la forma dominante en que hacemos medicina y también con la resignación al uso que pretende explicar nuestros problemas

como imposibilidades genéticas. Que quede claro, esto no es el producto de un quijote alucinado, o de la aventura de un exagerado y afortunado narcisismo (de los dos modos queda y ha sido descalificado en su ejemplaridad), sino el producto de una consecuencia ideológica, infrecuente, es cierto, de una opción por la cultura, que, en el terreno de la teoría (y de la práctica) se opone radicalmente a la que dominante e inconscientemente nos esteriliza. Pero la opción que realiza Dibarboure no es indiferente: ella le ha permitido producir conocimientos en el mismo lugar que los otros o nosotros sólo logramos insatisfacciones. Este trabajo demuestra, entonces, por un lado, su posibilidad de realización, pero también demuestra en su dificultad que el principal obstáculo que se opone a la producción de conocimientos médicos es la estructura de asistencia-docencia-investigación en que se mantiene organizada la medicina en nuestro país. Segundo punto, pues, trata de la gnoseología o epistemología médicas.

No propiciamos aventuras solitarias, no. La voluntad, vasto dominio, no basta como único sostén. Pues el trabajo de Dibarboure también demuestra en su destino personal (debió abandonar Capilla del Sauce al cabo de diez años) la otra cara de la posibilidad: la imposibilidad actual de su práctica social estable y generalizada. Pero ya como derrota, ya como anticipación de un modo distinto de organización en la experiencia de Dibarboure debe ser una necesaria referencia en la discusión tendiente a resolver los problemas de la salud en nuestro país.

Dr. Juan Carlos Macedo
Migues, Canelones

Prólogo de los editores a *Introducción a la medicina familiar: La medicina sincomial*¹⁵

Este libro pretende ser una contribución al desarrollo de la medicina familiar en el Uruguay. En él se dice que “hoy la necesidad es de espacios para aprender y crear la medicina familiar”. Pretendemos contribuir a ese espacio. Modestamente, con conciencia de las limitaciones pero sin inhibirnos por ellas. Principio requieren las cosas.

Se trata de una introducción porque no alcanza a los pormenores de la práctica clínica individual, grupal en el seno de la familia, ni a muchas actividades relativas a la salud de la comunidad. Pero en su condición de tal pretende introducir en los ámbitos académico y profesional nacionales, el gran universo de la disciplina: reunir textos muy diversos que se relacionan con ella y estimular la integración de ellos en la manera de ver y actuar de quienes la practican y practiquen. Sin la pretensión de ofrecer verdades reveladas sino con la de informar expresamente sobre la naturaleza de los problemas y promover la meditación y la indagación sobre ellos.

Dice Stephen Spann en su capítulo que es difícil elaborar una definición breve y concisa de la medicina familiar. Nos parece que esa dificultad obedece precisamente a la mencionada vastedad del universo que a su vez condiciona simultáneamente las dificultades y los atractivos de su práctica. Porque según la cita de Foucault que se publica y que no está demás reiterar,

lo que constituye ahora la unidad de la mirada médica no es el círculo del saber en el cual se concluye, sino esta totalidad abierta, infinita, móvil, desplazada sin cesar y enriquecida en el tiempo, cuyo recorrido comienza sin poder detenerlo jamás: una especie de registro clínico de la serie infinita y variable de los acontecimientos. Pero su soporte no es la percepción del enfermo en su singularidad, es una conciencia colectiva encabrestada con todas las informaciones que en ella se cruzan creciendo en un ramaje complejo y siempre abundante, agrandado por fin a las dimensiones de una historia, de una geografía...

Con atrevimiento agregamos pretender que sea una conciencia para el cuidado, para la custodia, para el servicio, expresada en una actividad por eso sincomial como antítesis de la nosocomial, parceladora e históricamente reducida a la aplicación de técnicas. Actividad que supone una tendencia a, sin

15 Dibarboure, H. y Macedo, J. C. (eds.). *Introducción a la medicina familiar*. Montevideo: Universidad de la República, 1998, p. 19.

poder llegar nunca por la sucesiva aparición de horizontes nuevos, de nuevas ramas del ramaje complejo y abundante.

Medicina sincomial, del griego: *syn*, ‘unión’ y *komeo*, ‘yo cuido’. Unidora, unificadora, integradora de los cuidados en salud al individuo, a su familia, a la comunidad que integra.

Parte VI
Homenajes

Homenaje en el Sindicato Médico del Uruguay¹⁶

Al cumplirse el primer aniversario del fallecimiento de Juan Carlos Macedo, el Sindicato Médico le tributó un homenaje.

En ese acto hubo alocuciones de Marcos Carámbula (presidente del SMU), Ariel Rodríguez Quereilhac, Barrett Díaz Pose y Carlos A. Gómez Haedo. También se entregó a la familia de Juan Carlos una plaqueta de reconocimiento.

Dr. Marcos Carámbula:

Estimados amigos, colegas, Sara, los hijos de Juan Carlos... ¿Por qué este pequeño recuerdo del SMU con Juan Carlos? Más allá de la fecha, a nosotros nos parece que en estos momentos difíciles, como decía Perico Pérez Aguirre, “Desnudos de seguridades”, como estamos todos, en momentos de cambio civilizatorio, de conceptos que están vacíos en un posmodernismo en que a veces todo da igual. En un momento donde nuestro gremio, nuestro SMU — la casa de Juan Carlos y de todos nosotros— está mal, está con dificultades, no sólo económicas —que desde luego son importantes—, pero está mal muchas veces en lo que estamos viviendo los médicos, en los valores, en los sentimientos, bien vale homenajearlo a Juan Carlos. Bien vale la pena recordarlo. Bien vale la pena poner por esencia los valores.

Como decía Juan Carlos: “Nos queda la palabra. Es esta quien reúne y distribuye la pasión y la razón que alienta la vida del humano”. La vida y la obra de Juan Carlos es de la que van a hablar —por supuesto, muy bien— Barrett Díaz, el Prof. Gómez Haedo, Ariel.

Esa dialéctica del poder de sanar o curar como proceso complejo de comunicación y siempre desde el lugar, desde su lugar impregnado por su geografía, llámese Migue, Rivera u otros pueblos. Allí se fundía la comarca con su humanismo, humanismo tan entrañable. En lo personal, compartimos con Juan Carlos muchas “tenidas”, pero no es ese el motivo, simplemente recordar desde su *Durar*, desde *Compendio*, y nosotros con *La Plaza* en momentos muy duros. Después, tantas tardecitas en Migue, con desafíos desde lo político hasta lo deportivo, desde lo profesional a simplemente compartir un asado o un cordero en lo de Vladimir.

16 17 de noviembre de 2003.

¿Por qué necesitamos homenajearlo, recordarlo, de volver a traer al corazón? Eso queremos, traerlo al corazón en estos momentos tan difíciles y al decir de él su último libro: “en Delfos hay un lugar donde existió el oráculo más importante del mundo conocido. Muchos hombres sin saber de Delfos, ni del mundo conocido, se reunían a la hora del fuego o de los hijos, también amaron”. Ser humano privilegiado, sin duda que conoció la felicidad, no con placer y alegría, sino a veces con dolor, entreviendo la constelación de la vida.

Aún nos queda la palabra, pero ese aún nos queda la palabra no es de resignación con Juan Carlos, es de esperanza y ese es el sentido que nuestro SMU le quiere dar a este homenaje.

Dr. Carlos Gómez Haedo:

Sara Viñas, esposa de Juan Carlos Macedo, y los hijos, estimados colegas, señoras y señores, autoridades del SMU y del CASMU, es para mí un doble motivo de compromiso el poder hablar de Juan Carlos Macedo en este día, recordándolo especialmente. Como dijo Ortega y Gasset: “El hombre es él y la circunstancia” y vaya si Juan Carlos invocaba las circunstancias en sus producciones, tanto en *Compendio* como en los editoriales especialmente, cuando hablaba de la geografía, de la historia, de la biografía, pero también de la familia y de la comunidad. Así, tenemos que remontarnos a sus orígenes. Hombre nacido en Rivera, donde no fue a ejercer su profesión porque otros destinos lo llamaron. Juan Carlos, que además tenía las características imaginativas del hombre de la frontera, unida a su espíritu luchador, fue, en realidad, cuando llegó a Montevideo una de las personas que llevó el sentido de comarca en su andar, tanto en la profesión como en la propia comunidad.

Recordar a Juan Carlos significa recordar cuando lo conocimos por primera vez. Nosotros lo conocimos cuando era practicante en el Clínicas, donde se distinguía por su capacidad clínica, por su vocación y por su espíritu de estudio permanente, su interés por las cosas. Ahí fue que conocimos a Juan Carlos, casado en el año 1969, practicante interno, no rotó a Rivera porque no pudo haber un arreglo para hacer un periodo en Rivera, y luego en 1972 se recibe. Fíjense ustedes, en el año 1972. En 1973 se produce el golpe de Estado. ¿Cuál era el clima que nosotros vivíamos y cuál era la situación cuando se recibe Juan Carlos Macedo? La característica era la existencia de múltiples regímenes autoritarios en Latinoamérica, porque era la norma. El centro imperial había determinado que hubiera cambios en Argentina, en Chile, en Brasil, en Uruguay y también en Centroamérica. El autoritarismo y el terrorismo de Estado eran la característica que podíamos observar y además esto tuvo una doble consecuencia. Una consecuencia política y social en general y una consecuencia en el mundo íntimo. En el mundo de los sentimientos, de la familia, en los destinos de la gente, y digo esto porque simultáneamente todos conocimos que se acompaña de la instalación del pensamiento único del neoliberalismo.

En ese momento aparece el mercado como reinante, el Estado que se debía achicar, la flexibilización, la privatización, palabras que nos suenan familiares, pero coinciden con el autoritarismo que reinaba y, al mismo tiempo, el centro imperial que defendía en los foros internacionales la democracia era el que terminaba con los gobiernos representativos en la región. Desde el punto de vista de la situación social, se producen dos hechos: el exilio y la diáspora, y lo que llamamos “el insilio”. Muchas de las generaciones de los más viejos, que quedamos afuera de los puestos de la Universidad, y de los más jóvenes —como era el caso de Macedo—, que no pudieron ingresar en ese momento a la Universidad, vieron truncado su destino y me pregunto yo: ¿Cuál hubiera sido el destino de Macedo en un Uruguay de paz, con la cultura organizada, con la posibilidad de empleo? ¿Cuál hubiera sido el desarrollo científico, no sólo de Macedo, sino además de ese Uruguay que vio truncarse generaciones que tuvieron que ir al exilio? De ese Uruguay que tuvo además —como decimos— el fenómeno del “insilio”. Juan Carlos tuvo que partir. Unos partieron hacia afuera. Juan Carlos partió hacia adentro y yo diría como un Alonso Quijano, Quijote vivo llevándose a su Rocinante, que era su profesión de médico y su profesión de poeta.

Juan Carlos, entonces, es acompañado por su señora, a la que también la dictadura le aplica la destitución del profesorado, y la familia concurre a Migues. Antes de 1975 un grupo de jóvenes comienza a tener intercambio, y voy a citarlos: el doctor Pedro Gadea y las doctoras Alicia Hoppe y Mabel Gambetta, y le hablan a Macedo. Había fallecido el médico de Migues y se abre la posibilidad de que pudiera este grupo concurrir en días separados. Juan Carlos empieza a ir los martes y jueves. Corría el año 1975, en ese momento la familia se muda a Migues y Juan Carlos se ubica allí y pasa a ser el director del grupo. El llamado Grupo Migues, que tiene una historia representada en la tradición médica en el interior y en el país. ¿Y por qué digo esto? Porque aparecen también trabajos sobre asma, morbilidad y conducta frente al asma, y además aparecen trabajos con epidemiología en la comunidad, tanto sobre asma como sobre hipertensión, y, posteriormente, cuando se recupera la vida democrática, sobre accidentes vasculares, cerebrales y neurología en la epidemiología comunitaria.

¿Cuál es el currículum de Juan Carlos Macedo y cuál hubiera sido si en vez del insilio hubiera podido ocupar el lugar que le correspondía en la sociedad uruguaya? Entonces, Juan Carlos Macedo es ayudante de Fisiología, es practicante interno, se recibe de médico, realiza tareas de investigación comunitaria. Restaurada la vida democrática, hace trabajos para la comunidad y aparece como un grado III interino en el Departamento de Medicina Comunitaria. Posteriormente escribe un libro con Hugo Dibarboure Icasuriaga, sobre introducción a la medicina familiar, es asesor en atención primaria y es considerado una autoridad en lo que tiene que ver con el tema. Es decir, hay una continuidad y este Grupo Migues, en determinado momento, se contacta con

algunos exdocentes, en especial nosotros. También aparecen iniciativas de jóvenes que eran practicantes: Bibbó, Aiello y también Elbio Paolillo. Ellos todavía no eran recibidos, pero gestan junto con Macedo, que interviene y habla con nosotros, y se organiza un equipo de asesores, casi todos destituidos por la dictadura o que no estamos de acuerdo con el régimen, y aparecemos Avellanal, Cirillo, García Fontes —además de los compañeros que eran estudiantes y después seguirían como asesores—, Acosta y Lara y algunos otros compañeros.

Se funda *Compendio*, cuyos primeros números salen en 1978, y aparece entonces la figura de Macedo, escribiendo editoriales, impulsando y seleccionando artículos, con una característica fundamental e importante: en 1978 se funda Alma-Ata; la medicina de la comunidad, el médico general, la medicina de familia se discuten ya desde antes que Alma-Ata en *Compendio*, que se transforma en un arma muy importante contra la dictadura. Ingresa en el Penal de Libertad, donde algunos de los compañeros nos decían que era distribuido. No sabemos si se distribuyó hasta el final, pero alguno de los colegas que estaban en el Penal de Libertad reciben la revista.

El Grupo Mígues se contacta con un grupo de docentes y exdocentes y se realizan ateneos en Mígues. Ateneos del punto de vista científico y médico, con gran concurrencia, pero, paralelamente, Juan Carlos desarrolla su genio y sus características de excelente poeta y aparecen los libros *Durar*, *Durar II*, *Durar III*. Pero, además, con el tiempo, muchos deben recordar que autoridades de la UNESCO lo seleccionan como uno de los poetas uruguayos de gran valor. Eso significa el reconocimiento al espíritu artístico de Macedo, este hombre que además mantiene vivo el espíritu universitario, la cultura, y mantiene simultáneamente lo artístico y lo científico en un equilibrio.

En Mígues se realizan ateneos literarios y culturales, donde concurren distinguidos poetas y artistas, su amistad con Espínola Gómez hace que no sólo el logo de *Compendio* sea la creación de este artista, sino que, con el paso del tiempo y desde 1975, se gestó un libro, *Ocho cuadros y ocho poemas*, entre Espínola Gómez y Macedo. Pero su actividad no se centra exclusivamente en la parte científica ni en la parte artística. Realiza, sí, por ejemplo, un encuentro de las editoriales Arca y Banda Oriental, que contribuyen con los libros, y hay una exposición en el liceo. Nos toca hablar en ese momento sobre la Universidad y la cultura, pero además Juan Carlos interviene en aspectos importantes, como el fútbol. Es presidente de la Liga del Noreste de Canelones, es también un activista político, donde seguramente se encuentra con Marcos Carámbula. Cuando Crottogini es candidato a la vicepresidencia en 1984, se abre un comité de base que dirige el propio Macedo.

De modo tal que este recuerdo de Macedo nos hace verlo como una figura tan particular, tan especial, que además llega a la presidencia del SMU. Un médico rural, médico general y médico de la comunidad ocupa el primer nivel desde el punto de vista gremial de la colectividad médica, cosa inusitada,

después de estar sometido al exilio interno en Migueles, manteniendo el aspecto cultural y su visión. Otros, que lo conocieron y estuvieron muy al lado de él en lo que tiene que ver con la parte gremial, recordarán la eficacia y la necesaria presencia de Macedo. Tuvo dos vertientes cuando ocupó la presidencia del SMU. Una, la capacidad de diálogo con los médicos del interior del país, capacidad que a veces se había agotado en Montevideo por distintos motivos, que Macedo, por ser también del interior y ejercer en el interior, la tenía. La otra, la capacidad de proyección internacional que Macedo veía que era fundamental y había sido una tradición del SMU. La conflictiva en ese momento fue gradualmente progresiva, pero Macedo tuvo el espíritu, la capacidad, la serenidad, la simpatía y la empatía que lo caracterizaban para limar las asperezas que se daban en el Comité Ejecutivo.

Y para decir un poco la opinión, una de las características de Macedo es que nos recuerda a los personajes del Renacimiento, porque tiene esa característica multifacética de profundizar a nivel de la ciencia, pero también capacidad de penetrar en la cultura con su poesía. Por razones de tiempo no me voy a extender, pero hay un editorial que aparece en *Compendio*, de Macedo, sobre la muerte, que vuelto a leer, es una de las cosas más admirables que yo he leído sobre la muerte. Allí afirma que la muerte no es curricular, que no es problema específico del médico, que no significa la culminación de la enfermedad, que es algo más y que la muerte, como la poesía, no se entiende, nos dice en ese editorial magnífico del médico general frente a la muerte.

De manera que diría que la otra característica de Juan Carlos es que, como muchos, pero justamente por ser un universitario representante de la cultura y trasladado al interior, supo decir “no” a la dictadura y al terrorismo de Estado. Y ese “no” significaba mantener una luz en la oscuridad que todos podíamos ver. Cada uruguayo que supo decir “no” a la dictadura y al autoritarismo contribuyó a mantener esa luz, que significaba la visión de todos los ciudadanos de que algo estaba marchando y de que había derecho a la esperanza. Muchas gracias.

Dr. Marcos Carámbula:

Antes de dar la palabra a Ariel, hemos recibido saludos de la decana, la Dra. Ana María Ferrari, del presidente de FEMI, Yamandú Fernández, de la Sociedad Médica Quirúrgica de Salto, de la Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica. Agradecemos además la presencia del Presidente del Colegio de Abogados que nos acompaña esta noche. Nosotros, cuando planeamos este homenaje a Juan Carlos, pensamos en hacerlo en un tono coloquial y junto con el Prof. Gómez Haedo, con toda esa historia que nos ha contado, hemos pedido a dos entrañables amigos de Juan Carlos y dos entrañables amigos de todos nosotros, Ariel y a Barrett, que nos brinden su testimonio, porque de eso se trata.

Dr. Ariel Rodríguez Quereilhac:

Gracias, Marcos, por esta introducción. Cuando se planteó este homenaje a Juan Carlos, hablamos con el Dr. Antonio Turnes y con el Dr. Carámbula, y sabiendo que yo tenía una serie de documentos, de cartas, de fotos, hacia Juan Carlos, me sugirieron, Antonio, con esa preocupación que tiene por preservar la memoria, que las mostrara. Entonces voy a mostrar y dar esta charla con diapositivas. Alguno pensará que es un alarde, pero en realidad es un bastón porque no recuerdo que yo haya hablado sin un pizarrón, una tiza o diapositivas. Además, si se me llega a anudar la garganta, lo que está en la foto me va a ayudar también.

Juan Carlos, poeta y médico, médico por poeta: “La palabra, ese cuerpo hacia todo, la palabra, esos ojos abiertos”. Se dice que acotar la vida de un individuo es muy difícil, es muy difícil definir al hombre. Es muy difícil y mucho más difícil cuando tenemos un amigo, un ser que parte de su vida médica, de ayudante de la Cátedra de Fisiología, llega a presidente del SMU. Militante, fundador de la *Revista Médica*, fundador y redactor de la *Revista Médica del Uruguay*, fundador y coordinador del Grupo Médico Mígues, hasta presidente de la Liga de Fútbol del Noreste de Canelones. Pero yo creo, y por eso voy a hablar, esencialmente como médico y como poeta y voy a empezar con un recuerdo. Los últimos días de mayo fuimos al homenaje de Mígues. Terminado el homenaje, que llenó el cine de Mígues, la gente se agolpó en la calle, llegaba hasta la plaza, y salimos conversando y saludando viejos amigos. El Cacho Gadea, que lo llevó a Juan Carlos; Ivanier, siempre con su aspecto de *dandy*, o por lo menos de ejecutivo. La plaza en ese momento estaba desierta con sus ánforas tan características; allá está el consultorio de Macedo, aquí la casa donde empezó la consulta. Entonces salimos con Juan José y empezamos a andar con el auto. Llegamos a una colina que está muy poco levantada, en Mígues, y cuando yo llegué allí y vi ese caserío con la iglesia, el molino, la torre del agua, ese árbol, empecé a tener recuerdos sobre los tiempos del insilio — como dice el Dr. Gómez Haedo—.

Aquella época no era una época que no nos diera algunas satisfacciones. Juan Carlos repetía un verso que decía: “De hacer de la sombra un fruto”. Leyendo un libro de Tatiana Oroño, también decía lo mismo: “Y tocar como a una fruta la curva del dolor”. Bueno, y así se hacían ateneos con asados y aquí en esta foto salíamos de ese asado que yo recordaba. Aquí ustedes ven al Peludo de Espínola, a Juan Carlos al lado y un conjunto de jóvenes expectantes que no comen, salvo este, que es Gonzalito Rodríguez, y el Peludo Espínola Gómez, que nunca dejó de comer. Aquí Juan Carlos reparte los helados. Aquí está el Chato Paolillo, Mirta Flores y otros.

Entonces, yo salía de Mígues y le decía a Juan José que me acordaba de las primeras veces que salía con Juan José. Íbamos con él en un Opel Cadet que no servía para mucho y el Peludo miraba para atrás y el auto se movía espantosamente con toda la humanidad de Manolo, y el Peludo descerrajó dos

preguntas. Estaban mis hijos atrás, al igual que él, y yo pensé que era mejor que él estuviese atrás, pero no. Entonces preguntó: “Para ustedes, ¿qué es más sugestivo en colores y matices: el ocaso o el amanecer?”.

Se produjo un ateneo y una discusión en el auto. El consenso era que era mucho más rico el ocaso, porque los matices, el sol, las nubes, y él dijo: “¿Están seguros? ¿Por qué va a ser más rico el ocaso? ¿No será que el alba es mucho más rica y nosotros no sabemos verla? ¿No será que nos está dando un mensaje, pero no lo hemos recibido?”. Mis hijos estaban expectantes. Nosotros esperando la respuesta del Peludo, pero no venía. Con ese gesto adusto que lo caracterizaba dijo: “Pero no. Hay que ver que aparezca alguien que descubra la realidad y descubra los colores, más lindo el alba. Y para ustedes, el pintor, el poeta, ¿inventa, crea o descubre?”.

Eran preguntas difíciles. Queríamos una contestación del Peludo. Que él nos dijera qué era más rico. No la tuvimos. Después marchamos unos cuantos kilómetros y el Peludo preguntó: “¿Han oído algo de Meyerbeer?”. Nadie lo conocía. Yo lo había sentido nombrar y le digo: “Peludo, eso es *old fashion*. Qué vamos a oír hablar, es imposible”. Entonces, otra vez con ese gesto adusto, dijo: “Un momentito ¿Ustedes han ido al Teatro Solís? ¿Miraron para arriba a la araña?”. Yo en alguna función aburrido miré hacia arriba y vi que estaba Verdi. Y le dije. Entonces me respondió: “Sí, Verdi está a las doce mirando desde la galería, pero Meyerbeer está a las seis. ¿Se dan cuenta de que fue muy importante?”. Y yo le dije que quién iba a querer escucharlo y me respondió: “¿No será que nosotros no sabemos descubrirlo? Porque es muy importante, por algo está en el Solís”.

Al final nunca tuvimos su respuesta de cuál era más importante entre el ocaso y el alba. Y ahí empecé a ver el nexo que había con Juan Carlos y que este expresa en *Durar III* y en el libro que escribió junto con él:

Nos es común cierta práctica de lo imaginante. Cierta concepción Gnóstica que si referidas como diferentes —caso extremo: ciencia y arte— no podemos comprender. No fácilmente y menos aún cuando esa diferencia se nos enseña genética de especie. La poesía se inscribe como actividad en el plano del descubrimiento. Descubrir es una función del ser.

Conocí a Juan Carlos en el corredor de Fisiología de la Facultad y luego comencé a ir yo al laboratorio donde él trabajaba como ayudante del Prof. Washington Vignolo y allí nuestras conversaciones eran, por supuesto —año 1968— si era mejor caminar tres pasos para adelante y uno para atrás, en fin, toda esa temática. Pero donde hicimos una muy buena relación fue en la Colonia Saint Bois, a donde Juan Carlos iba de tarde y se quedaba con Barrett a estudiar y a ver pacientes. Y allá en esa primera etapa él bajaba a buscarme al laboratorio y nos íbamos caminando a tomarnos el primer ómnibus que pasara a Lezica. A veces salíamos con miedo. Eran los años setenta y tres, setenta y cuatro, y teníamos miedo de que fuéramos desaparecidos. Allí empezó a decirme que leía mucha poesía y que escribía. Yo le pregunté:

—¿Hacés poesía?

—Yo construyo poesía y ¡Qué trabajo que me da!

Allí vi todo el proceso de Juan Carlos. La revista *Compendio*, la *Revista Médica* sus inquietudes y también mostró sus primeros originales de sus “Durares” y allí también me dice que se va a Mígues y grita. Cuando la dictadura interviene, él y otro lanzaron un grito desde el piso 19 del Clínicas bastante irrepetible ahora, como de desesperación, de que se les hubiera cortado la carrera para la cual estaban destinados. Me decía: “Nos sacaron todo, pero nos dejaron la palabra, nos dejaron el pensamiento. Como a la España republicana. Con la palabra y con nuestra especificidad es que vamos a tener que seguir luchando”. Y nos gustaba el poema de Blas de Otero que dice: “Esta es mi casa, propiedad de la palabra”. Pero lo que más me hizo notar fue un verso de Juarroz que lo repetía y que él lo llevó a la práctica:

El oficio de la palabra, más allá de la pequeña miseria y la pequeña ternura de designar esto o aquello, es un acto de amor: crear presencia. El oficio de la palabra es la posibilidad de que el mundo diga al mundo. La posibilidad de que el mundo, la posibilidad de que el mundo diga al hombre. La palabra ese cuerpo hacia todo, la palabra esos ojos abiertos.

Y el oficio de la palabra fue lo que hizo Juan Carlos a través de su relación con los pacientes, a través de sus escritos. No pudieron robarle la palabra.

Entonces, él se va a Mígues, intenta irse a Rivera, pero no cuaja. Hay un poema en el libro *Durar II* que se llama “Vuelta a Rivera”, que después él lo saca. Me decía preocupado siempre ante mi asombro: “La cultura es un hecho universal, aquí, en Mígues o Nueva York, la depresión también. ¿O qué te creés, que en Manhattan no se deprimen? ¿Vos te creés que se necesita estar en Mígues para deprimirse?”. Entonces, hablando de que la cultura es un hecho universal y depende de nosotros encontrarla, lo que tenemos que sacar de esa realidad —como dice él en un poema—, objetivo a objetivar.

En 1980, recién ahí puede entrar en contacto con Bouton que está exiliado en México, enfermo, sordo, y entonces en una larga carta de seis carillas que es imperdible, en un determinado momento y hablando del problema de la cultura y Juan Carlos diciéndole que tiene que irse a Mígues, pero que se está sobreponiendo, Bouton le escribe:

Que eso es cultura, pero natural que es cultura (cultivar). No hay dos culturas —problemática de moda— porque hay cientos, miles de culturas y al fin, una sola, hágase lo que se haga, vívase donde se viva (Londres o Mígues, Pando o Oaxaca) se hace cultura porque me supera, me enriquece, me eleva, de la lucha de la contradicción contra realidad es que surge el acto de la cultura... Y aunque ya no pueda seguir los violines de la cuarta de Mahler, el paseo por el bosque de la 1.^a de Brahms, o los vastos violonchelos, Roca y Océano, de la 2.^a de Sibelius, porque estoy sordo como una tapia y aunque ya no pueda gozar de las Baladas francesas de Paul Fort o la voz antigua de

Ronsard, porque no los tengo, sí tengo y conservo, el rico patrimonio cultural, que hemos creado tú, yo, miles, en el largo ejercicio de esa praxis social.

Entonces se va a Migues y no se entierra en Migues. Al contrario, funda Migues y de entrada, frente a mi duda de que fuera absorbido y convertido en un burócrata de la medicina. Enseguida plantea la necesidad de la medicina general, comunitaria y familiar, y escribe en el estar del consultorio: “La práctica médica general en el punto crítico del primer contacto como área de investigación”. Y aquí está Juan Carlos con Miguel D’Agosto, uno de sus primeros alumnos —digamos— o compañero de ruta. Macedo no se entregó en Migues. Estos son los cuadernos que él les llamaba *Ajedrez clínico*, y empieza a recoger todos los diferentes ítems de la medicina que pudieran servirle para su manejo en la práctica diaria. Les pone la fecha, un número a todos, y tiene de estos seis cuadernos. Hay uno que es interesante que es este y dice: “La clínica: una ciencia. Esto es, sistema de conocimientos con poder predictivo. El objeto de la clínica el enfermo. Punto central: el enfermo es un experimento biológico”.

Fisiólogo muy influido por Claude Bernard y su método experimental y la medicina, escribe esto:

... experimento biológico revertido en el sentido operativo para el orden que asume el método experimental, que es el de fijar de antemano algunos parámetros o referencias y en la acción conocer los cambios que sufre la variable; el punto de estudio. El enfermo se presenta como un cambio ya realizado donde se trata de descubrir las otras variables en juego. Hay un punto capital, peculiar del humano y el que quizás más haya perturbado la adquisición de una concepción científica en la clínica, para conocer de qué experimento se trata, tanto en un corte horizontal o vertical, es fundamental la expresión del enfermo y esto parte de la entrevista. Parte de la palabra.

Ahí en el Grupo Migues comienza a dibujar a mano con una regla los estudios que va haciendo. Empieza a trabajar en asma y debo decir que Juan Carlos me preguntó una vez si había leído el libro de Clarke de asma y me dijo que lo leyera porque era igualito al asma, y eso es una realidad ¿Cuántos libros hemos leído que no se parecen a nada? En cambio, leíamos a Clarke y era igual a los pacientes. No había duda. Él repetía, y lo dijo en un discurso en la Sociedad de Pediatría sobre el niño maltratado, que había cosas que no se entendían. Y repetía un verso de su amigo Bécquer Puig que decía: “las palabras no entienden lo que pasa”. Y él trató siempre, en toda su vida, de tratar de que las palabras entendieran lo que pasaba.

Aquí tiene un registro de los primeros —si no el primero— de un pico de flujo en un paciente asmático en una crisis y cómo va recuperándose progresivamente hasta llegar a los valores normales. Diariamente, por 32 días, y fíjense ustedes con esta caligrafía de escriba, de computadora, con qué prolijidad, como desafiando a la computadora. Es que Juan Carlos lograba estas cosas. Le decía a Daniel Díaz, otro de los compañeros que está ahora un poco con

Miguel a cargo del Grupo Médico Miguez: “tenés que escribir como los escribas. No dobles el papel, porque esa es la forma de escribir bien en línea”.

Luego aparecen los trabajos de los que ya habló el Dr. Gómez Haedo. Leer el aspecto epidemiológico del asma, que no puedo leer ahora, es el inicio de un poeta que está escribiendo un artículo médico. Es una maravilla.

¿Tenía Juan Carlos una pasta de héroe? No. Juan Carlos, como todos y todo el movimiento que ocasionó, provocaba un sufrimiento. Esta foto es el consultorio viejo y del nuevo en el CASMU. En el consultorio viejo están estas inscripciones de dos poemas, uno de su amigo Guillermo Boido, “Sólo lo verdadero canta”, y otro de Kaváfis, que le gustaba jugar con él y que era: “Al perder tu vida aquí la has perdido en todos los lugares”. Es decir, que si ahí no era capaz de sacarle el jugo, sacarle la sustancia, el carozo de lo que estaba pasando, de descubrir la realidad, no era capaz de descubrirla en ningún lado. Porque, como me decía, “la depresión existe tanto en Nueva York, en París, como acá”.

Entonces, en algún momento de lucha, en la Colonia, me mostró esta carta de su amigo Boido. Que la voy a leer entera, si puedo...

“Buenos Aires, 25 de marzo de 1978” (y estas cartas por supuesto que no llegaban por correo, sino en mano).

Macedo, tu carta me ha conmovido. Tiene la lucidez del dolor, el dolor de la lucidez. Pero hay términos que me resultan difíciles de aceptar. Aquella pregunta que se hacía Hölderlin: “¿Para qué poetas en tiempos aciagos?”. Contestaría que alguien tiene que mantener encendida la llama del hombre, esa pobre lámpara de arcilla en la noche tremenda. ¿Derrota, fracaso? Todavía no nos han quitado la palabra. Con habilidad, con cobardía, incluso, hay que seguir intentando el duro oficio de amar a las palabras, de enseñar a amar a las palabras, de señalar allí donde la palabra ha sido envilecida, de devolverles su original pureza ¿Quién sino el poeta? Duros tiempos para la poesía son estos; es decir: buenos tiempos. Es verdad que la historia —esta historia— niega a sus poetas. A la inversa el poeta crea antihistoria. Porque si el hombre —sigo una idea de Octavio Paz— fuera solamente historia, si fuera la irracionalidad y el salvajismo de la historia, el hombre sería el más formidable fracaso de la realidad. Sería la nada, el silencio, una sombra. Ahí está el poeta, creador de antihistoria: de ser, de voz, de luz ¿Derrota, fracaso? No puedo aceptarlo. Hemos apostado por el futuro Macedo. Tu carta dice eso. Dice también que no has renegado de la poesía. Lo dice dos veces entonces. Dice que no has renegado de la medicina, que hay dos mil razones para no renegar de ella. ¡Dos mil razones! ¿Hablás de fracaso vos, un poeta, un médico? ¿Vos doblemente médico por poeta? ¿No son la poesía y la medicina formas de la ética?

Si te sirve va esto: tu elección, tu apuesta por el futuro, es la más difícil; pero no estás solo, somos más de dos; somos muchos y alguna vez estaremos juntos. Allá o acá, alrededor de nuestra pobre lámpara de arcilla. Porque, Macedo: hay un futuro. Hemos apostado bien. Los amigos que mencionás,

los de acá —los conozco— todos hemos apostado bien. Yo no sabía que hay un lugar llamado Migues. Ahora lo conozco bien. Es el lugar más hermoso de la Tierra.

Guillermo Boido, profesor de Física, empleado de una editorial y poeta. O sea, científico y poeta, al igual que Juan Carlos. Con la misma profesión: desentrañar lo real, objetivar lo objetivable.

Así aparecen sus versos, *Durar I*, con una plaqueta que me lleva a la Colonia en esas tardes, y debo admitir que me costó mucho entender su poesía al principio. Luego publica sus dos libros *Durar II. Referencial e instrumentos* y *Durar III. Resistencias*. Qué increíble que cuando sacó *Durar II* teníamos mucho miedo de que no pudiera publicarlo y que pudiera ir preso. Por suerte su poesía era tan sutil que burló a los censores de turno y no le mandaron preguntar qué quería decir su poesía, como se lo pidieron a otra poeta compañera de él que tuvo que ir al COSENA a explicar qué quería decir. No pongo aquí “copernicana”, “lluvia” ni “cambio de frente”. Y esta es “la sellada”, como decía él. Le manda sus libros a Vicente Aleixandre y él le contesta con esta postal: “Querido poeta, vayan estas líneas para decirle que he recibido *Durar*”. Él minimizaba esto diciendo que Vicente Aleixandre les escribía a todos.

Aquí está el Grupo, también en su esfuerzo por mantener firme y mantener la palabra de la *Revista Médica del Uruguay*: Macedo, Homero, Barrett y Hugo. Y lo que él dice: “La Revista Médica nace como un acto de reafirmación de la presencia del gremio, de la legitimidad de su vigencia como acto de claridad y reunión desde nuestra especificidad como acto de civilización en tiempos de barbarie”.

Y libros que él publica y sigue publicando. Este lo publica con Hugo Dibarboure. *Medicina familiar*, libro que hoy se vende en fotocopias que ni siquiera dicen el título ni el autor. Un libro muy importante, que lo editan en 1998, y luego *Compendio*, con sus redactores y la carátula tan poco ortodoxa de Manolo Espínola, en 1978, con una redacción responsable, con Gonzalo Aiello, el Chato Paolillo y Luis Bibbó. Carlos Gómez Haedo y Macedo como redactores científicos. Pero *Compendio* tenía algo que era la solidaridad y la posibilidad de reunirnos para vencer el insilio. Aquí esta Bodega, Cirillo, Dibarboure ya llegado, el Beto Avellanal en una pose inconfundible. Pero no sólo *Compendio* ayudaba, sino que había otros asados; voy a hacer una traición y el encausado no sabe que la voy a mostrar, pero aquí ven llegando con un asado al Dr. Carámbula en otros lugares y aquí también cortando y Gonzalito Rodríguez como siempre expectante frente a las achuras.

Finalmente, el libro de Juan Carlos, que no pudo ver ni el Beto, ni Espínola, ni él. Y la foto del entrañable Beto Oreggioni, un tipo increíble que nos invitaba a Arca los lunes. Nosotros le decíamos “almuerzo con las estrellas”, porque allí desfilaban Mario Arregui, Mario Delgado Aparain, el Gordo [Guillermo] González, el Anago Puchet y muchos otros que ahora no recuerdo.

Y el 16 de noviembre de 2002 la neumonía. Pero fíjense ustedes qué increíble: o fue una intuición genial o fue una metáfora. Miren esta foto de Dimpino Macedo y Elena Orcasberro bailando en el Club Uruguay, en una foto de 1948. Y miren qué increíble, otro 16 de noviembre de 1966, Juan Carlos escribe atrás de esa foto: “Partir es necesario, profundizo las causas, examino las fuentes y ubico su presencia. Así camino”.

Y vuelvo otra vez a Migués, donde un poeta y un médico llena un cine, en un acto organizado por poetas y con el reencuentro de todos los viejos amigos. Entonces pienso, Juan Carlos, ¿te moriste como todos los muertos de la Tierra? Yo creo que no. Yo creo que esto lo demuestra. Lo que has hecho. Lo que has publicado, lo que nos has enseñado y permitime que te diga, parafraseando los versos de Juan Ramón Jiménez, Juan Carlos, moriste en el sueño, resucitaste en la vida. Gracias.

Dr. Barrett Díaz Pose:

¿Queda algo por decir...?

Cuando nos habíamos recibido de médicos, Juan Carlos, el hoy profesor de Psiquiatría, el Dr. Ginés, decidimos continuar los estudios en la Facultad de Humanidades, en Filosofía. Como uno de los nombrados llegué rápidamente a la conclusión de que por la vía curricular iba a ser muy difícil ahondar en materia tan profunda, comenzamos a estudiar en forma privada, durante mucho tiempo, una vez a la semana, y la personalidad —vasco al fin— de Juan Carlos impuso la bibliografía que se tocaba. Lo traigo a colación porque en estos días me ha tocado abrir o cerrar actividades de nuestro Centro Asistencial y tocando temas de actualidad llegué a la conclusión de que todos estaban respaldados en aquella bibliografía que había seleccionado hace treinta años Juan Carlos. Bachelard y su epistemología clínica, su sentencia de la clínica como un ejercicio de la pertinencia. Michel Foucault y su forma especial de oponerse a la medicalización de la medicina científica por excluyente de otras medicinas, abriéndole así el campo a la etapa actual de la bioética participativa y no excluyente. Laín Entralgo y su enfoque de los múltiples planos de la relación médico-paciente, que citaba el Prof. Gómez Haedo hace pocos días, lo gnoseológico, lo afectivo, lo ético. Althusser y esa búsqueda de la unión de la teoría con la práctica. No alcanza con la práctica de la teoría, con la teoría viva y siempre cambiante, si no se fusiona con la práctica. En palabras de Macedo: “Juntar las palabras con la vida”.

Me hubiera gustado para hoy, pero no pude por falta de tiempo, algo que asumo como compromiso y es examinar cómo esa lúcida visión de Juan Carlos nos permitió sondear en una vasta bibliografía, eligiendo aquella vigente aún hoy, seguramente liberado de todo afán de la moda, donde treinta días vuelven fútil cualquier cosa, y absorbido por esa capacidad de penetrar en lo profundo, donde ni treinta siglos logran destruir la solidez de los pensamientos. Queda el compromiso de realizar ese estudio que creo que sería, desde mi

punto de vista, el aporte que podría hacer y la quintaesencia de lo que fue la relación con Juan Carlos. A falta de eso y para continuar con el tono coloquial que hemos querido marcar, encontré una carta, una sola, pero bien seleccionada, porque se ubica del punto de vista del tiempo en un momento clave, en la bisagra que forman el final del año de 1977 y el comienzo de 1978. Yo me fui del país en setiembre de 1977 y durante algún tiempo no tenía una dirección donde poder recibir cartas. Dejé a Juan Carlos en Montevideo.

[...] Esta carta recorrería un largo camino, llegaría a mi verdadera residencia en la isla Santa Catalina, en el delta del Orinoco, y para mi sorpresa estaba fechada en Mígues, Canelones, Uruguay, remitida por Juan Carlos. Y, para complicarle el trabajo a Fernando Butazzoni y otros que sostienen que Juan Carlos escribía corto, tiene seis carillas con esa letra de escriba, prolija pero concisa. Voy a ser muy breve, porque nada más importante que leer lo que dijo Juan Carlos en ese momento tan importante. Uno se había ido fuera del país, otro se había introducido en una zona relativamente perdida dentro del país y pasaron seis meses antes de poderse comunicar. En esta carta, que tiene subtítulos, yo seleccioné cuatro que voy a compartir. Uno es “Exilio”, “Hogar”, “Medicina”, “Poesía”...

Mígues 3 de marzo de 1978.

Exilio

Barrett, la mejor cosa que ha pasado últimamente ha sido tu carta. Mirar una geografía rota, no siempre es soportable, sobre todo cuando el ojo a veces no es más que un instrumento del afecto. Mi último opus “Fair well” en realidad es interrogado ¿Fair well? Mañana, sólo extremo teórico. La inercia del giro imperturbable ¿Tal vez cierta presencia inocente? No hablo de esperanza, apenas que conservo mis costumbres ¿Qué tiempo recordable? Si la historia no es tiempo, es confluencia ¿Por qué gritar? Si el mundo entero, es Mígues, cualquier pueblo ¿Acaso otro argumento? Cuando el viento ha cerrado las ventanas, sería despedida, temprana o pobre causa. En todo caso, ya los que sobrevivan, tendrán más ocasiones de olvidarnos.

Hogar

En enero y febrero nos reunimos algunas veces con Ariel y Mirta. También con el Jaque [Isaac] Ivanier. Ariel anda bien, además vi a Jesualdo [Sosa], saludable y muy trabajador. El hecho social más importante fue nuestra mudanza a Mígues. La hicimos el lunes 27 de febrero, compramos casa: 24.000 nuevos pesos. Dieciséis mil al contado y ocho como pueda. Es chica, pero funciona. Living comedor con estufa a leña de 5,50 por 3,50, dos dormitorios. En uno, Marina y Carola. En el otro nosotros y Diego que aún sigue pasándose a la cama de noche. Una cocina amplia donde va heladera, cocina, juego de cármica y la mesita del escritorio. Un baño lindo y un pasaje en el que puse la biblioteca chica. En el living, la grande, el comedor y el sofá cama. Y además un terreno de 500m que aún está virgen. Las chiquilinas se han adaptado bien, todo el día en la plaza corriendo con muchas amigas y en

la escuela están bien. Carola va de 8:00 a 12:00 y Marina de 13:00 a 17:00. Me levanto a las 07:00 y a las 08:00 estoy en el consultorio. Sara no trabaja. Tres veces por mes voy al CASMU a hacer las guardias. No he ido por tu casa. El otro día estuve con Arturo —tu padre— en el CASMU. Blanca con los altibajos del proceso. A final de año Homero nos invitó a un asado, a Ariel y a mí con familiares. Anda bien. Quique, en Europa, en una beca. Me escribió.

Medicina

El año pasado nos constituimos en equipo de estudio Carlos (Gómez Haedo), José Pedro (Cirillo), Zurmendi, Beto - grupo Migues. Se avizora una revista médica *Compendio*, debe haber salido hoy 16 de marzo. Diferente a nuestra *Revista Médica del Uruguay*, pero no difiere el propósito, de ofrecer cierto campo gnoseológico orientado. En el CASMU, no hay novedades ni chismes, lo que es sintomático. En la práctica médica concreta me siento confortable. Sigo desarrollando el hobby del asma con hermosos registros de función ventilatoria de la crisis y crónicas, con el Air Flow meter que Glaxo repartió hace años. Sigo pensando —porque es malo no pensar— que pueden hacerse cosas útiles desde aquí. En abril reiniciamos los ateneos. Respecto a la teoría de la Medicina, prosigamos, tomemos como base los editoriales tuyos y míos de la primera época por la *Revista Médica del Uruguay* y la bibliografía consiguiente. En la próxima, intercambiamos al escrito. El no escribir nos ha tenido frenados.

Poesía

La poesía como poiesis es una actividad racionalizada del afecto, productora de conocimiento a través de la palabra. Una exploración de las posibilidades del lenguaje en un patrón genérico aún no fijado. La influencia ecológica resulta decisiva, en este momento son motores y han sido fuertes. Hay posibilidades claras, pero sólo eso, de que cierta interioridad pueda lograr cierto desarrollo proporcionado a las coordenadas semánticas que lo enmarcan. He pensado que hemos ganado la soledad y eso hemos ganado, sin discusión, no equivale a un estatuto de silencio. Es frecuente que tras grandes realizaciones de la cultura humana se encuentre un hombre solo que ha vivido la experiencia de la derrota. La soledad en estas circunstancias es el estímulo para el descubrimiento de la identidad. Este punto me parece crucial, la soledad como identidad. Un hombre aislado, cara al mar. Cuanta responsabilidad no compartible, no subsidiada, enfrentado solamente a las manos del mundo. Ahí sí, tómalo o déjalo.

Retrato

La historia no compartible, sus tareas. Las memorias sin subsidio de un hombre cara al mar solamente y solo con las manos del mundo.

Migues, 16 de marzo de 1978. Este es en realidad mi último opus sin horno. Abrazo. Juan Carlos.

Además de las coordenadas del tiempo, es importante también el factor del espacio. Uno debe ir desde Montevideo y no de manera directa hasta

Caracas. Luego a Tucupita, en el extremo oriental en el delta del Orinoco, y tres horas en lancha para llegar a Santa Catalina. Para llegar a Mígues, no se dispone del acceso directo, ni de la ruta 7, ni de la 8, porque quedó en la tierra de nadie, existente entre ambas.

Esas fueron, pues, las coordenadas de tiempo y espacio de esta carta de 1978 o de hoy. ¿Existen realmente el tiempo y el espacio? En el mundo físico, no de una manera absoluta e inmovible, sino relativa desde los descubrimientos de Einstein, y el mundo espiritual, como una vivencia frágil y vulnerable, porque las palabras se saltan de la primer separación, de la primer soledad a esta otra separación y soledad y siguen valiendo. Esta soledad como acicate para la búsqueda de la identidad. Búsqueda tenaz y cotidiana, porque no alcanza con esperar pasivamente la muerte para cumplir el ciclo de la especie. Esta separación y esta soledad que no es un estatuto de silencio, porque las palabras que se saltan de un tiempo y un espacio, de una separación y una soledad de hace treinta años a esta de hoy, tienen la gran virtud de estar siempre presentes y con ellas Juan Carlos, como un bálsamo cotidiano a través de sus palabras, que me permite repetir de día en día: hasta mañana, Juan Carlos.

Dr. Marcos Carámbula:

Muchas gracias a todos. Creemos que el homenaje que el SMU quería hacer a la figura de Juan Carlos realmente vale, y, bueno, hasta mañana.

In memoriam: **Dr. Juan Carlos Macedo (1943-2002)**

José Kierszenbaum¹⁷

Se fue un amigo que además era médico y poeta.

Lo conocimos en el Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay y lo acompañamos durante cuatro años. Fue presidente del SMU desde 1997 a 2001. Era el que ponía calma en las situaciones más conflictivas y siempre fue respetado por su ecuanimidad y su espíritu solidario.

Viajamos juntos en dos oportunidades como delegados del SMU a las Asambleas de la Asociación Médica Mundial en Tel Aviv y Edimburgo. Fue realmente un gusto compartir con Macedo estos eventos donde se discutían los aspectos éticos de la medicina. Visitamos la ciudad vieja de Jerusalén y el Museo del Holocausto con posterioridad a la Asamblea, quedando impactado nuestro amigo por el significado de estos lugares.

En esa ocasión, mis hijos Enrique y Leandro, que viven en Jerusalén, actuaron como guías.

Macedo nació en la ciudad de Rivera, en 1943. Luego de su graduación como médico, se instaló en Migueles en 1978 y se dedicó a la medicina general y familiar. Esta última disciplina constituyó su pasión, a la que dedicó sus mayores esfuerzos.

Fue autor de un tratado de medicina familiar y batalló incansablemente por el reconocimiento académico de esta actividad. También fue poeta y era reconocido como una de las mayores voces literarias del Uruguay contemporáneo. La UNESCO incluyó varios de sus poemas en una publicación bilingüe *Poesie Uruguayenne du XX^e Siècle*, volumen editado en Suiza en 1998.

Fundó la *Revista Médica del Uruguay* en 1974, junto a los doctores Homero Bagnulo, Barrett Díaz Pose y Hugo Dibarboure.

A pesar de su precaria salud en los últimos años, siempre batalló para mejorar la medicina de nuestro país y fue uno de los impulsores del Plan Solís I, que planteaba el Seguro Nacional de Salud.

Falleció el 16 de noviembre luego de un corto episodio agudo, con la congoja de sus familiares y amigos.

Su elevado espíritu humanista y de justicia social será un faro que ilumine el camino de las nuevas generaciones de uruguayos.

17 Publicada originalmente en *Archivos de Pediatría del Uruguay*, volumen 73, número 4, diciembre de 2002.

Recordatorio

(Revista Médica del Uruguay, 2003, 19: 92)

RECORDATORIO

Rev Med Uruguay 2003; 19: 92

Juan Carlos Macedo

Los poetas, como todos sabemos, se expresan de manera indirecta...

...Juan Carlos Macedo, que fundó esta Revista para mantener la luz en épocas de tinieblas, para promover la investigación en tiempos de oscurantismo, para salvaguardar la libertad ante el embate de la tiranía...

...que innovó en la profesión practicando la atención de la salud en una comunidad pequeña y rural, viviendo con toda modestia al margen del consumismo universalmente triunfante, haciendo escuela con altruismo sembrado en sus continuadores...

...que escribió poesía diferente, casi sin palabras, con palabras justas, con puntuación muy manifiesta, con gozosa manipulación del espacio de la página, con afán de investigar lo más ignoto: el espíritu de cada hombre, el destino de la especie...

...que presidió el Sindicato Médico con irrepetible síntesis de sencillez y grandeza, de afecto y magisterio, de reafirmación e innovación...

...nos defraudó a todos no siendo inmortal como reclamamos con infinito dolor, con rabiosa impotencia; pero, poeta siempre y hasta el fin, nos enseñó una cosa en la Revista Médica, en Mígues, en *Durar*, en el SMU, una sola, en síntesis, que ahora podemos expresar de manera directa: *nos enseñó a vivir...*

Dr. Barrett Diaz Pose

Separata en homenaje a Juan Carlos Macedo, publicada por *Noticias* (número 123, octubre de 2004)

El alba preservada

Ariel Rodríguez Quereilhac

Encuentros

Recostado a una de las paredes de los corredores de Fisiología, de donde era ayudante de investigación, con el cigarrillo en la mano —que nunca dejaba— me preguntó: “¿Y vos qué leés?”, y con la cabeza ligeramente ladeada, la mirada sesgada y algo torva, esperó mi respuesta, que ya suponía. “Novela, fundamentalmente”, le dije. Había acertado: “Ah, sí. Eso es lo que leen todos”. “Y entonces, vos, ¿qué?”. “Yo sobre todo poesía”, y agregó, como esperando mi reacción, “a veces también trato de hacerla”.

La última novela que había leído —y hacía ya tiempo— había sido *Guerra y paz*, de Tolstoi. Pensaba que era lo máximo a que podía llegar la novela. No tenía demasiado interés en comenzar otra. Aunque años después, ya instalado en Migues, recibió para un cumpleaños *Los Buddenbrook*, de Thomas Mann, y gozó con ella, que le pareció a la altura de *Guerra y paz*. La ciencia, la medicina y la poesía. De eso hablábamos. Pero eran los años sesenta, el ruido era mucho en las calles, entraba por todos los oídos y era imposible ignorarlo. Eran los años de Cuba recién estrenada, de proyectos de una sociedad diferente donde “justicia” no debía ser una palabra vacía. Y tomar partido por la dignidad y por el futuro, porque “la dignidad no es un asunto personal / Si el futuro no es solo lo que sigue / sino lo que cambiamos / es lo que transformamos...”, escribirá más tarde en su *Durar II*.

Años después, los días aciagos del setenta nos encontraron en el Hospital Saint-Bois. En tardes solitarias y a veces ominosas de 1974, fue desplegando sobre una mesa de hule gastado las hojas de su primer *Durar*, publicado luego como plaqueta. Creo, no me cabe duda, que lo defraudé.

Era una poesía diferente, con un lenguaje que entendí barroco y un sentido que creí inaccesible. Entre líneas de ese lenguaje intuí el dolor de esa poesía, el dolor de la derrota, aunque no de un derrotado: “Persistencia de estar: penúltima respuesta”, “porque ser y no ser / es la única evidencia”; “aunque

fueras el último y seguro / de las celebraciones del silencio / igual valdrá la pena / el alba preservada / acumulado el llano”.

Migues queda en Migues

El destino de un hombre no es su destino, / todo el país es patria para un hombre / y exilio para otro. Donde un hombre muere / valientemente / en unidad con su destino, ese suelo es suyo. / Que lo recuerde su aldea.

T. S. Eliot., *A los indios que murieron en África*

La Universidad intervenida, cerrada la carrera académica en la que con tanto afán iba a poner en práctica su concepción de la clínica, que tanto había discutido con Barrett, él, hombre del interior, Montevideo clausurado, clausurado quedaba también su proyecto de médico y medicina. Juan Carlos padece la derrota. Hombre del interior, decide que allí estará su radicación. Primero es Rivera, su pueblo, al que había dejado desde sus años de Facultad. Le escribe como disculpándose por los años de separación: “No debes esperarme yo soy el que regresa / Cierto es que imaginé una instancia diferente”. Pero no se queda allí. Migues será su destino.

¿Migues? ¿Dónde quedaba ese pueblo, del que casi ninguno de nosotros sabía de su existencia? Pueblo remolachero en el departamento de Canelones, cercano a Tala y Montes, pueblo que ya se iba deshabitando ante el cierre inminente de RAUSA. Pueblo en que el hombre, Migues, violento, le niega a los ingleses el paso por sus tierras del ferrocarril. La estación, perpleja, quedará a cinco kilómetros del pueblo, sola, confundiendo al visitante primerizo. A ese pueblo de soledad se iba Macedo. Guillermo Boido, físico, profesor de astronomía y poeta como él, le escribe desde Buenos Aires: “pero no estás solo. Somos más de dos; somos muchos”. Sí, no iba solo: iba con su familia, la poesía. Con la palabra. Con su teoría de lo que debe ser una medicina rural y comunitaria, y lo estampa, como declaración de principios y acción futura, en una de las paredes del consultorio: “La práctica médica general en el punto crítico del primer contacto / como área de investigación”.

Convencido de que allí, donde había elegido, es donde debía construir su vida, descubrir, inventar la realidad. Como su amigo Manolo Espínola, que nos descubre un paisaje hasta entonces desconocido; como la poesía, que “como ‘poiesis’ actividad racionalizada del afecto es productora de conocimientos a través de la palabra”. Puede un hombre realizarse, crear, en Migues como en París o Nueva York. No es el microscopio sino el ojo el que ve, se ha dicho, y la vida puede ganarse o perderse en París, Nueva York. O también en Migues:

“al perder tu vida aquí / la has perdido en todos los lugares”, nos advierte Kaváfis desde otra de las paredes del consultorio.

Es el comienzo de la vida en Migués. Lleva rigurosamente el registro de los pacientes, de las patologías más frecuentes, gestiona la farmacia. Se conforma un equipo médico del cual él es la referencia y los datos se van convirtiendo en trabajos: sobre la prevalencia e incidencia de la insuficiencia cardíaca, sobre las anemias en población añosa. El primer trabajo del grupo fue sobre aspectos epidemiológicos del asma. Logra el primer registro del pico de flujo en una crisis asmática y su lenta recuperación: “En la práctica médica concreta me siento confortable. Sigo desarrollando el *hobbie* del asma con hermosos registros de función ventilatoria de la crisis y crónicas, con el Air Flow meter que Glaxo repartió hace años”.¹⁸

La dictadura le había robado los cargos, la Facultad cerrado sus puertas, pero no habían podido robarle la palabra, el oficio de la palabra, como él repetía recordando a Juarroz: “más allá de la pequeña miseria / y la pequeña ternura de designar esto o aquello, / es un acto de amor: crear presencia”. Y de crear presencia se trataba.

Comienza a traducir para el grupo capítulos de un libro de medicina familiar y, día a día, continúa escribiendo lo que al final fueron tres cuadernos que llamó *Ajedrez clínico*. Allí registraba con su letra de escriba lo que aprendía de la práctica diaria, de los pacientes, de los libros. También sus reflexiones sobre la clínica y la medicina.

Con el grupo comienza los ateneos. Invita a los otros médicos del pueblo, que solo responden con el asombro. Compañeros montevideanos del insilio asisten regularmente: Gómez Haedo, Beto Avellanal, Cirillo, Acosta y Lara, Gilardoní, Paulette, a veces, Quique Bodega. Luego aparecen otros nombres: Manuel Espínola Gómez, Beto Oreggioni, Wilfredo Penco. Y los ateneos de los sábados, médicos de mañana, se hacían culturales, parrilleros y tintos después del mediodía.

El Padre Miguel Ángel [Malesani] no concurría a los ateneos. Por las tardes y las noches, tenían él y Juan Carlos ateneos personales. En la parroquia o en el consultorio, se hablaron sobre la vida, los enfermos, el sufrimiento y el aislamiento que la enfermedad determina; el dolor de la angustia, de la muerte; seguro de la ausencia o la presencia de Dios. Hay evidencias que de esto se hablaron. Juan Carlos, no me cabe duda, habrá insistido sobre la poesía como lugar de encuentro —ante todo—, y en cómo para el médico, que supuestamente trata a diario con ella, la muerte suele ser una ausencia. Porque la muerte, dirá, no es curricular, no tiene biografía en nuestro mundo cotidiano: “la medicina no puede con la muerte, porque es el dolor el que funda la medicina, no la muerte”, dice en editorial de *Compendio*.

Tiempos oscuros y de prepotencia: si los pretores querían el silencio y la muerte en vida, había que crear presencia. Con Hugo Díbarboure, Barrett

18 Extractos de carta a Barrett Díaz en Santa Catalina, Venezuela.

Díaz y Homero Bagnulo, fundan la *Revista Médica del Uruguay*, publicación del Sindicato Médico, “como un acto de reafirmación de la presencia del gremio, de la legitimidad de su vigencia como acto de claridad y de reunión desde nuestra especificidad, como acto de civilización en tiempos de barbarie”, escribe en el primer número de agosto de 1974. La barbarie cerró pronto la revista. La palabra no cesa y en marzo de 1978, con un grupo de entonces jóvenes estudiantes, Gonzalo Aiello, Elbio Paolillo, Luis Bibbó, sale el primer número de *Compendio*. En sus palabras a Barrett, “Se avizora una revista médica ‘Compendio’ [...] [que] debe haber salido hoy. Diferente a nuestra RM del U, no difiere el propósito, de ofrecer cierto campo gnoseológico orientado”.¹⁹

Escribe sus poemas, su *Durar II* y *Durar III*, los editoriales para *Compendio* y ya cerca, en 1998, con H. Dibarboure edita el libro *Introducción a la medicina familiar y comunitaria*.

Antes de 1997 ya había ejercido una presidencia: la de la Liga de Fútbol del Noreste de Canelones. Quedaba una todavía. Con su enfermedad ya avanzada, aceptó el reto: “No piensen que vengo a destruir nada aquí; el objetivo debe ser construir”, y fue el 67.º presidente del SMU. Pero eso lo evocan en este número J. Lorenzo y H. Rodríguez.

Y el libro conjunto —¿será el último?— con Manolo Espínola, cuyos avatares tan deliciosamente cuenta Ana Inés.

Hoy, pues, la pregunta “¿Qué es Migue?”, “¿Dónde queda Migue?”, tiene una sola respuesta: “Migue queda en Migue”.

Resurrección en la vida

Juan Carlos: si —Borges dice— la obra más importante de un hombre es la imagen que deja de sí mismo en la memoria de los otros, por tu sabiduría silenciosa y humilde que supiste repartir, por lo que has construido, porque has dicho cosas como que “la libertad es una práctica de acuerdo con la vida” o que “no hay luz sin consecuencias”, que debemos preparar el llano para preservar el alba (que tal vez un día pintará Manolo), por todo eso es que te decimos, parafraseando al Juan Ramón que me enseñaste a gustar: Juan Carlos, moriste en los sueños, resucitaste en la vida.

19 Extractos de carta a Barrett Díaz, en Santa Catalina, Venezuela.

De tarde, en Migue

Jorge Lorenzo Otero

*Hacer es estar solos / con el sueño
de todos cuando duermen, / a veces,
aún más solos: / Construir es la única
decencia, eso es saber. / La novedad
que insiste / hasta el estado de
naturaleza.*

Juan Carlos Macedo, Pueblos.
Resistencia, *Durar III* (1986)

Conozco a Juan Carlos desde hace muchos años. Meses más o menos tenemos la misma edad.

Por respeto y pudor a nuestra mínima historia, digo que la íntima amistad nos fue ajena. Digo también que a lo largo de cuarenta años compartí con él más asuntos que los que mi memoria puede.

A principios de los sesenta pertenecíamos a las Juventudes Socialistas. Supe de él antes de conocerlo. Macedo en Facultad de Medicina, yo por ingresar. Alguien lo mentó, como enlace o referente.

Un flaco alto, algo desmañado, de cara entre pálida y azulencia, pausado en el gesto y la palabra. Lo recuerdo interesado de una manera lejana en los apremiantes asuntos políticos que, para mí, decidían el futuro de la humanidad.

En esos años prometía respeto.

Sospeché su superior intelecto, me asustó su posible desapego. Después comprendí que era un hombre cabal. Cabal en su entusiasmo comedido, en su visión científica del aprendizaje de la medicina, en su práctica clínica y social; duradera confirmación del otro como prójimo.

Tenaz en los sesenta, cuando la sensatez se esfumaba y entretejía sus hilos con la esperanza y la alucinación.

Recatado, escucha sagaz por naturaleza y decisión, supo tempranamente que “el aguante” era el modo simple de discriminar entre lo necesario y lo importante.

Macedo primero, yo después, y tantos más, nos “hicimos” comunistas; tal vez para siempre.

Pasaron los años y los avatares de la vida sindical me llevaron a Migue.

Esta es la crónica de un corto viaje, seguramente engañosa o incierta en sus detalles.

En 1995 los médicos me eligieron para presidir el SMU.

Al término del período estatutario, diversas circunstancias hicieron imposible mi permanencia en el cargo.

Por convicción y compromiso, nos obligamos a seguir una larga tradición de honestidad, buen juicio y autoridad. La Agrupación Fosalba soportaba el compromiso de gobernar un sindicato profesional cuyo objetivo es la defensa de los intereses médicos, depositario de una larga tradición de compromiso social y responsable de la orientación de un complejo cúmulo de instituciones.

El gremio había sufrido con claroscuros durante los noventa dolorosas escisiones: la creación de la Sociedad Anestésico-Quirúrgica, el plebiscito y asamblea de regulación de ingreso a Facultad de Medicina, el proyecto, malogrado, de creación de una AFAP con fuerte participación del SMU. La violación a las reglas de la ética médica retornaba ominosa y corrupta a modo de estafa a organismos públicos y privados.

El SMU merecía un presidente que ajeno a los rencores individuales y sectoriales pudiera cumplir con sus objetivos históricos.

La fragmentación del gremio impedía identificar una personalidad independiente de los problemas domésticos, dueña de la dimensión personal e intelectual capaz de asegurar una gestión eficaz. “Alguien como el Beto Avellanal”: esa era nuestra consigna.

El tiempo corría sin soluciones.

Durante un acto en Facultad de Medicina, desde lejos, vi a Juan Carlos. Un compañero, pocos días antes, había recordado su práctica médica, su “exilio” canario, su supuesto desperdicio para la vida académica y sindical.

Macedo, desde su particular identidad, escapaba, “por protocolo”, a los problemas político-sindicales que paralizaban al gremio en esa época.

Capaz de no alzar la voz y de jugarse la vida, dirigente de las ligas de fútbol del interior del país, médico de familia, personaje, parecía evidente que desde su completa pertenencia y su relativa ajenidad era el tipo indicado para presidir el SMU.

Mi dedicada voluntad para concretar esa idea —jugando en mi mente a modo de escorzo en negativo— representó íntegra la figura de Macedo entrepensada durante años.

La historia, siempre incompleta, se agota en detalles menores.

El viaje a Migués en una tarde temprana, la comprobación de que mi teléfono celular no comunicaba con nadie, el recibimiento colectivo de Juan Carlos: Elbio Paolillo, antiguo amigo de Juan Carlos, una joven residente aplicada entonces a la redacción de historias clínicas que años después resultó ser Jacqueline Ponzo, un ambiente amplio, cordial y desordenado.

Mi reserva para ofrecer frente a “tanta gente” la presidencia del SMU; la respuesta de Juan Carlos: “estamos en familia”.

No recuerdo la conversación y menos sus detalles, pero el hombre dijo que sí. Le preocupaba la postergación de una gira poético-musical con la que

hacía tiempo estaba comprometido, quizás otros asuntos, menores desde mi entendimiento.

Entretanto, yo pensaba en el teléfono celular, silencioso y mudo en Migue, en la gira próxima y ominosa, en la inminencia de las elecciones sindicales, en la poco novedosa pachorra del personaje, y temblaba de miedo.

No puso reparos ni porqués; no parecía preocupado por los motivos, las obligaciones o sus consecuencias.

Preguntó como al pasar: “¿Cómo anda Huguito Rodríguez?”.

“Huguito está bien”, respondí.

Hugo Rodríguez fue su vicepresidente durante cuatro años.

Aceptó Juan Carlos. Volví a Montevideo aliviado y feliz, sabiendo que estábamos en buenas manos. Una tarde que duró tan sólo noventa kilómetros, pero que me enorgullecerá por siempre.

Su presencia significó un cambio cualitativo para el SMU. Estas razones, entre otras, hacen que hoy sea nuestro querido y duradero referente.

Migues queda en Migues

*Miguel D'Agosto, Daniel Díaz,
Mario Estefan, Clara Niz
y Jacqueline Ponzó*

Construir desde la pequeñez exige grandeza. Juan Carlos, un hombre que en cualquier pronóstico estaba destinado a transitar por sedes académicas, a usufructuar tribunas de elite, estaba en el noreste de Canelones. Extraer de la tierra su fruto es tarea bien conocida por los agricultores de la zona. Extraer conocimiento de un sitio tan cercano de la tierra y tan alejado de la academia era por lo menos un desafío.

No es sencillo siquiera hoy dimensionar tal grandeza de espíritu y de valor.

En tiempos en que hablar del primer nivel de atención es lugar común, o moda, o fórmula económica viable, o recomendación de organismos internacionales, hablar del legado de Juan Carlos Macedo para la medicina es hurgar en las raíces humanas, filosóficas y científicas de una práctica médica que se funde y surge a la vez del estrecho contacto con la gente, a través de un trabajo sistemático y dedicado.

El Uruguay sigue teniendo materias pendientes en estos asuntos de la medicina y su organización, del trabajo médico, de la praxis.

Hay vertientes, opiniones, experiencias, proyectos. Pero hay aún vacío de definiciones.

Es oportuno, entonces rescatar su legado; compartirlo.

La práctica médica general, en el punto crítico del primer contacto, como área de investigación. (Grupo Migues)

Sólo lo verdadero canta. (Boido)

Al perder tu vida acá la has perdido en todas partes. (Kaváfis)

Eran los textos inscriptos en las paredes del consultorio del Grupo Migues.

Para cualquiera de nosotros, comprender el diálogo de Juan Carlos fue inicialmente difícil. Se necesitaba un bagaje de conocimiento y una visión anticipadora para poder involucrarse en su discurso, o comprender su monólogo abierto —que tal vez eso era—, invitando siempre a la participación comprometida y sobre todo reflexiva.

El Grupo fue concebido en primer lugar como forma de trabajo médico. Lejos del eslogan del trabajo en equipo, la meticulosa gestión del trabajo organizado sobre la base del Grupo como referente fue una de las insignias. Grupo ante todo humano, con las dificultades y carencias que eso tiene: con las diferencias de carácter, de aptitudes, de necesidades, de procesos

individuales, para lograr desde esa diversidad la solidez de un referente colectivo para la comunidad.

“El médico no puede trabajar solo, porque solo cada vez más va dejando de pensar en la medicina para pensar en el auto, en la casa en la playa, en las vacaciones en Europa”. En el Grupo existe la exigencia y el compromiso mutuo, existe la mirada atenta permanente del otro, existe la motivación para mantenerse pensando en medicina. Y junto a esto, la tolerancia, siempre la tolerancia, que no es lo mismo que falta de exigencia.

Médico estable para población estable.

Esa era la idea. Una vez establecido el vínculo con la población, uno es responsable por ella. Y la gente no tiene hora de enfermar, ni de morir, ni de sufrir. La puerta abierta las 24 horas, con el médico allí, fue una forma de fidelidad a la población a la vez que práctica moldeadora del espíritu del médico.

Porque es a la noche, cuando los enfermos cesan de llegar y gana el silencio, que se puede pensar, y leer, y escribir.

Juan Carlos se instaló en Mígues a fines de los años setenta y radicó allí su medicina hasta el fin. Un cuarto de siglo en el cual las interrupciones de su dedicación al trabajo del Grupo Médico fueron las brevísimas y puntuales planteadas por el contacto con el fútbol de OFI o con la Facultad de Medicina, como docente unas veces, como claustrista otras. “Porque uno puede dejar de lado muchas cosas en la vida, pero algunas nunca. La Facultad es una de ellas”.

En los últimos años no fue sencillo para el Grupo adaptarse a su distancia, cuando el colectivo médico lo requirió como presidente del SMU. Juan Carlos no hablaba demasiado, “de lo obvio no se habla”, decía. Y como en la escritura, el uso del lenguaje oral era preciso, austero, contundente, pero no por eso carente de ternura, sino todo lo contrario.

Recuerda uno de nosotros aún, el día en que, a consecuencia de un olvido con relación a una actividad docente, recibió un telegrama colacionado enviado por Juan Carlos: “La irresponsabilidad no es favorable”.

El respeto humano que trasuntaba su vida entera impregnaba sus palabras de una autoridad verdaderamente excepcional, que en todas las situaciones no era más que una invitación permanente al desafío de la vida.

“La eterna novedad es la vida que no acaba” (Buena jornada, *Durar III*). Desde tal grandeza, el consultorio no podía ser otra cosa que un espacio abierto y colectivo. Un espacio de la gente y de un colectivo médico.

La puerta abierta las 24 horas fue la forma de entregar en manos de la gente la decisión del horario de funcionamiento. Colgar de las paredes las gráficas surgidas del análisis de esa población fue otra forma de pertenencia mutua. La gente se sentía protagonista de esa ciencia y se sentía querida con ello, querida y valorada, igual que en el trato afectuoso y comprensivo que recibía en el consultorio. Igual aunque distinto. La consulta era como la intimidad de una relación amorosa entre Juan Carlos y la gente, y la dimensión

social del vínculo estaba en el espacio colectivo que ofrecía la investigación epidemiológica.

Uno a uno, todos nosotros fuimos invitados sin recelo a ser partícipes de esa entrañable relación (de esas entrañables relaciones) cuando llegamos a Migués. Generosidad sin par de Juan Carlos, que fue piedra angular del “durar” del Grupo. El Grupo como materialización de una forma diferente y legítima de praxis.

Hoy tal vez no es motivo de asombro que alguien pretenda hacer medicina de calidad en el primer nivel de atención. Ni siquiera será novedoso plantear la importancia de realizar investigación en ese punto. Pero lo que hoy como hace 25 años sigue siendo una rareza, en Migués, Cuernavaca o Naplusa, máxime en el ámbito médico, es esa concepción de trabajo colectivo.

“Acá no quiero mercenarios de la medicina”. Lo que Juan Carlos quería eran médicos haciendo medicina, pensando medicina, creando medicina.

Cuando el devenir va jerarquizando los aspectos no médicos de la salud, la necesidad de redimensionar los servicios de salud tornándolos más comunitarios, más preventivos, menos hegemónicos, hablar de medicina a secas puede parecer a algunos casi una herejía. Pero es que la medicina tiene su lugar, que no es necesariamente biológico o hegemónico (aunque sí muy médico), y baste para fundamentarlo el legado de Juan Carlos. Por ejemplo, el diagnóstico.

Juan Carlos vivía y transmitía pasión por el diagnóstico. Pasión por la aventura de encontrarlo, por la experiencia de buscar en la anamnesis, en el examen, en los libros, en las historias del pueblo, o en las revistas científicas, datos orientadores para alumbrar una respuesta a cada una de las situaciones complejas que llegaban, a veces en forma puntual, a veces extendidas en el tiempo.

Luego de ver a D y revisar su historia, creo que la interpretación que mejor se aviene, es la de insuficiencia cardíaca clase I bajo tratamiento actual. Es alcoholista e hipertenso, pero sobre todo, ECG del 18.V.98 muestra patrón de infarto ánterolateral Q en DI aVL, V1, V3 o por lo menos R que no crece hasta V4-V5; aparte la fibrilación auricular. Es decir, el hecho central parece ser la cardiopatía isquémica. La hepatopatía supuesta no tiene evidencias que la sustenten. Las oscilaciones clínicas de su tamaño deben verse como cambios de hígado congestivo “cardíaco”. La eco muestra hígado normal y bazo normal por lo que el informe de gastropatía por hipertensión portal no corresponde. La confusión viene por el alcoholismo y la atribución al mismo de todos los males. Un psicoanálisis de café diría que es la necesidad de señalarle culpas a D por transgredir la norma. (16/10/99)

Esa pasión también estaba en la permanente actividad de sistematización: los cuadernos meticulosamente manuscritos con los criterios diagnósticos de patologías frecuentes y poco frecuentes, pacientemente rastreados de libros y libros.

Lo máximo que cada uno de nosotros sabía del diagnóstico de la insuficiencia cardíaca era la agrupación sindrómica, los circuitos mayor y menor, etc., etc. Pero allí están, en el cuaderno marrón, los criterios diagnósticos del Estudio Framingham, seleccionados para establecer el diagnóstico en Migues.

Igual pasó con el asma.

Aún hoy, los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, cuando llegan, buscan el asma con el estetoscopio. También fue en Migues que todos nosotros aprendimos del valor diagnóstico de la medición del flujo espiratorio, su práctica posible en el primer nivel de atención.

Juan Carlos tenía esa cosa de escuela francesa, de disfrutar la nosología —con nombre y apellido incluso—, recordando síndromes y enfermedades raras. Tenía también, y desde mucho antes que Sackett se hiciera famoso por su medicina basada en la evidencia, esa otra cosa de escuela anglosajona, de rigurosidad metodológica, de búsqueda de evidencia, de duda permanente, de duda que alimenta.

Pero, por encima de una y otra, tenía un humanismo sin igual, gestado en cielos de Arroyo Blanco, en salas de tuberculosos del Saint Bois, en noches de vigilia y de lectura, en canchas de fútbol, en horas de poesía y cigarrillo, en Migues...

Y desde ese humanismo, su pasión por la gnoseología, por el conocimiento, por el saber sin fronteras, sin esquemas.

Un intento no concluido fue el de integrar un grupo de filosofía en la Facultad de Medicina, un grupo que se adentrara en *la filosofía de la medicina*. Quedó pendiente.

“Las historias son nuestro capital”, decía mirando con orgullo el conjunto creciente de sobres manila en el archivo.

Es cierto. En Migues se aprende no sólo leyendo libros sino también leyendo historias clínicas. Y allí hay sustrato y herramienta no solamente para la práctica clínica, sino para la investigación en cualquiera de las áreas planteadas en el programa del Grupo Médico Migues: clínica, epidemiológica, de la actividad.

Si un desconocido quisiera descubrir quién era Juan Carlos Macedo, tendría dos caminos posibles: leer su poesía o leer sus historias clínicas.

En sus historias clínicas confluyen la pasión por el diagnóstico, el trabajo metodológicamente planteado, la reflexión, el respeto por el enfermo, el compromiso con la medicina y con el grupo, ensalzados en exquisita redacción y caligrafía única.

Por eso, si hubo que aprender de asma o de traumatología a su lado, cuánto más de semiología. De su forma de obtener el dato, de mirarlo hacer eso que luego leímos de sus manuscritos:

- escuchar, y en segundo lugar interrogar sobre: ...
- escuchar + observar

- escuchar + observar + cotejar
- escuchar: observar, cotejar, reagrupar la información

Todo eso hecho desde una actitud expectante, científica y humanamente expectante, sin invadir al enfermo, sino favoreciendo un espacio donde éste, cómodo, fuera poco a poco desnudando síntomas, signos, sentimientos, o los verdaderos móviles que lo traían a la consulta. Ayudaba a eso con breves y acertadas preguntas que hacían personalizada la semiología. Entonces, mientras uno venía y preguntaba, anónimo e impersonal: “¿Cuántas cuadras camina sin detenerse?”, Juan Carlos preguntaba: “Ruben, ¿puede cargar el balde lleno de agua desde el pozo a la cocina como siempre?”. Otras veces, mientras uno se enredaba en un ATILIEF de angor, Juan Carlos resumía la consulta en: “¿Cómo van las cosas con Fulanito?”, y habiendo dado en el blanco con el verdadero interés de la enferma, nos robaba el diálogo torpemente iniciado, atrapado uno en la somatización ofrecida y el biologicismo matizado.

“Tantas historias como situaciones”, escribió en el costadito de una hoja de apuntes reflexivos que eran pura teoría de la historia clínica.

Mandato ético y científico, conocer a la persona que llegaba en cada enfermo era concebido por Juan Carlos como componente fundamental del proceso diagnóstico. “El internista es el que más sabe de la enfermedad, y nosotros los que más sabemos de los enfermos”.

Resulta apenas escaso y torpe lo que uno puede decir de lo que fue Juan Carlos, de lo que hizo, de lo que nos dejó.

Pero si se piensa además en lo que pudo ser, entonces la capacidad de dimensionar no alcanza.

Porque el Grupo Migueles fue, además de todo lo dicho, resistencia.

Otra habría sido la historia sin dictadura militar. Tal vez otro el lugar de Juan Carlos en el mundo, en la medicina, en la Facultad. Tal vez otro Juan Carlos.

Pero las circunstancias hicieron esto, y tal vez fortuitamente llevaron a Juan Carlos al único sitio donde podía producir el conocimiento para el cual su humanidad estaba determinada: tan cerca de la tierra.

Qué paradoja pues
soñando con París un año entero
fracasado tu amor
no la existencia
vengo a saber ahora
que en realidad soñaba con la vida
y París era el proyecto no cumplido
aquí
en mi propia tierra (Cambio de frente, *Durar III*)

“París no existe”, dijo, “Migueles es París”.

Y Migueles queda en Migueles.

Durar en la poesía

Tatiana Oroño

Afecto fue la respuesta de Juan Carlos Macedo a su “diagnóstico de derrota”, como él decía, en jerga médica. (“Sin oportunidades, / nos han dejado apenas; / abrazo en vuelo; / la acumulada en otros construcción / de qué victorias?”). El afecto fue cura, medida de la salud, *pharmakos* salvador. (“Y no hay voz duradera sin afecto”; “Y (vano) es el esfuerzo, basta / que el amor no muera”; “un adentrarse cierto al conocer / en el momento que golpea el afecto / e ilumina”). Medida que excedió siempre la medida porque el afecto trasciende al sujeto, lo excede. Así como la poesía excede su estatuto letrado cuando se hibrida con el discurso científico, con el coloquio, hasta con el cuerpo de un telegrama: “la poesía ordena. / Las palabras en el límite del desorden / desorden del afecto / [...] no termina el abrazo que uno a uno / hoy me comprueba. / La vida son ustedes y termino lo perdido / y nada empieza / hemos estado juntos para siempre.”²⁰ Porque la poesía está hecha para “seguir viviendo”, escribe. (“Habiéndome ocurrido una afición temprana por el aire / por los pulmones llenos [...] decidí que la poesía debe seguir viviendo / al paso del que pasa, / en el mismo camino”).

Decía que le costaba trabajo escribir. Que le llevaba tiempo. El tiempo fue tema y eje de coordenadas (*Durar* es título común de toda su obra). Y el lugar, también (la *Poesía vertical*, de Roberto Juarroz, es referencia cardinal en su producción). La problemática de tiempo y lugar en su caso no puede considerarse al margen de la historia, ni fuera del territorio material y simbólico de la dictadura uruguaya, sino en el contexto de desplazamientos determinados por ese período de inseguridades. (“Y nace repentino / He ahí que puede confundirse la morada / con un golpe de suerte / [...] / se hace lugar vecino cualquier parte”).²¹ El camino del exilio interior, el inxilio o insilio, fue el suyo. Su obra no puede ser considerada aparte de esa peripecia oximorónica: la de ser un desterrado de adentro, implosionado hacia el “afuera” del interior del país. En marcha atrás al futuro de la Doctrina de la Seguridad Nacional, a punto de partida del asalto sesentista a los cielos. (“Nadie puede probarse pequeño o extranjero / desde que el trazo absorbe o recupera / el espesor sin fechas del paisaje / Tampoco sobra entonces la sorpresa / Son hombres en silencio / en sus lugares”).

20 Texto de un telegrama enviado por J. C. Macedo a la Asociación de Escritores del Uruguay con motivo de la recepción de tres escritores que habían sido liberados (1984) (*La Hora*, Montevideo, 7/7/86, p. 2).

21 “Poema 8”, *Ocho poesías de Juan Carlos Macedo sobre ocho cuadros de Manuel Espínola Gómez*, Cal y Canto, Montevideo, 2003.

El lugar que su vida y su escritura elevaron a categoría de Aleph fue Migues, espacio multitemporal, enmarcado en el presente perpetuo de los pueblos olvidados. A él se refiere en “Bases de acuerdo: fragmentos”:

En Migues, Arroyo Blanco, u otros pueblos, hoy, hay quienes desconocen que unos y otros existieron. Entre los tres ninguno se recuerda. Dicen que hoy, comprende a todos en la misma fecha; que es la misma historia. No es cierto. No es el tiempo, sino la duración en la poesía, el sitio de reunión posible.

Se trata de duración en el afecto ceñido, y crecido, por el decir. En la conversación, puntualizaba que durar ya era vencer.²²

La poesía de Juan Carlos Macedo articula una lengua fronteriza. Su realización verbal fuerza normas gramaticales, límites disciplinares, códigos nosológicos. La versificación, sentenciosa, disocia concordancias (género, número, tiempo verbal) para instaurar un decir de sabiduría que establece zonas disonantes, de fricción, con la lógica sintáctica y, muy probablemente, con otros niveles pedagógicos estratificados en el discurso aforístico, que aquí suena distinto. De sus máximas no se extrae una regla así nomás: “Ninguna claridad rinde el presente”, “La dignidad no es un asunto personal”. Aunque era riverense, nacido y crecido en la frontera con Río Grande do Sul, no me refiero a interferencias del portugués en la norma de su español, sino a algo mucho más amplio, a una asunción de la complejidad representacional, y de la vida misma, que trae aparejada una locación cultural de aluviones, trasiegos (“Como la tierra la verdad no nace, / es sólo un crecimiento que transforma / así el dolor en casa: / América Latina”). La noción de frontera comporta la virtual movilidad de los límites y/o su transgresión. Si se entiende por “límite” la divisoria establecida jurídicamente entre dos soberanías o circunscripciones, la “frontera” sería la dinámica zona de interacción entre ellas. La “frontera, antiguamente sinónimo de frontera —recuerda Abril Trigo—,²³ indicaba también la acción de hacer frente, de construir, abrir”, y por lo tanto sugiere “más espacio que línea, más territorio que mojón”.

En “Márgenes”, texto del primer *Durar* (1974), hay una reflexión abarcadora: “En ajuste de cuentas / el tiempo no es variable adecuada / pero el ascenso / la frontera quebrada-incorporada / Toda acción las incluye”. A. Trigo señala que el intelectual latinoamericano ha estado “desde siempre condenado a los márgenes de la episteme occidental”. Se desprende que ha sido siempre un fronterizo a los núcleos duros de pensamiento dominante, “pero del lado de adentro”. Desde la perspectiva periférica la inversión es, como en

22 “La eterna novedad es la vida que no acaba”. Oroño, Tatiana y Elder Silva. *La Hora*, 7/7/86, pp. 2-3: “Porque los otros ganaron y vos perdiste. [...] Y partimos de la base de que si nosotros duramos, ganamos siempre”.

23 “Fronteras de la epistemología: epistemologías de la frontera”. *Revista Papeles de Montevideo*, 1, Trilce, Montevideo, 1997: 71-89.

el mapa invertido de Torres García, la imagen vista al derecho: “un instrumento de medida inútil / el centro”, escribe en “Alba adquirida” el poeta.

Es posible medir esta afirmación de un Macedo fronterizo, en lucha de recuperación y conquista simbólicas, confrontándola con un tramo, significativo, de su obra. No es casual que su proyecto editorial, incumplido a la hora de la muerte,²⁴ haya sido el diálogo poético con las pinturas “polifocalistas” de Manuel Espínola Gómez. Un diálogo no sólo, como es obvio, interdisciplinario, sino tensado por una vocación de ir más allá del cruce entre dos lenguajes artísticos hacia la articulación de una *koiné* transdisciplinaria. Una lengua franca “hablada” tanto por la recepción poética de la obra pictórica como por la puesta en página (pentagonal) de cada texto, su diagramación e incluso su lectura. Una “lengua”, en el caso de ese libro (de formato octogonal), en colaboración, articulada para registrar tanto el derroche como la máxima economía semiológicos. Una lengua que redefine su adentro/afuera, códigos de pertenencia y su comunidad de hablantes. Me detengo un poco en este ejemplo porque este objeto editorial, atípico, propone un tipo de lectura multívoca. Sus elementos entrecruzados interpelan un universo específico y genérico a la vez: el de “los plurales”, para decirlo con una expresión del propio poeta.²⁵ Es decir, un universo donde el espesor semántico de las pluralidades intra- y extraartísticas se conjugan e intensifican. Tal libro es el contrapunto de dos lenguajes dominados con maestría. Pero también representa una utopía de recuperación o amasado de identidad trascendida a experiencia de diálogo, por parte de dos uruguayos que transitan la segunda mitad del XX provenientes de generaciones sucesivas. El contacto fue en 1975, el obsesivo Año de la Orientalidad, saturado de marchas militares. Las “Sonoras siestas lejaneras” de uno repican en el “De Arroyo Blanco en siesta”, del otro. Ambas infancias pueblerinas, junto con vivencias del campo y de la cultura campesina, se muestran configuradoras de estructuras de sentimiento. Y tal vez, de lenguaje.

Montevideanos marginales a su manera los dos, tuvieron en común patrones lingüísticos no estándar, usos de la lengua que, supongo, debieron inducir a proyecciones, identificaciones, al recíproco reconocimiento. La escritura de ambos (porque el pintor también practicaba la escritura, incluso la artística) registra particularidades que quien los escuchó hablar vincula a sus realizaciones orales. Creo no errar si afirmo que coincidieron en la importancia dada a la emisión de la voz, al discurrir conversacional, al logos reflexivo y también

24 El proceso de edición culminó gracias al concurso del Dr. Antonio Turnes en oportunidad del homenaje organizado por la Comisión de la Casa de los Escritores del Uruguay en formación (Elbio Chitaro, Tatiana Oroño), con adhesión del SMU, el CASMU y, sobre todo, la comunidad de Migueles (31/05/03).

25 “¿De cómo en este punto sus plurales?”, “Acuerdo”, *Durar III. Resistencias*. Arca, Montevideo, 1986. (Comentario en: Oroño, Tatiana. “Discurso poético e insilio. De cómo en este punto sus plurales (Sobre la obra poética de Juan Carlos Macedo)”. *Revista Hermes Criollo*, n.º 6, Montevideo, agosto-noviembre 2003: 74-86).

al silencio. “Vuelve el silencio a consumir su acto / de vasto peregrino”, escribe el poeta ante el cuadro “La luz, las distancias y las horas”. Y aventuro la hipótesis de que aquellos comportamientos relacionales fueron marca de culturas rurales que ellos, Macedo y Espínola, actualizaron con esmero, a la vez que efectuaban sus propias reinscripciones en la bohemia de tertulia de café, en la gestualidad pública del foro o la asamblea, en el ateneo profesional. Tal margen de afinidades se registra también en los ángulos escogidos para fotografiarse juntos: de espaldas, a contraluz. Como en una fotoprovocación surrealista forzada a otra vuelta de tuerca. Escribe Macedo en las últimas líneas del libro:

La poesía es experiencia de los únicos puntos a los que nadie escapa, lo común: los límites. Poesía, es decir, ni más acá ni más allá, sino en el límite, de lo que por su presencia, ya no tiene. Es ese límite de lo ilimitado, que constituye una duración.

Esa es la dimensión de lo fronterizo en la poesía macediana, la praxis del contacto, y apostar a los intercambios que la inscriben. Su escritura es un sitio “otro” donde las voces de los vencidos se congregan, se entrecruzan y existen, resisten al temporal, duran. “No son ojos en fuga. / Es lluvia, [...] no cae, distribuye / los fundamentos que aún nos perpetúan”. Y en el territorio de la duración ofician movimientos, despliegan estrategias vitales. Allí donde estén y sean reactualizan/reactualizarán “la necesidad de transformar la vida”.

Montevideo, setiembre 2004.

El 67.º presidente del SMU

Hugo Rodríguez Almada

*... estoy "dileando" con un alma que
no puedo entender / y me arrastro
entre las sombras / entre la niebla de
la vulgaridad.*

Charly García

Más de una vez se ha dicho que el Sindicato Médico del Uruguay supo darse presidentes a la medida de las principales tareas impuestas por las distintas coyunturas históricas.

Hay presidentes inexorablemente asociados al período de la reconquista de la democracia y la recuperación del propio Sindicato, otros a la lucha por la ética médica y los derechos humanos, otros a grandes conquistas en materia de trabajo y salario médico.

¿Cómo pudo ser la asignatura pendiente del gremio cuando se sintió urgido de recurrir a la figura entrañable y austera de Juan Carlos Macedo para investirlo como el 67.º presidente del Sindicato?

Todo resulta demasiado cercano para intentar una respuesta definitiva a la pregunta. Pero hay pistas.

Cuando Juan Carlos, quien había permanecido exiliado de mil maneras en Migues durante veinte años, desembarcó de un taxi un día —no por la mañana— frente a Bulevar Artigas 1515,²⁶ el gremio médico vivía un momento de singular atomización.

A la separación entre la capital y el interior, se agregaban profundas divisiones entre las especialidades, en función de las respectivas capacidades de presión para conquistar segmentos de la "torta" salarial y otros renglones del PBI destinado a salud. Con o sin conciencia de ello, se acentuaba la contradicción de intereses entre empresarios médicos y asalariados, tanto como entre los multiempleados y los desocupados, o entre los insertos en el mercado laboral y las oleadas de nuevas generaciones sin horizontes.

La propia militancia sindical no era menos, y se balcanizaba al ritmo de su propia reducción y de un pesimismo contagioso, llegando a esa elección de mayo de 1997 con un menú electoral de nada menos que ocho listas.

El resto del país exteriorizaba síntomas por el estilo.

*

26 Por entonces esa era la numeración de la puerta principal del SMU, luego modificada por Bulevar Artigas 1565.

En ese contexto tan especial y desalentador Juan Carlos asumió la presidencia del Sindicato.

Creímos estar eligiendo al clínico generalista, al médico pobre, a un paradigma de modelo de trabajo sustentado en una fuerte inserción local, al hacedor de historias clínicas que parecían planas de caligrafía.

Pero en realidad Juan Carlos tomó asiento en el sillón central de la sala de sesiones del Comité Ejecutivo para mostrarnos que habíamos elegido presidente algo así como a la persona con más capacidad de diálogo de todo el Uruguay.

Y por eso mismo pudo parecer la persona equivocada en el lugar y el momento equivocados.

Pero era la persona justa en el momento preciso. Porque toda la gestión de Juan Carlos fue, simplemente, una oportunidad que el gremio médico se merecía y se dio a sí mismo.

Los cuatro años de su presidencia fueron un llamado a elevar la mira, que, más o menos tardíamente, terminará por ser comprendido.

“Lo urgente no nos deja tiempo para lo importante”, advertía una y otra vez.

Durante cuatro años, disneico y cianótico, obsesionado por lo importante, supo estar al frente de cuantas urgencias fuimos capaces de imponernos como gremio y de asumir para sí las previsibles derrotas.

*

Se ha señalado con acierto la especial condición de “trabajador de la palabra” como una de las principales señas de identidad de Juan Carlos, no únicamente expresada en su concisa producción poética (era extraordinario presenciar su consulta médica).

Si el cuidadoso trabajo de la palabra fue también una característica de su actuación gremial, el manejo de los silencios fue su principal arma y su mayor y más incomprendida enseñanza en tiempos cargados de estériles locuacidades. Juan Carlos enfrentó momentos de caos, canibalismo e insensatez ejercitando su particular mayéutica con el principal argumento del silencio o, contadas veces, del brevísimo comentario críptico.

“Ni siquiera la metafísica, sólo la poesía puede responder a eso”, pudo decir, como resumen de algunos dilemas sindicales.

“Entonces quedamos así”, expresó antes de retirarse de una reunión multipartita de la salud en la que todos los participantes, como síntoma de una suerte de suicidio colectivo, se empeñaron en hablar de cosas diferentes sin darse la oportunidad de escucharse.

“Fue como hablar con el Oráculo de Delfos”, coincidían dos dirigentes de una institución mutual que habían viajado hasta Migueles buscando un simple sí o no a cierta cuestión.

*

Su presidencia estuvo toda teñida de tolerancia.

Admitió y fomentó la diversidad, con hechos, para desconcierto de los arcaicos reflejos sectarios de quienes lo acompañábamos.

Es que, en realidad, alguien tan puro como él, además de pensar dialécticamente, era ecléctico para vivir. No “toleraba” la diversidad, se nutría de ella.

Cosechó el respeto personal de todas las corrientes de pensamiento y fue recibido y escuchado por los más altos jefes habitados a no conceder audiencias.

“Si es para el Dr. Macedo, lo veo mañana a la hora que él pueda”, respondió un expresidente de la República a una solicitud de entrevista.

Durante su período se desarrolló la telemática médica en el Uruguay, pero se ocupó en persona de los textos hipocráticos para la Biblioteca.

En medio de grandes tensiones y conflictos sindicales encontraba paz jugando al “culo sucio” con su nieta.

No siéndole en absoluto ajena la oferta en cable de Fox Sports, supo atravesar La Habana para encontrar la casa humilde de un poeta que alguna vez leyó, para decirle: “aquí tiene un alma gemela”.

*

El Departamento de Filosofía de la Medicina de la Facultad con que soñó seguramente tendrá que esperar. Pero algunas señales de la 8.ª Convención Médica Nacional son un reconocimiento tácito a Juan Carlos. Y el alumbramiento del Instituto Juan Carlos Macedo señala que un multicolor grupo de gente ya acepta reunirse para lo *importante*, en el entendido de que es un presupuesto para acertar en la respuesta de lo *urgente*.

Ya era tiempo. Muchos recordamos a Juan Carlos, agotado y desvelado en la madrugada tras maratónicas sesiones, preguntándole a nadie: “¿para quién trabajé hoy?”.

Juan Carlos Macedo en misión poética: Alta poesía en Vichadero

Elder Silva

La movida funcionaba más o menos así.

El farmacéutico del pueblo salía de su negocio, iba a los comercios, pegaba carteles en las vidrieras, volvía a la farmacia y de allí a la radio, donde, desde una audición propia, llamaba a la población a concurrir a un gran espectáculo artístico, donde la figura estelar sería “nada más ni nada menos que el poeta riverense Juan Carlos Macedo”.

Además del “escritor de Arroyo Blanco”, actuarían en el cine de Vichadero el cantor de Cerrillos Richard Pérez, un cantor de tangos local, el poeta y cantor Johnny de Mello y este cronista, ejerciendo de poeta en esa noche.

Desde unos campos en Arroyo Blanco avanzábamos penosamente en dos autos, sobre los escombros de caminos, empeorados por las largas lluvias de aquella primavera de 1997. Juan Carlos observaba el paisaje, ese lugar refractario a esa poesía de “soledad y olvido”, comentaba sobre una batalla de la guerra civil del cuatro, donde los contendientes se aburrían de aquella puja, borrachos y muertos de frío. Luego el cementerio desolado, otros cerros y una ruta (también) empalagosa que nos llevaría con guitarra y versos hasta el cine de Vichadero.

Entretanto, el farmacéutico “abayanado” seguía de la radio a la calle y de la calle al cine-teatro, preparando “el evento artístico”, que luego supimos era el primero en un año largo, luego del *show* de un mago y unos acordeonistas brasileiros que habían actuado por allí.

A sala casi llena (“¡Qué buena respuesta!”, comentaría Juan Carlos con la mano en el mentón), salió el cantor local, de saco gris y abundante gomina, luego este cronista, con unos poemas sobre tierras salteñas, y, cerrando el primer bloque, el trovador cerrillano con una hermosa (y celebrada por el público) canción sobre Minas de Corrales. En la parte final, tras larga y elogiosa intervención del farmacéutico, ahora transformado en maestro de ceremonias, Juan Carlos comenzó a decir su poesía, “esa carrera contra reloj”, según él mismo creía.

La sala en silencio. Yo miraba los rostros de los niños, de aquellos hombres flacos de la frontera, y veía cómo los versos que salían de la boca del poeta los iban iluminando en lo que podían ser iluminados.

“Hay que acomodar los ojos / no las cosas, / y tener, darles confianza / a los ojos y a las cosas”, leía y aquellas cosas iban siendo favorables a la vida, a una comunión entre la poesía y la vida.

Luego del final con la “Polca de los Moirones”, que Juan Carlos celebró especialmente, por aquello de que ese pueblo tiene “tres equipos / que son dignos de envidiar, /el Fumaça, el Ventanilla / y el famoso Yará”, la comitiva artística, otros amigos y el farmacéutico (en la madrugada animador de la peña fronteriza que se armó) rumbeamos para lo que sería el punto más alto de la noche, un asado en la parrillada del Negro Catalino.

El poeta, que hace un rato reflexionaba desde la poesía que hay que “encomendar las cosas / a las cosas / y autonomía a los ojos” y hay que “echarse a ver”, ahora departía sobre fútbol con el dueño del negocio, un negro grande y afable, con una dentadura que hacía ruborizar hasta a los pianos, como diría Dalton. El hombre tenía un hijo jugando en las inferiores de Progreso y soñaba, y Juan Carlos soñaba con él, aunque advertía de los vientos desfavorables en ese deporte.

“Ahora les vamos a dedicar una bonita página de la frontera”, anunció el farmacéutico, marcando más aún las efes y las vés del carimbau riverense. Y agregaba: “si esta página no es de vuestro agrado, prometo irme reculando en chancletas para mi casa”. Y arrancó un acordeonista y luego un cantor, después otro y otro y aquella genuina peña se extendió en competencia desleal con los gallos hasta bien entrada la mañana. En medio de polcas, milongas y maxixas, y a pedido de los parroquianos, Macedo volvió a sus poemas. Era extraño —como había sido extraordinario antes en el cine— ver cómo la gente iba entrando a la compleja poesía de este poeta, que no hacía otra cosa que mostrar “la realidad reducida a conceptos”, como había señalado Clara Silva alguna vez.

“No me pidas que explique por qué ha salido el sol / o no ha salido, / y es la tierra que gira”, leía con voz profunda bajo aquel quincho lleno de humo. Y concluía: “Mejor pregunta por qué con cada día y al borde del bostezo / despierta la sorpresa. / O ya no lo preguntes, /descúbrelo”.

Al otro día, mientras chispeaba un churrasco sobre la parrilla vimos de nuevo el lomo de los cerros lavados una vez más por la garúa displicente de Arroyo Blanco.

Juan Carlos estaba silencioso ahora.

Hablamos del lugar que ocupa la poesía en el mundo, en ese espacio de olvidado donde había nacido allá por 1943, y si bien no recuerdo las palabras exactas, el poeta volvió a sostener que lo único que tiene sentido en la vida es la poesía.

Que la única justicia es la poesía.

Un recuerdo

Ana Inés Larre Borges

Este recuerdo será arrasado por el tiempo. O apenas tolerado. O puesto bajo sospecha. Sé que es algo inverosímil y no tengo más pruebas que la complicidad de Ariel Rodríguez o lo que haya creído mi hijo del motivo de aquella peculiar ceremonia.

El hecho es aparentemente inocuo: durante un largo invierno, llegaron a casa a cenar, cada miércoles de cada semana y muy puntuales, Juan Carlos Macedo, Manuel Espínola Gómez y un pequeño grupo de otros amigos que incluía a Ariel, a Wilfredo Penco, Ricardo Vivas. Los imprescindibles —por razones obvias— eran Macedo, el Peludo Espínola, poeta y pintor, pero los demás casi nunca faltaban. La idea la tuvo Beto Oreggioni, el editor, el anfitrión y quien —por suerte— fue siempre el cocinero de aquellas cenas de interminables sobremesas. El motivo para esas metódicas reuniones era la preparación de un libro conjunto donde Macedo escribiría poemas sobre algunos cuadros de Espínola Gómez. Extrañamente, sin embargo, nunca hablaban del libro. Hubo, sí, una vez excepcional en que el Peludo informó que el formato del libro sería octogonal como sus pinturas. “Lo que usted diseñe está bien”, dijo Beto y pasaron a otro tema. (Se trataban de usted). En otra ocasión apareció fugazmente un sobre manila de un amarillo muy pálido, que supuestamente incluía los poemas de Macedo. Beto —sin abrirlo— rotuló con birome el sobre y lo puso aparte. El sobre siguió su destino manifiesto, que era perderse en el desorden de la casa. Cuando llegó el momento de iniciar la edición, Macedo volvió a traer sus poemas en otro sobre. No hablaban nunca del libro. He llegado incluso a dudar si los demás convidados sabían que había un plan de edición que justificaba aquellas reuniones. Silenciosamente, sin embargo, la factura del libro imbuía de espíritu, de intelecto y de poesía aquellos encuentros. Era lo más parecido a un salón artístico o literario. Admitamos que sus modales, la improvisada vajilla, la traza de los comensales que muchas veces no se sacaban las boinas para sentarse a una mesa que olvidaba siempre el mantel, daban un efecto muy poco dieciochesco pero absolutamente —ortodoxamente— ilustrado en sus contenidos. No había reglas escritas, pero algo inhibía los temas cotidianos o vulgares, lo doméstico, lo anecdótico, también quedaba en la puerta. Mi hijo Martín, entonces un adolescente, abandonaba la tele y los juegos de computadora y se sentaba en la alfombra hipnotizado por aquellos diálogos imprevisibles y socráticos. Quienes dominaban la conversación eran Macedo y Espínola Gómez (a quien mi hijo denominaba irreverentemente “el gordo”, menos por su aspecto que por sus actitudes pantagruélicas). Yo también me sentaba en la alfombra, consciente de que

aquel rito semanal y fraterno era una isla, un relicario arcaico que aquellos amigos se regalaban mutuamente, un juego manso y levemente lúdico que decía del amor a la belleza y al saber sin falsos pudores. Supe siempre que se trataba de una especie en extinción. Los tres protagonistas principales ya no están. Ninguno llegó a ver hecho el libro desmesurado e imposible que planearon sin planear y que pudo concluirse gracias a la activa generosidad del doctor Antonio Turnes y otros amigos médicos. Tengo uno de esos bellísimos ejemplares a mi lado mientras escribo estas líneas. Octogonal, sofisticado y raro, nadie creería que pudo tener algo que ver con aquellas reuniones invernales, rústicas y heterodoxas. Nada delata ese origen..., nada salvo, quizá..., la poesía. Esa poesía que —Juan Carlos Macedo lo sabía— está en las exigentes palabras pero también en los gestos. Por eso él podía abrir y cerrar un acto profesional o gremial con palabras de Juarroz o de Milán o de Saint John Perse, por eso podía ir junto a Elder Silva a leer versos herméticos y difíciles a Vichadero, por eso el culto a la amistad.

Maneras de ser poeta.

Anexo 1
Intercambios epistolares

Carta de Guillermo Boido

Buenos Aires, 25 de marzo de 1978

Macedo:

Tu carta me ha conmovido. Tiene la lucidez del dolor, el dolor de la lucidez. Pero hay términos que me resulta difícil aceptar. A aquella pregunta que se hacía Hölderlin --para qué poetas en tiempos aciagos-- contestaría que alguien tiene que mantener encendida la llama del hombre, esa pobre lámpara de arcilla en la noche tremenda. ¿Derrota, fracaso? Todavía no nos han quitado la palabra. Con humildad, con cobardía incluso, hay que seguir intentando el duro oficio de amar las palabras, de enseñar a amar a las palabras, de señalar allí donde la palabra ha sido envilecida, de devolverles su original pureza. ¿Quién, sino el poeta? Duros tiempos para la poesía son éstos; es decir: buenos tiempos. Es verdad que la historia --esta historia-- niega a sus poetas. A la inversa, el poeta crea antihistoria. Porque si el hombre --sigo una idea de Octavio Paz-- fuera solamente historia, si fuera la irracionalidad y el salvajismo de la historia, el hombre sería el más formidable fracaso de la realidad. Sería la nada, un silencio, una sombra. Ahí está el poeta, creador de antihistoria: creador de ser, de voz, de luz. ¿Derrota, fracaso? No puedo aceptarlo. Hemos apostado por el futuro, Macedo. Tu carta dice eso, dice también que no has renegado de la poesía: lo dice dos veces, entonces. Dice que no has renegado de la medicina, que hay 2000 razones para no renegar de ella. ¡2000 razones! ¿Habías de fracaso, vos, un poeta, un médico? ¿Vos, doblemente poeta por médico, doblemente médico por poeta? ¿No son la poesía y la medicina formas de la ética? Si te sirve, va esto: tu elección, tu apuesta por el futuro, es la más difícil; pero no estás solo. Somos más de dos; somos muchos. Y alguna vez estaremos juntos, allá o acá, alrededor de nuestra pobre lámpara de arcilla. Porque, Macedo, hay un futuro: hemos apostado bien. Los amigos que mencionás, los de acá --los conozco--, todos hemos apostado bien. Yo no sabía que hay un lugar llamado Mígués. Ahora lo conozco bien. Es el lugar más hermoso de la tierra.

Un abrazo, siempre.

Guillermo

ps: Va por Gabriel una entrevista que le hice al poeta Roberto Juarroz. Me importaría que la leyeres. Tiene que ver con todo esto.

Cartas de Jorge Bouton Martínez

México, 15 de julio de 1980

Querido Juan Carlos, en Migues:

Me encanta leer tus cosas, tus cartas, tus editoriales, me encanta y me hace sonreír —río muy poco—, una sonrisa fraterna, una sonrisa coloquial, pero en la comisura anda también una sonrisa mefistofélica, cuando asoma la cabeza por la esquina de Margarita, metafísico y bufón (Referencia 1: F. W. Murnau,²⁷ Ufa, 1926).

¿Diré que me cuesta trabajo entenderte? No, diré mejor que a ti te encanta, a tu vez, pensar en difícil tu lenguaje —carta, editorial— y jugar con las palabras como pompas de jabón, dejar volar la imaginación y sacar de la galera la palabra “poyesis” (¡Madre Celeste!). Mi sonrisa cordial, leyendo tu amable, hermosa carta, se desvía un poco a la comisura como Emil Jannings²⁸ en la montañita. ¡Poyesis!

Te encanta también la cita, la referencia, la bibliografía y porque te encanta la prodigas, la reiteras, un poco la ostentas y haces una ensalada divina y provinciana, que va de Bachelard²⁹ a Herrera Ramos³⁰ (¡pobre viejo!) pasando por *Juntacadáveres*. Déjame ponerme de nuevo el sombrero con plumita y la capa negra de Mefisto y oye: a mí me hacen pensar un Bachelard, un Foucault,³¹ un Canguilhem,³² no aprendí nada de los Balint³³ y nada me ense-

27 Friedrich Wilhelm Murnau, nacido Friedrich Wilhelm Plumpe (Bielefeld, Westfalia, 28 de diciembre de 1888 - Hollywood, 11 de marzo de 1931), fue un director de cine alemán.

28 Emil Jannings (Rorschach, Suiza, 23 de julio de 1884 - Strobl, Austria, 3 de enero de 1950) fue un actor alemán de origen suizo, cuyo verdadero nombre era Theodor Friedrich Emil Janenz. Se nacionalizó alemán.

29 Gastón Bachelard (Bar-sur-Aube, Champagne, 27 de junio de 1884 - París, 16 de octubre de 1962) fue un filósofo, epistemólogo, poeta, físico, profesor y crítico literario francés. Autor interesado por la historia de la ciencia moderna o contemporánea, y al mismo tiempo por la imaginación literaria, a la que dedicó una atención paralela.

30 Fernando Herrera Ramos (1902-1991). Médico uruguayo, profesor de patología y clínica médicas.

31 Paul-Michel Foucault (Poitiers, 15 de octubre de 1926 - París, 25 de junio de 1984) fue un filósofo, historiador, sociólogo y psicólogo francés; profesor en varias universidades francesas y estadounidenses y catedrático de Historia de los Sistemas de Pensamiento en el Collège de France.

32 Georges Canguilhem (Castelnaudary, 4 de junio de 1904 - Marly-le-Roi, 11 de setiembre de 1995) fue un filósofo y médico francés, miembro del Collège de France, especializado en epistemología e historia de la ciencia.

33 Michael Balint (Budapest, 3 de diciembre de 1896 - Londres, 31 de diciembre de 1970) fue un psicoanalista y bioquímico británico de origen húngaro.

ñaron tampoco Octavio Paz³⁴ ni Onetti,³⁵ que anduvo por acá, para un homenaje, y apenas apareció por la Universidad, porque se pasó, no bebiendo, sino trasegando vino francés del cajón a la barriga. ¡Hizo época!

Y me citas a Novalis,³⁶ que he olvidado, y a Quasimodo,³⁷ que nunca conocí. Pero eres poeta y yo he dejado la poesía en el camino y apenas conservo conmigo a Aloysius Bertrand,³⁸ a Verhaeren,³⁹ a Saint John Perse⁴⁰ y a Vallejo⁴¹ y también a Emilio Ballagas⁴² que, para mí, es el poeta de Cuba. Ya no puedo volver a Novalis ni a Henryk George⁴³ ni encontrar a Quasimodo. Pero estoy

34 Octavio Paz (Ciudad de México, 31 de marzo de 1914 - 19 de abril de 1998), registrado al nacer como Octavio Irineo Paz Lozano, fue un poeta, ensayista y diplomático mexicano, recibió Premio Nobel de Literatura en 1990 y el Premio Cervantes en 1981.

35 Juan Carlos Onetti Borges (Montevideo, 1 de julio de 1909 - Madrid, 30 de mayo de 1994) fue un escritor uruguayo, considerado uno de los narradores más importantes del país y de la literatura hispanoamericana. Fue precursor de la novela moderna y la literatura existencialista. Recibió el Premio Miguel de Cervantes en 1980 y el Gran Premio Nacional de Literatura de Uruguay en 1985.

36 Georg Philipp Friedrich von Hardenberg (Wiederstedt, 2 de mayo de 1772 - Weißenfels, 25 de marzo de 1801), más conocido por su pseudónimo Novalis, fue un escritor y filósofo alemán, representante del romanticismo alemán temprano.

37 Salvatore Quasimodo (Siracusa, 1901 - Nápoles, 1968). Poeta y ensayista italiano que en sus inicios se afirmó como uno de los exponentes más significativos del hermetismo, para más tarde crear un lenguaje poético muy personal con el que profundizó en la infelicidad humana a través de un clima evocador de viejos mitos.

38 Louis Jacques Napoleón Bertrand, llamado artísticamente Aloysius Bertrand (Ceva, Piamonte, 20 de abril de 1807 - París, 29 de abril de 1841), fue un poeta francés del romanticismo. Escribió una colección de poemas titulados *Gaspard de la nuit*, sobre la que el compositor Maurice Ravel escribió una suite del mismo nombre basada en los poemas.

39 Émile Verhaeren (Sint-Amands, Bélgica, 21 de mayo de 1855 - Ruan, Francia, 27 de noviembre de 1916) fue un poeta en lengua francesa de origen flamenco y uno de los principales fundadores del modernismo.

40 Marie-René-Alexis Saint-Leger Leger, cuyo seudónimo fue Saint-John Perse (Pointe à Pitre, Guadalupe, 31 de mayo de 1887 - Hyères, Francia, 20 de setiembre de 1975), fue un poeta y diplomático francés, nacido en la isla americana de Guadalupe, por entonces dependencia del imperio colonial francés en las Antillas y desde 1946 departamento de ultramar de la República Francesa. Formó parte del cuerpo diplomático francés de 1914 a 1940 y recibió el Premio Nobel de Literatura en 1960.

41 César Abraham Vallejo Mendoza (Santiago de Chuco, Perú, 16 de marzo de 1892 - París, 15 de abril de 1938), poeta y escritor peruano, considerado uno de los mayores innovadores de la poesía universal del siglo XX y el máximo exponente de las letras en el Perú. En opinión del crítico Thomas Merton es “el más grande poeta católico desde Dante, y por católico entiendo universal”, y, según Martin Seymour-Smith, “el más grande poeta del siglo XX en todos los idiomas”.

42 Emilio Ballagas Cubeñas (Camagüey, 7 de noviembre de 1908 - La Habana, 11 de septiembre de 1954) fue un poeta y ensayista cubano de reconocido prestigio en el ámbito literario del siglo XX. Se lo considera uno de los más excelentes cultivadores del neorromanticismo y de la poesía negrista en Cuba.

43 Georg Henrik von Wright (1916-2003) es reconocido como uno de los filósofos más importantes de Escandinavia. Fue profesor en Finlandia, Alemania e Inglaterra, donde frecuentó los cursos de Wittgenstein, a quien sucedió en la cátedra (1948-1951) y fue su albacea espiritual. Interesado por la lógica inductiva y probabilística, sus estudios sobre la lógica

fuera de tema y el gusto es personal, pero lo pongo porque también me encanta ser pedante y sigo siendo orgullosamente provinciano, querido poeta.

Pero pienso, ¿qué falta hago yo allí, Juan Carlos, en esos asados y esos ateneos rurales! Qué falta hago, con esta cabeza que cargo, cada día más analítica, más fría, más temporal, más declinante, pero que ya tiene organizado el pensamiento, mal que bien y cree pensarlo claro, diáfano, un poco agresivo —perdona—, pero fundamentalmente estructurado sobre una dinámica un si es no es hegeliana, pero sobre todo aprendida en mi viejo maestro, que nació en Tréveris (Renania), pero se educó en Bonn y en Berlín⁴⁴ y que me enseñó a pensar. También me enseñó medicina, ciertamente, o a enseñar medicina, mejor: y si de algo sirvió mi peripetia docente, larga peripetia, fue que pensar clínicamente es pensar dialécticamente y pensar dialécticamente cuesta un testículo y la mitad del otro y hay que dejar por el camino mucho “bagayo” para andar y hacer camino, como dijo el de Soria⁴⁵ y enseñó en vida y muerte el caballero de los molinos y los galeotes.⁴⁶ En cierto modo, ese Caballero eres tú, incluyendo la Triste Figura y el “alma desolada”. Te imagino, a lomos de mula, tratando de transformar los molinos y la sociedad, ¡nada menos que en Migués! En Migués, con su historia casi ahistórica, su ferrocarril intemporal y seguramente su fantasma colgado de alguna higuera. En Migués, tu circunstancia “no elegida”, Juan Carlos, pero sí tu realidad imperiosa y exigente, no eludible, no reductible y, al fin de cuentas, la que trazará tu biografía. Recuerda a León Felipe:⁴⁷ “No es en la primera, sino en la última página de la crónica, donde está escrito el nombre del héroe y no es al principio, sino al fin de la jornada, cuando acaso sepa el hombre cómo se llama”.

modal lo condujeron a la elaboración de una lógica del discurso y de los conceptos normativos. Destacan entre sus obras: *El problema lógico de la inducción* (1941), *Tratado sobre la inducción y la probabilidad* (1951), *Ensayo de la lógica modal* (1951), *Norma y acción* (1963), *La lógica de la preferencia* (1963), *Explicación y comprensión* (1971), *Ciencia y razón* (1986) y *El mito del progreso* (1994).

- 44 Refiere a Karl Heinrich Marx (Tréveris, 5 de mayo de 1818 - Londres, 14 de marzo de 1883), filósofo, economista, sociólogo, periodista, intelectual y político comunista alemán de origen judío. Junto a Friedrich Engels, es el padre del socialismo científico, comunismo moderno, marxismo y materialismo histórico. Sus obras más conocidas son el *Manifiesto comunista* y *El capital*. Nacido en la ciudad renana de Tréveris, entonces recientemente incorporada al reino de Prusia, fue a estudiar a la Universidad de Bonn y a la Universidad Humboldt de Berlín, donde se interesó por las ideas filosóficas de los jóvenes hegelianos.
- 45 Antonio Machado Ruiz (Sevilla, 26 de julio de 1875 - Colliure, 22 de febrero de 1939), poeta español, el más joven representante de la generación del 98. Llegó a Soria el 28 de octubre de 1907 para ocupar la cátedra de francés de su viejo instituto.
- 46 Refiere a los capítulos de *El Quijote de la Mancha*, de Miguel de Cervantes Saavedra, Primera Parte, Capítulo VIII y Capítulo XXII, donde trata de su encuentro y lucha contra los molinos de viento y su encuentro con los galeotes, respectivamente.
- 47 Felipe Camino Galicia de la Rosa, conocido como León Felipe (Tábara, 11 de abril de 1884 - Ciudad de México, 18 de septiembre de 1968), fue un poeta español, que se adscribe a la generación de poetas del 27.

No me hagas homenajes, médico rural, no me hagas homenajes, porque tengo todavía mucho que hacer y no quiero petrificarme en una estatua. Sígueme escribiendo y haciendo editoriales y peleando contra la frustración y transformando cualitativamente a Migue, que pronto estaré allí trabajando contigo. Pero tú me pides que opine sobre tus cosas y te parece importante que lo haga. Allá tú, pero aquí va mi opinión sin mucha teoría.

Ante todo, te diré que básicamente pensamos igual y seguramente piensa igual Carlos,⁴⁸ José Pedro⁴⁹ y los otros. Tengo conmigo los *Compendios* 1-1 y 2-1, 2-2 y 2-3, nada más. Y estamos de acuerdo en lo esencial, eliminando las referencias, que no tengo como antes: déjame opinar como pides.

El acto médico es siempre un acto social, cualquiera sea el nivel económico en que se ejerce, en el medio del campo, solo y apenas con el “alma desolada” del viejo Hegel o en la fastuosa residencia del magnate, el acto en sí siempre es el mismo, un acto social porque es una relación de individuos hermanos, de *homo sapiens* y *homo faber*, sin más. Es un fenómeno biológico y desde luego psíquico, pero también un fenómeno económico y hasta incluso un determinado modo de actuarlo que es históricamente dado. ¡Fíjate tú, qué bonito! Pero medicina es eso, antes de todo apellido o predicado: una relación temporal, bidireccional, coyuntural, entre un sujeto que sufre y otro sujeto socialmente condicionado para paliar ese sufrimiento. Medicina no necesita de sociólogos ni de sociologías, porque ya era social antes de las seudociencias de la sociedad aprendieran su abecedario. Un acto bidireccional, un pacto tácito no escrito, un compromiso fáctico (me choca la palabra “técnico”), moral, ético, una atadura y todo eso es acto social puro, sin estatutos de afuera.

Cada día que pasa, he ido despojando a ese acto social de toda vestimenta o ropaje ideológico, de toda proyección samaritana, incluso de todo “humanismo” y de todo “apostolado” y de toda “vocación de servicio”. El acto médico puede cumplirse puteando al destino que nos llevó a él y renegando contra el minuterero y el almanaque: yo lo viví muchas veces así. También puede cumplirse con voluntad evangélica, invocando a Marcos o Mateo; o con voluntad filosófica, y entonces surge tu “acto de esperanza” o “tu acto cercado por los mitos de la resurrección” o “tu acto penetrado profundamente por la solidaridad” y otras parábolas semejantes. Pero medicina es menos que eso y más que eso. El acto médico está desnudo de ideologías, las agregamos nosotros, cada uno de nosotros, pero la medicina no necesita agregados ideológicos porque en el acto médico desnudo se piensa más claro. Nunca

48 Refiere a Carlos Alberto Gómez Haedo (Mercedes, Uruguay, 1924 - Montevideo, 2010), médico internista, profesor de Clínica Médica, trabajó como internista junto a Jorge Bouton en el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU).

49 José Pedro Cirillo Apolito (Montevideo, 1921 - 2007), médico internista, presidente del SMU y del CASMU, profesor agregado de Clínica Médica en el servicio del Prof. Pablo Purriel y del Prof. Jorge Bouton.

aprendí pediatría, porque nunca pude pensar frente a un niño que sufre y ya no servía como médico porque yo mismo era sufriente. Por otra parte, tú mismo lo dices, porque otra virtud que tienes es acuñar —entre la hojarasca de tu especulación nocturna— frases bastante decisivas: dices “realidad como acto y hechura de una práctica”. Y dices redondo, porque la realidad es realidad porque la hacemos trabajando sobre ella, transformándola, que es conocerla y se llama praxis, aunque si tú quieres sacar de la galera la pluma, llámale “poyesis”, que es lo mismo.

Una peripecia en la praxis social, una peripecia en el tiempo y el espacio, repetida y continuada por años y años y siempre el compromiso, la obligación, la atadura que me somete y me enajena, sí, pero también me realiza. ¿Un acto técnico puro, entonces? No, no un “acto técnico”, tampoco un acto vestido de ropajes mitológicos, a menos que Dieulafoy,⁵⁰ Claudio Bernard,⁵¹ Richard Bright⁵² o William Osler⁵³ y el elefante blanco de Jiménez Díaz⁵⁴ fueran meros actores técnicos. Tampoco un “acto científico”, Juan Carlos, porque tú no llevas en tu bolsillo el “método científico”, ya preparado para una “aplicabilidad universal”, para cualquier esfera de fenómenos. La ciencia médica existe, claro y son muchas ciencias médicas: pero la praxis médica no es ciencia, propiamente dicha, porque trabaja con individuos enteros y vivos y esos difícilmente pueden ser “objetos de conocimiento”. No, no es eso, yo no soy un hombre de ciencia y tú tampoco, ambos somos hombres de praxis y en esa praxis, que es social, hay un polo que carga el sufrimiento y otro polo que carga las consecuencias, el compromiso, la responsabilidad y la moraleja. Todo eso cursa y crece en *la conciencia* del sujeto médico, en su bagaje del saber y

50 Georges Paul Dieulafoy (1839-1911), médico y cirujano francés, fue interno de Pedro Visca (1840-1912) cuando este cursó en la Facultad de Medicina de París, con quien cultivó la amistad y a quien refirió pacientes para ser tratados en Francia.

51 Claude Bernard (Saint-Julien, 12 de julio de 1813 - París, 10 de febrero de 1878) fue un biólogo teórico, médico y fisiólogo francés, fundador de la medicina experimental, miembro de la Academia Francesa desde 1868.

52 Richard Bright (1789-1858), médico británico nacido en Bristol y fallecido en Londres, quien primero describió las manifestaciones clínicas de la enfermedad renal conocida como enfermedad de Bright o glomerulonefritis, caracterizada por edemas, proteinuria y hematuria, acompañada de hipertensión arterial. Bright publicó en 1827 esta enfermedad, en pacientes que presentaron edema y albuminuria tras padecer escarlatina.

53 William Osler (Ontario, 12 de julio de 1849 - Oxford, Inglaterra, 29 de diciembre de 1919) fue un médico y docente canadiense, graduado en la Universidad McGill en Montreal, Quebec, y posteriormente fue profesor en la Universidad de Pensilvania y jefe de Medicina Clínica en dicha universidad, llegando a ser en 1889 el primer profesor de medicina de la Universidad Johns Hopkins. En 1905 se trasladó a Inglaterra y permaneció en Oxford hasta su muerte. Fue nombrado Sir en 1911 por sus grandes contribuciones en el campo de la medicina.

54 Carlos Jiménez Díaz (Madrid, 9 de febrero 1898 - 18 de mayo de 1967) fue un médico español, profesor de clínica y patología médicas, y autor de numerosas obras de carácter didáctico: *Lecciones de patología médica*, *Problemas de la patología interna*, *El asma y procesos afines*, *El médico explorando a su enfermo* y muchas otras.

no saber, que es el mismo perro con otro collar, en la memoria de lo vivido, en el rincón olvidado de un momento empírico que nunca elaboré, en los reducidos éticos del individuo, en suma, en un largo, infinito *empirismo del acto* que no supone un empirismo filosófico y sí supone que seguimos ejerciendo la vieja “*empiria*” hipocrática y la vieja “*tekné*” hipocrática, que le puedes llamar arte o técnica o artesanía o “ojo clínico”, u olfato o vuelo o “brujería” y que solo se adquiere en esa larga praxis o poyesis o poiesis. Así lo entiendo hoy — más claro que ayer— y algún día podré expresarlo mejor. Acto empírico más acto empírico son mi batiburrillo, pero no mi filosofía.

No reside ese acto en mi mayor o menor carga humanista, vocación de servicio y otras alocuciones que usamos. Todo eso le sirve de poco al sujeto suficiente, mi negación dialéctica, mi contradicción viviente que me niega en tanto yo no encuentro el nivel superior del acto mismo, la curación y yo, su contradicción y su negación en tanto representa mi impotencia. De ambas negaciones surge a veces la muerte, a veces la mejoría, un cuando la curación y... a otra cosa, a otro acto, a otra nuestra negación y volver a empezar el círculo la esfera o quizá la espiral ascendente. ¿Qué estoy hegeliano contagioso? Puede ser, J. C., pero ser hegeliano es pensar de otro modo y entonces ya no me sirven solidaridades ni vocaciones, porque lo que necesito es *conciencia*, responsabilidad, obligación y sobre todo *necesidad*. Y esta *necesidad* —poeta perdido en el mapa—, esta *necesidad*, tremendamente social y por ello humana —no “humanista”—, es nuestro estatuto ético, que nos viene de adentro de la medicina misma, de su tradición, su historia y su *profunda lógica* sin sistema. “Soy el que soy, porque lo soy”: y lo volvería a ser, si empezara de nuevo, aun mentándole la madre al destino y a mi mala suerte. Creo haber cumplido bien, creo haber enseñado bien y creo poder transmitir esto: la ecuación dialéctica docente-alumno funciona porque mi alumno me niega en tanto que no aprende-aprehende. Enseñé porque *tenía* que enseñar y porque el otro *tenía* que aprehender —necesidad— y la única superación que niega la negación es que el maestro *tenía* que aprender-aprehender para enseñar a aprender. Hoy, no podría reconocer a los cientos y cientos que pasaron por mis manos y aprehendieron la mano, los ojos, los oídos y quizá la cabeza, no lo sé.

¿Que eso es cultura? Pero natural que es cultura (cultivar): no hay dos culturas —problemática de moda—, porque hay cientos, miles de culturas y al fin una sola, hágase lo que se haga, vívase donde se viva (Londres o Migueles, París o Oaxaca) se hace cultura porque me supera, me enriquece, me eleva. Y aunque ya no pueda seguir los violines de la Cuarta de Mahler, el paseo por el bosque de la Primera de Brahms o los vastos violonchelos —roca y océano— de la Segunda de Sibelius porque estoy sordo como una tapia y aunque ya no pueda gozar de las Baladas Francesas de Paul Fort o la voz antigua de Ronsard, porque no los tengo, sí tengo y conservo el rico patrimonio cultural que hemos creado, tú, yo, miles, en el largo ejercicio de esa praxis social.

¿Geografía? La perdí allá, por el sur, entre el río como mar y el de los pájaros, íntima, verde, de un sol genuino que aquí vela el “smog” y millones de estrellas que aquí cuento con los dedos. No, no tengo geografía. ¿Poyesis? La chingada con mi poyesis burocrática, alienante, odiosa, necesaria; no, no tengo tampoco poyesis (o poiesis). No te quejes, entonces, poeta desolado, canta, canta al pájaro matutino que está en algún árbol a tu ventana, canta a la primera estrella del atardecer, porque las tienes allí, porque son tuyas la geografía y la poyesis, pero no me rompas con ella los apéndices a mí, que envejezco buscándome, pero estoy en otro lado u otra dimensión y perdí también la antropología. Pero es que yo opté, como tú, opté hace muchos años, décadas, y pienso hoy que esa opción fue necesaria, fue lo que llamas “cultivo y memoria”: hoy es casi pura memoria, pero no creas que conservo algo que suponga contricción, reniego, rechazo. No, “soy el que soy porque fui el que fui” y ahora, quizá, se redondea la parábola, llego a la última página de la crónica y quizás, quizás, a mi propia identidad que no alcanzo a reconocer.

“Reconocer la noche”, maestro poeta, “reconocer la noche... como camino a la identidad...”. Has descubierto otro continente: Baudelaire⁵⁵ ya reconoció la noche sobre el empedrado lluvioso y allí en el fondo, un gato largo y negro, arrollado ante el fuego del hogar, que creo que se llama “Esplín” (o “spleen”). Y José Asunción Silva⁵⁶ también la reconoció en Asunción del Paraguay. Y yo la reconozco porque no soy poeta, pero todas las noches construyo y derrumbo edificios poéticos, más bien abstractos, más bien una metafísica del yo y el mundo, de la identidad buscada a través de la otredad, el reencuentro con la persona por el camino de la alienación y ese camino siempre tiene un cartel que dice “Retorno”. Sí, te entiendo, poeta.

Pero no te hablé de la clínica y de muchas otras cosas. Quedará para otra porque esta es larga como la esperanza. Un largo, largo abrazo para ti, Carlos, José P., Roberto y los otros. Espero nuevas.

Jorge⁵⁷

55 Charles Baudelaire (París, 9 de abril 1821 - 31 de agosto 1867), poeta, ensayista, crítico de arte y traductor francés. Fue autor de *Las flores del mal*.

56 José Asunción Silva Gómez (Bogotá, 27 de noviembre de 1865 - 24 de mayo 1896), poeta colombiano, uno de los más importantes precursores del modernismo.

57 En el anexo 3 se incluye una breve semblanza de Jorge Bouton Martínez.

Si Tolstói,⁵⁸ si Chéjov,⁵⁹ pero sobre todo mi amado, olvidado, perdido Rainer Maria Rilke,⁶⁰ con su insistente prédica laica sobre la “muerte propia”. Que él mismo no la alcanzó porque su muerte no fue “natural”, fue tetánica.

Pero ¿y yo?, ¿y tú? ¿No hacemos nada más que cumplir con “el mito” o con “la norma administrativa”? ¿Sólo estamos para calmar el dolor? ¿Solo estamos para aportar un “sostén ético”, a modo de sacerdotes laicos? ¿Solo valemos en función de nuestra capacidad de amar? Sinceramente, yo no sé si la tuve alguna vez ni en qué dimensión pude vivirla. No lo recuerdo. Pero sí creí, creo que la muerte de un individuo anónimo es un acto médico, una decisión médica. El mismo acto médico por el cual me esfuerzo —me esforzaba— por impedir la muerte “no natural” del joven politraumatizado o del niño leucémico, es el mismo acto médico por el cual yo retiré el aparataje de reanimación en un querido amigo que llevaba seis meses de vida vegetal, el mismo acto médico por el cual hago nada frente a la “muerte natural” del ochentón seudobulbar. No sé si hay “amor” en esto, pero pienso que no, pienso que ese recurso terapéutico nunca lo necesité. Esto quizá fue resultado de mi larga familiaridad con la muerte: hubo una época en que firmaba tantos certificados —y Carlos⁶¹ también— que pensaba que en el Registro nos tendrían a ambos como una especie de Parcas doctoradas. No sé si hay “amor”, pero sí sé que hay un compromiso —tú dices “presencia comprometida”—, un compromiso dramático entre ese hombre o mujer anónimos, dudosos objetos de amor, a menos que te refieras a un tipo de amor evangélico, una mística del amor que creo no haber conocido nunca. ¿Ética? Sí, probablemente ética, pero no una ética académica y menos curricular, sino un movimiento espiritual no aprendido, sí adquirido a través de una praxis de años en el ejercicio del compromiso dramático que establecí —estableciste— hace muchos años, en una larga frecuentación con el hombre (la mujer) enfermos que recurrieron a mí y me obligaron y me ataron a ellos definitivamente hasta la salud, hasta la muerte. ¿Que la medicina no puede con la muerte? Es verdad. ¿Que carecemos de un “abordaje técnico” para ella? Es verdad. Pero el médico es el único que tiene que estar con la muerte, en la muerte para la muerte precisamente porque la muerte es la presencia comprometida en un acto específico: ayudar a morir.

No soy poeta, aunque creo que fui poeta como casi todo joven de mi tiempo. Hoy es distinto: todos hacen poesía —aquí brotan como los hongos después de la lluvia, todos los días—, pero rara vez encuentro al poeta, que

58 León Nikoláievich Tolstói (Yasnaia Poliana, Tula, Rusia, 1828 - Astápovo, Lipetsk, 1910) fue un novelista ruso considerado uno de los escritores más importantes de la literatura mundial.

59 Antón Chéjov (Taganrog, hoy Rostov, 1860 - Badenweiler, Baden, Imperio alemán, 1904) fue cuentista, dramaturgo y médico ruso, encuadrado en las corrientes literarias del realismo y el naturalismo, maestro del relato corto.

60 Rainer Maria Rilke (Praga, Bohemia, 1875 - Suiza, 1926), poeta y novelista austríaco, considerado uno de los poetas más importantes en alemán y de la literatura universal.

61 Refiere a Carlos Alberto Gómez Haedo.

aquí está institucionalizado como el “elefante blanco”. Tú los conoces bien, yo les escapo y vuelvo a Baudelaire, a Verhaeren, a Saint John Perse o a Rilke. Así que no entiendo eso de que “muerte y poesía compartan el mismo privilegio: no entenderse”. La muerte que yo viví y frecuenté no era ciertamente poética. Adquirí poesía en el recuerdo, en la memoria de un rostro olvidado, que reaparece ocasionalmente, desde algún pozo perdido, y que ahora reaparece idealizado, poetizado por mí, no por la muerte misma lejana. Si hay un privilegio común lo pongo yo —lo pones tú—, el vivo, el que conserva el drama y lo suaviza —la naturaleza humana es sabia—, lo suaviza, lo embellece, le da una identidad otra, que no es realidad: llámale poesía, llámale fantasía, llámale idealización. Pero mejor, llámale memoria y si quieres memorial, acto en que mi yo, persona viva, estoy poniendo flores en una tumba, flores de culpa, flores de fracaso, quizás, ahora, flores de amor.

Y ya me estoy poetizando a mí mismo: ahora la culpa es tuya desde que me enteras que mi correspondencia con mis discípulos ha sido editada en París por Albin Michel⁶² hace siete años y nada menos que en *Les Classiques du Peuple*. ¿Qué me dices?

Ya no leo medicina: a decir verdad, lo único que he leído este año son los números de tu Revista que dispongo. No dejes de enviármela. Debo volver a estudiar, pero tú sabes que medicina se estudia si se practica. Y mi práctica médica actual es casi nula, al punto que creo haber cerrado ese capítulo de mi vida. Estudio sobre todo filosofía y temas sobre educación superior. Incluso estoy haciendo un trabajo sobre esto para un concurso que se cierra el mes próximo. No sé si me dará tiempo ni tampoco si el tal concurso ofrece garantías. Pero el solo trabajo es ya un esfuerzo intelectual que necesito mucho sobre todo desde que mi sordera ha cobrado carácter de tapia.

Querido doctor poeta: no dejes de escribirme, pero prefiero el diálogo contigo a tus exploraciones metafísicas, aunque estas también, ocasionalmente, me encantan, me asombran y, como siempre, me hacen sonreír un poco mefistofélicamente.

Un largo abrazo para ti y tu gente y la comunidad médica tan querida.

Jorge B.

62 Albin-Jules Michel (1873 - 1943) fue un editor francés, fundador de Éditions Albin Michel, en 1900. Era el quinto hijo de un médico de provincia, que desde su niñez conoció al editor Ernest Flammarion, amigo de la familia. Ante su fracaso en el bachillerato, marchó a París, donde se incorporó a la editorial iniciándose en ese ramo e independizándose en 1900 con editorial propia. Progresivamente se vincula con autores franceses y extranjeros de prestigio, registrando un crecimiento permanente.

Pase de Juan Carlos Macedo al Dr. Germán Goyeneche (Polaco)

Migues, 11.XII.1982
Dr. Goyeneche

“¿Qué hace la poesía moderna en busca de su libertad? Entre otras cosas, reniega de lo discursivo. Reniega de la verbosidad, de la palabrería, del hablar demasiado.”

Comprenderá Ud., en base a este antecedente, que no es un despropósito dirigirla una enferma. Es pura concordancia.

La señora XXXXXXXX, 60 años, ha perdido gran parte de su tiempo de estos últimos tres años en el baño. Es en ese sentido una aventura inhabitual, no sé si necesaria, pero para ella obligada. Diarrea crónica, con pérdida de 13 kg de peso en 11 meses. Cabe pensar en una afección intestinal inflamatoria crónica Crohn? En fin debe estudiarse lo mejor es enviarla a Griselda.

Un abrazo

Dr. Juan C. Macedo
Médico
Migues, departamento de Canelones

Migues, 11.XII.1982
Dr. Goyeneche:
¿qué hace la poesía moderna en busca de su libertad? Entre otras cosas, reniega de lo discursivo. Reniega de la verbosidad, de la palabrería, del hablar demasiado.
Comprenderá Ud., en base a este antecedente, que no es un despropósito dirigirla una enferma. Es pura concordancia.
La Srta. XXXXXXXX, 60 años, ha perdido gran parte de su tiempo de estos últimos tres años en el baño. Es en ese sentido una aventura inhabitual, no

se si necesaria, pero para ella obligada. Diarrea crónica, con pérdida de 13 kg de peso en 11 meses. Cabe pensar en una afección intestinal inflamatoria crónica Crohn? En fin debe estudiarse lo mejor es enviarla a Griselda.
Un abrazo
Dr. Juan C. Macedo
Médico
Migues, departamento de Canelones

BREVE COMENTARIO

Elbio Paolillo

El pase médico que realiza el Dr. Juan Carlos Macedo a propósito de una paciente por él asistida en el consultorio de Migues está dirigido al Dr. Germán “Polaco” Goyeneche, en aquel entonces interno en la guardia de emergencia del Hospital Pasteur.

Creía J. C. Macedo necesario que la paciente citada fuera ingresada al Hospital Pasteur en una sala de medicina a cargo de la internista Dra. Griselda Meneghetti, para ser estudiada.

El inicio del pase referido a la poesía, la increíble escritura y su contenido muestran la síntesis de medicina y poesía que siempre predicó y practicó.

El Polaco Goyeneche atesoraba en su mesa de luz esta nota que me obsesó en el año 2015, antes de irse con Juan Carlos.

Anexo 2

**Artículos elaborados
por el Grupo Migue**

Introducción

Elbio Paolillo

Los tres artículos científicos que se incluyen a continuación fueron publicados en la *Revista Médica del Uruguay*, en su segunda época, a partir de 1985. Los textos que aparecen como introducción a cada uno son extraídos de los referidos artículos. Macedo, consecuente con su pensamiento científico, nos va demostrando con los hechos las posibilidades de investigación en el primer nivel asistencial desde el consultorio, que se constituye en un laboratorio clínico-epidemiológico. Además, nos da su opinión crítica del sistema de salud de aquella época, que se mantiene con plena vigencia al día de hoy, treinta años después.

La práctica médica general en un medio rural. Aspectos epidemiológicos del asma: 1.VI.1977-31.5.1979

(Revista Médica del Uruguay, volumen I, número 1, segunda época, noviembre de 1985)

Debe señalarse [...] que la actual estructura de los servicios de atención médica y condiciones de trabajo médico en nuestro país no están en condiciones, salvo aislados esfuerzos no institucionalizados, de ofrecer a los que padecen enfermedades crónicas más que soluciones parciales y episódicas, que de un modo creciente se separan del conocimiento médico, por un lado, obstaculizando su producción y de los derechos a la salud, por otro.

La práctica médica general en un medio rural

1-Aspectos epidemiológicos del asma: 1.VI.1977 - 31.5.1979

Grupo Médico Mígues

Se presentan los resultados de un estudio prospectivo de epidemiología clínica del asma que abarcó 2 años, realizado en una práctica médica general en un medio rural; Mígues, Uruguay. En 1.803 pacientes con consultaron, la prevalencia, definida según criterios clínico-evolutivos, fue de 8,9%. Esta prevalencia fue mayor en las edades pediátrica y geriátrica que entre los adultos. El mayor número de crisis asmáticas se observó en los bimestres octubre-noviembre y marzo-abril, y el menor en enero-febrero y junio-julio. Se muestra la distribución etárea de los asmáticos y la relación entre sexos, con predominio del sexo masculino, 2,1:1, en los menores de 15 años. El 30,8% de todos los asmáticos comenzó el asma entre 0-4 años; el 64,8% de los asmáticos adultos la inició después de los 14 años. El 43,4% presentó antecedentes de asma en los familiares de primer grado. La indicación de corticoterapia por más de 2 meses/año tomado como índice de severidad, mostró que el 32% de los asmáticos padeció asma severa, y en 2,2% fue incontrolable. Durante el período analizado ocurrieron 2 muertes en el curso de crisis asmática.

Participaron en este trabajo: Dr. Heriberto Gadea, Dra. Mabel Gambeta, Dra. Alicia Hoppe, Dr. Carlos Schulkin, Dra. Griselda Meneghetti, Dr. Miguel D'Agosto, Sra. Mariela Parodi y Dr. Juan Carlos Macedo.
Supervisaron clínicamente al grupo: Dr. Carlos Gómez Haedo, Dr. José P. Cirillo, Dr. Roberto Avellanal y Dra. Esmeralda Paulette.
Prepararon el manuscrito: Dr. Juan Carlos Macedo, Dr. Miguel D'Agosto y Dr. Elbio Paolillo.
Por correspondencia dirigirse a:
Dr. Juan Carlos Macedo, Mígues, Canelones, Uruguay.

A pesar de la existencia de antecedentes ya clásicos (1)(2), la imagen del asma, en su confusión y asimilación con la espectacularidad de la crisis, está dominada, generalmente, por la del sufrimiento. Esta imagen, aprendida en los hospitales, es la que se ha extendido y prima socialmente. Pero el hospital, como sitio de una mirada al asma, no es un lugar privilegiado, por cuanto los asmáticos que lo frecuentan son seguramente los más graves. Este hecho, produce naturalmente un desvío hacia la severidad cuando se considera el curso clínico o historia natural de la enfermedad. Sin embargo, la gran variabilidad de sus expresiones entre diversos enfermos y en el mismo enfermo en distintos momentos, hacen que, sus manifestaciones sintomáticas deban considerarse como un continuum, extendido desde la normalidad clínico-funcional hasta el extremo del estado de mal asmático con insuficiencia respiratoria (3). Es así, que, una visión del problema desde el consultorio ubicado en el nivel primario de la organización asistencial, ofrece la oportunidad de un conocimiento más adecuado de la estructura y modalidad nosológicas de

PALABRAS CLAVES:

Asma - Ocurrencia - Uruguay
Medio Rural - Uruguay

VOL. I - No. 1 (2da. EPOCA) - NOVIEMBRE 1985

5

Grupo Médico Migués

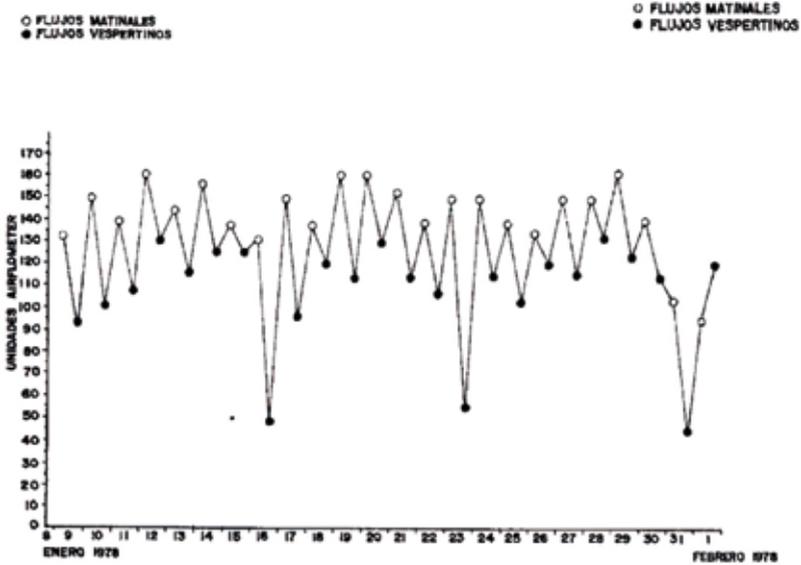


FIGURA 1
 Registro de flujos forzados matinales (●) y vespertinos (○) con Airflometer en mujer de 17 años sin tratamiento, con tos nocturna y sensación de pecho cerrado, episódicos. Los días 16, 23 y 31 de enero de 1978 presentó flujos forzados vespertinos bajos reversibles espontáneamente en coincidencia con los síntomas descritos.

esta afección, a través de la observación continuada, asidua y sin prisas, de una población razonablemente controlada y no tan fuertemente seleccionada como la hospitalaria.

En este informe se relatan los resultados de una investigación prospectiva en torno a la presencia y modos de ser del asma en una práctica médica general, realizada en un medio rural de nuestro país, durante un período de dos años.

PACIENTES Y METODOS

El trabajo se llevó a cabo en Migués, localidad con 2.183 habitantes y un área de influencia que se superpone a la 9a. sección del departamento de Canelones (3.475 km²) y que comparte con Montes (2.217 habitantes) situado a 7 km, que abarca un to-

tal de 8.353 personas, según el V Censo de Población del Uruguay del año 1975. Migués, núcleo urbano, funciona como un centro de servicios tipo C, incompletamente constituido (4), y está comprendido en el área agro económica 1, entre las 6 zonas definidas para nuestro país por el Centro Latinoamericano de Economía Humana (5). La asistencia de primer nivel de esas 8.353 personas se cumple, por lo regular, pero no necesariamente, en 3 consultorios médicos que trabajan en forma no coordinada; 2 en Migués y 1 en Montes.

En nuestro consultorio, el equipo de trabajo (Grupo Médico Migués) estuvo constituido durante el período estudiado, por un médico residente en Migués, 3 no residentes con concurrencia semanal, una administrativa con funciones de enfermería, y un grupo de supervisores con experiencia docente, con los que una vez cada dos o tres meses se reunía todo el equipo.

Aspectos epidemiológicos del asma

Durante el período comprendido entre el 1.VI.1977 y el 31.V.1979, toda la población asistida por nosotros, 1.803 pacientes, fue registrada doblemente: a través de historias clínicas por un lado y, por otro, mediante registro diario de episodios de enfermedad.

Dado los problemas diagnósticos que plantea el asma clínicamente (6)(7), a los efectos de este estudio se definió como asmático a toda persona que, en el período estudiado, presentara de modo único o reiterado, asociadas o no, las siguientes circunstancias:

Criterio 1.— Historia o ausencia de historia de disnea sibilante, estacional o perenne, en cuyo examen se comprobó, en alguna ocasión, disnea sibilante con estertores secos uni o bilaterales, con respuesta clínicamente favorable a la administración de broncodilatadores y/o corticoterapia.

Criterio 2.— Historia de bronquitis o disnea sibilante, o sensación constrictiva o cerrazón de pecho, o tos episódica nocturna, no presenciada por médico, con respuesta clínicamente favorable a la administración de broncodilatadores y/o corticoterapia. En los dos casos la respuesta fue valorada a los 7 días de tratamiento; en el caso de la corticoterapia se trató de una dosis de prednisona de 20-40 mg./día en una sola toma matinal.

En los niños menores de 3 años, se hizo diagnóstico de asma cuando el tercer episodio de bronquitis sibilante.

La entrada al estudio sólo estuvo limitada por los criterios expuestos. En ningún caso se estableció como necesario la realización de exámenes radiológicos, humorales e inmunológicos. Cuando se realizaron, estuvieron dirigidos a la resolución de circunstancias clínicas concretas, vinculadas o no a la enfermedad respiratoria. Es decir, que no tuvieron el propósito de cumplir los requisitos habituales de lo que suele comprenderse, académicamente, por "el estudio del asmático". Aunque por carencias de equipamiento, tampoco se estableció como exigencia a priori para el diagnóstico, ninguna medida cuantificable de la reversibilidad de la obstrucción al flujo aéreo; fue posible, sin embargo, en el transcurso del estudio, obtenerlas en el 56% de los enfermos, en el 34% de los asmáticos con edades comprendidas entre 0-14 años, y en el 66% de los mayores de 14 años. En el 44% restante no fue posible la realización de ninguna prueba con broncodilatadores. Se aceptó como criterio de reversibilidad una mejoría del 50% o más (8) en el flujo forzado medido con el Airflowmeter (9) o del 30% o más, medido con el mini Wright peak flow meter (10), tomado entre los 10 hasta los 30 minutos posteriores a la inhalación de 2 disparos de sulfato de orciprenalina, 0,75 por disparo (Alupent®) o bromhidrato de fenoterol, 0,2

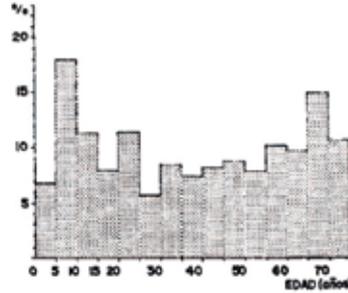


FIGURA 2
Prevalencia del asma según grupos etáreos.

mg. por disparo (Berotec®), eventualmente repetidos cada 10 minutos hasta un máximo de 8 disparos en 30 minutos.

En total, 175 pacientes satisficieron los requisitos diagnósticos, 155 u 89% cumplieron el criterio 1, y 20 (11%) el criterio 2. En 4 de estos últimos fue posible demostrar mediante registros diarios ambulatorios de flujos forzados medidas con el Airflowmeter, la concordancia entre los síntomas relatados en coincidencia con flujos forzados muy bajos reversibles espontáneamente (Fig. 1).

No se establecieron criterios en el plan inicial para la distinción entre asma intrínseco y extrínseco, por lo que esto queda fuera de consideración.

Como uno de los objetivos propuestos fue el de establecer la relación entre asma y sufrimiento, se definió como criterio indirecto de gravedad la necesidad de corticoterapia prolongada. Se entendió por tal, el uso de corticoides de manera continua o no, diaria o en días alternos, por un período no inferior a 2 meses por año, administrados por vía oral o inhalatoria. Las bases para su indicación estuvieron sujetas a consideraciones fenomenológicas, no analíticas: perturbación vivida por el enfermo más perturbación percibida por el médico, y fue establecida, en general, una vez que la terapéutica con broncodilatadores resultó insuficiente para el control de la enfermedad. Este tipo de consideración, si bien supone una pérdida de rigor fisiopatológico fue aceptado como válido, por cuanto se entendió que es la que corresponde a la situación corriente en una práctica médica general cumplida en el nivel asistencial primario.

Grupo Médico Migues

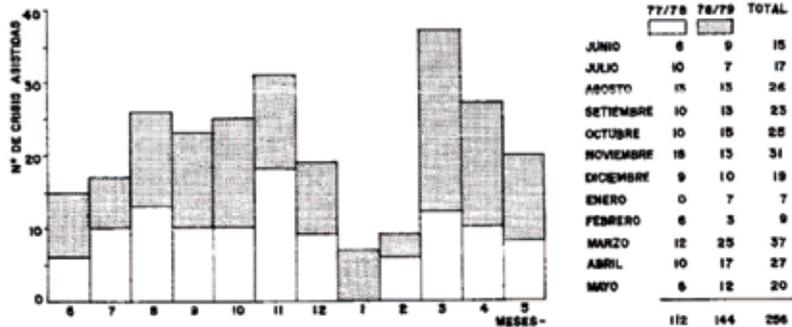


FIGURA 3
Distribución mensual acumulada de crisis asistidas.

RESULTADOS

Población asistida y prevalencia del asma

En el lapso considerado, 2 años, de los 1.803 pacientes vistos, el 36.8% procedió de Migues y el 63% de su zona de influencia. El 56% correspondió al sexo femenino y el 44% al sexo masculino. El 23.6% tuvo edades comprendidas entre 0-14 años, el 60.6% entre 15-64 años y el 15.8% fueron mayores de 64 años. De estos 1.803 pacientes, 175 fueron considerados asmáticos, esto es, el 8.9% de la población asistida. De los 175 asmáticos, 37.2% procedió de Migues y 52.8% de su zona de influencia. Hubo 88 mujeres y 87 hombres. Si se considera la prevalencia del asma entre los pacientes de edad pediátrica (0-14 años), adultos (15-64 años) y tercera edad (mayores de 64 años), resulta un 11% de asmáticos para los primeros, 8.3% para los adultos y de 12.8% para los pacientes geriátricos. En la Fig. 2 se ilustra la prevalencia de acuerdo con los grupos etáreos.

Las crisis asmáticas

El número de crisis asmáticas asistidas fue de 256; 112 en el período I.VI.1977:31.V.1978, 144 en el período I.VI.1978:31.V.1979. Estas 256 no fueron todas las crisis sufridas por los asmáticos, sino las comprobadas y tratadas. En la Fig. 3 se muestra la distribución mensual de las mismas durante los dos años examinados. Los bimestres con mayor número de crisis acumuladas fueron octubre-noviembre y marzo-abril, y enero-febrero, junio-julio, los que re-

gistraron menor número de crisis asistidas.

Los asmáticos: distribución etárea y relación por sexos

La distribución por grupos etáreos de los 175 asmáticos (Fig. 4) muestra que el 26.8% se ubicó en el grupo etáreo de 0-14 años, el 16.5% entre 15-29 años, el 14.8% entre 30-49 años, el 16.5% entre 45-59 años y el 26.2% entre 60 y más años. La relación por sexos indica un predominio de hombres sobre mujeres, 3.6:1 en los asmáticos menores de 5 años y 2.1:1 en los asmáticos menores de 15 años. En los mayores de 14 años, la relación fue de 1.3:1 favorable al sexo femenino.

Edad de comienzo

El 30.8% comenzó la enfermedad entre 0-4 años y el 48% antes de los 15 años. A los 15 años y más, comenzó otro 48%, ignorándose la edad de comienzo en el 4% de los pacientes (Fig. 5). Entre los asmáticos adultos y de la tercera edad (mayores de 15 años) el 64.8% comenzó la enfermedad después de los 15 años.

Antecedentes familiares de asma

El 43.4% de los 175 asmáticos presentó antecedentes de asma en los familiares de primer grado, el 42.2% no los tuvo, ignorándose en el 14.2%. Entre

Aspectos epidemiológicos del asma

los que comenzaron el asma entre 0-4 años, el 52% presentó antecedentes contra un 48% que no los tuvo, y entre los que comenzaron antes de los 15 años, 51% presentó antecedentes y 49% no los presentó.

Corticoterapia crónica

Recibieron corticoterapia por más de 2 meses/año, 56/175 o el 32%. De estos 56, 35 recibieron prednisona® por vía oral y 21 recibieron dipropionato de beclometasona (Beccotide®) por vía inhalatoria. Es decir, el 20% del total de asmáticos fue tratado con corticoides por vía sistémica. Entre los asmáticos menores de 15 años, hubo 13/47 (27.6%) tributarios de la corticoterapia y 43/128 (33.5%) entre los mayores de 14 años (Fig. 6).

Cuando se analiza la relación entre edad de comienzo del asma y corticoterapia, se observa que 30/56 (53.5%) comenzaron la enfermedad entre 0-14 años, 25/56 (44.6%) la iniciaron a edades mayores de 14

años, ignorándose en 1/56 (1.7%). Respecto a la presencia de antecedentes de asma en los familiares de primer grado y la necesidad de corticoterapia, se observó que 22/56 (39.2%) los presentaron, que estuvieron ausentes en 30/56 (53.5%), ignorándose en 4/56 (7.1%).

En esta serie de 175 asmáticos, el asma resultó incontrolable en 4 enfermos (2.2%). En estos 4 enfermos se realizaron, mediante el Airflowmeter, registros matinales y vespertinos de flujos forzados, antes y 30 minutos luego de una nebulización con 2.5 mg. de fenoterol (impulsados con aire mediante un compresor), por períodos que oscilaron entre 2 y 3 meses luego de una crisis severa. En los 4 se observó la existencia de un broncoespasmo continuo una vez superada la crisis, aún en ausencia de sensación subjetiva de disnea (Fig. 7).

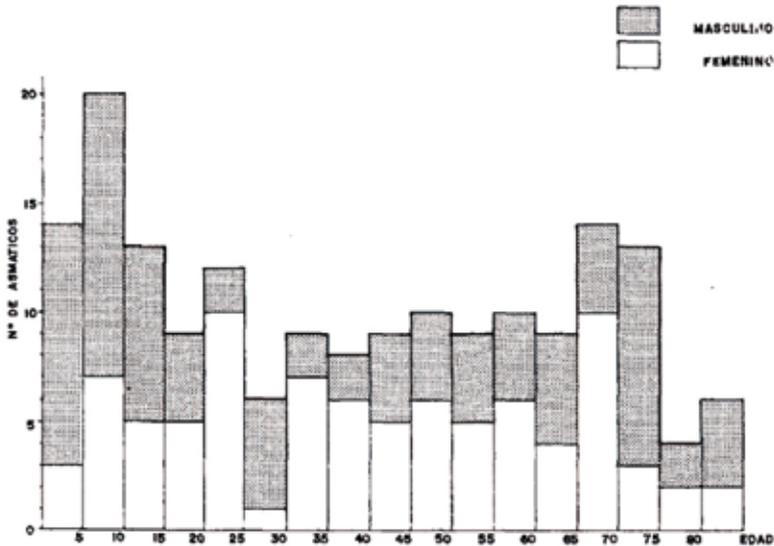


FIGURA 4
Distribución por grupos etáreos de los 175 asmáticos

Grupo Médico Migués

Muertes

Durante los dos años murieron 3 (1,7%) enfermos, los 3 del sexo masculino. Uno, con 96 años, realizó una muerte brusca no vinculada al asma. Los otros dos, con 74 y 78 años, fallecieron durante el curso de crisis asmáticas. En los dos últimos casos se trató de asmáticos pobremente controlados, con patología asociada; síndrome demencial en uno y anemia de etiología no aclarada en el otro.

DISCUSION

No existe acuerdo definitivo en cuanto al diagnóstico de asma. El desacuerdo básico se ubica seguramente en el terreno semántico, donde las definiciones conceptuales propuestas disputan su concordancia con el contenido empírico de la palabra. Esto involucra la discusión en torno a la jerarquía diagnóstica de los hechos expresados en los niveles clínico, fisiopatológico y etiológico. Esta discusión ha derivado aún hasta la reflexión sobre el concepto mismo de enfermedad (7)(11).

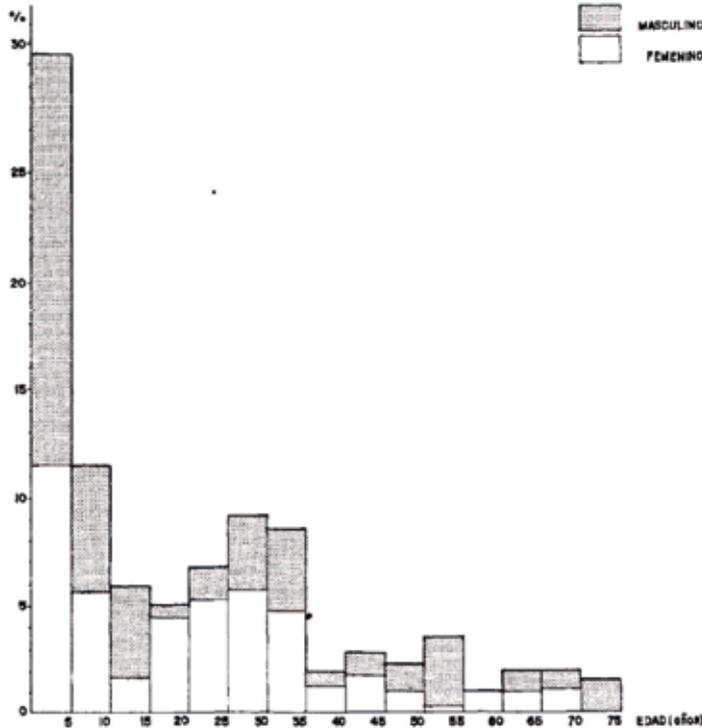


FIGURA 5
Edad de comienzo del asma en los 175 asmáticos

Aspectos epidemiológicos del asma

	No. de asmáticos	♀	♂	< 15 años	15-64 años	> 65 años
Total	175	88	87	47	91	37
Corticoterapia	56	29	27	13	33	10
% tratados	32%	33%	31%	28%	36%	27%
Prednisona	35	18	17	5	20	10
Becotide	21	11	10	8	13	0

FIGURA 6
Corticoterapia Prolongada (> 2 meses/año)

En este trabajo, si bien se dispuso de un dato cuantitativo que demostró la reversibilidad de la obstrucción al flujo aéreo en 56% de los pacientes, los criterios diagnósticos se refirieron exclusivamente a la clínica. Esta opción se realizó tomando en cuenta las condiciones concretas de nuestra práctica médica, ubicada en el nivel asistencial primario, en un medio rural, y con una población con limitadas posibilidades al acceso tecnológico.

Las limitaciones que imponen a la sensibilidad y especificidad diagnósticas del asma, referencias basadas en criterios puramente clínicos, resultan parcialmente superadas con la vigilancia evolutiva frecuente. En nuestro caso, el promedio de controles alcanzó a 4.4/paciente/año. En nuestro país, la epidemiología del asma ha sido escasamente explorada. Dibarbouré, en un trabajo aún inédito (12), encontró en Capilla del Saucé, departamento de Florida, entre IV.1966-III.1967, un 1.5% de asmáticos en el total de la población de esa localidad; 651 personas, según censo del propio autor. La Encuesta de Morbilidad en Barros Blancos, departamento de Canelones, llevada a cabo en 1970 por la Cátedra de Higiene y Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de nuestro país, mostró una prevalencia de 1.3% en un total de 1.525 encuestados (13). En cuanto a la prevalencia hospitalaria, Portillo y col. (14) informan de una cifra de 6.8% entre niños internados con edades comprendidas entre 3-14 años.

En nuestro caso, tratándose de un estudio desde el consultorio y sobre la población que demandó servicios, la prevalencia encontrada de 8.9% constituye una cifra no comparable a las citadas, y por lo que sabemos, representa un hallazgo aislado en nuestro país. Sobre este punto, la literatura médica registra amplias variaciones en los datos de prevalencia del asma en la consulta médica general, que fluctúan en-

tre 2 y 22.5% (15). Es indudable que, variaciones tan amplias deben explicarse por las diferencias geográficas, el tipo de población examinada, la metodología empleada y los criterios diagnósticos considerados.

En nuestro estudio, el asma prevaleció en las edades extremas de la vida, niños y gerentes. Si bien la prevalencia en la población general parece ser la misma en todas las edades (16), la distribución que encontramos coincide con la descrita por Fry en una práctica médica general (citado por Gregg).

La relación entre los sexos en esta serie, con predominio de hombres sobre mujeres en los asmáticos menores de 15 años, se corresponde con la información generalmente (17).

La mayor frecuencia de las crisis asmáticas en los meses de octubre-noviembre y marzo-abril, hablan de una influencia estacional. Este predominio estacional no es, seguramente, expresión de una causalidad simple (18) o universal. En efecto, entre los 21 asmáticos seguidos por Dibarbouré las crisis predominaron en el bimestre enero-febrero.

En esta serie, el asma comenzó mayoritariamente entre 0-4 años, pero asimismo observamos que el asma del adulto es una enfermedad adquirida de modo predominante en la adultez.

Alrededor de la mitad de nuestros pacientes presentó antecedentes de asma en los familiares de primer grado. Sin embargo, la presencia de antecedentes no influyó en la edad de comienzo de la enfermedad.

En este estudio se tomó como índice de gravedad la corticoterapia continua o no, durante períodos superiores a 2 meses por año, por vía oral o inhalato-

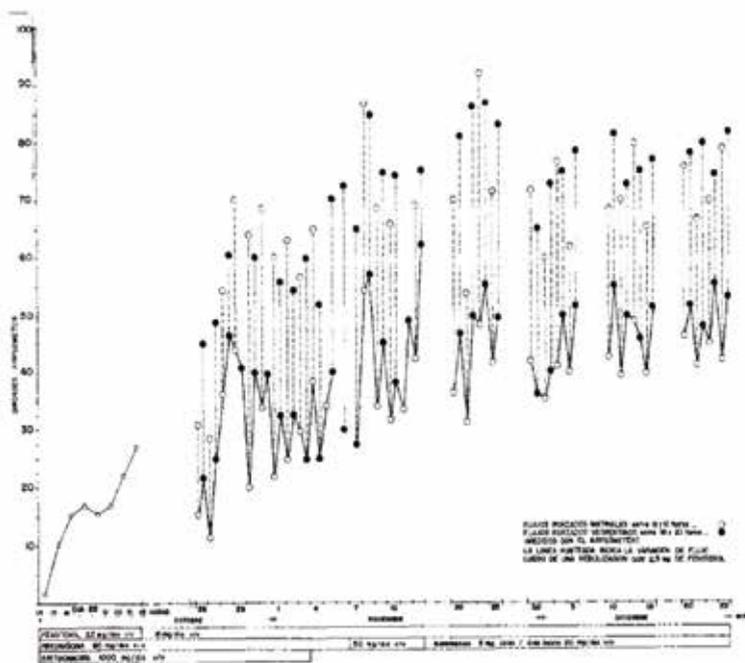


FIGURA 7

Registro de flujos forzados en mujer de 42 años con asma perenne, comienzo a los 30 años, medidos a partir de una crisis de asma severa ocurrida el 25-X-1978, tratada con fenoterol por vía i/v. Durante los dos meses post-crisis fue posible demostrar la existencia de una obstrucción mantenida de la vía aérea reversible con fenoterol en nebulización. Esta enferma corresponde a uno de los cuatro pacientes con asma incontrolable.

ría. Este corte no se hizo arbitrariamente. En efecto, los corticoides, como fármacos antiastmáticos mayores, definen una situación de severidad en la necesidad de su utilización, tanto por constituir esa necesidad el último escalón terapéutico para el logro de beneficios a corto plazo como por sus efectos colaterales adversos en el largo plazo. Ha sido práctica regular de nuestro grupo la indicación de cursos breves de corticoterapia (30-40 mg./día de prednisona durante 7 días) ante las crisis de asma juzgadas clínicamente severas. De este modo, entonces, más de 2 meses por año de corticoterapia discontinua supone, por lo menos, más de 5 crisis severas en el año. Por

ntro lado, el uso continuo por más de 2 meses, aparte la gravedad de la enfermedad, introduce potencialmente todos los actos colaterales adversos de la corticoterapia prolongada.

En esta serie, a juzgar por este índice, el 32% de los asmáticos presentó asma severa, proporción que no fue diferente entre los asmáticos menores y mayores de 15 años, y entre los sexos masculino y femenino. Si no consideramos los tratados con dipropionato de beclometasona, esta cifra baja al 20%.

Con los números de este estudio no podemos decidir

Aspectos epidemiológicos del asma

acerca de la posible relación entre la edad de comienzo del asma y la presencia de antecedentes familiares de asma, y la severidad de la enfermedad.

No nos es posible comparar, por desconocimiento, nuestros datos con los de trabajos latinoamericanos similares. En los países centrales del capitalismo, Pearson (1) sobre 625 asmáticos observados durante un lapso de 6 años, encontró un 28% de pacientes con asma severo y muy severo. Godfrey (19) informó que el 28% de los niños asmáticos asistentes a su clínica hospitalaria requieren corticoterapia. Mc Nicol y Williams (20) también han informado que un 25% de todos los niños asmáticos presentan asma severa.

En este estudio, aunque no podemos demostrarlo, tenemos la sospecha que en algunos casos de los 56 asmáticos que recibieron corticoterapia, dos factores influyeron en la indicación: la facilidad de administración y el bajo costo, cuando se la compara con otras modalidades terapéuticas.

En 4 enfermos el asma resultó incontrolable. En los 4 pudo demostrarse la existencia de obstrucción mantenida, aún en ausencia de disnea y fenómenos auscultatorios. Esto no quiere decir que la situación de asma continua en esta serie sólo correspondió a

estos 4 enfermos, pues fuera de ellos, esa posibilidad no fue investigada sistemáticamente.

Durante esta observación de 2 años, hubo 2 muertes, ocurridas en el curso de crisis asmáticas, hecho que refuerza la necesidad de una consideración fuera de todo hábito rutinario de esta enfermedad.

Durante el período analizado, en nuestro consultorio el asma ha resultado una afección muy frecuente, 8,9% de la población asistida; de curso clínico favorable en la mayor parte de los casos, pero que en 1/3 de los enfermos, aproximadamente, requerirá tratamiento continuo y vigilancia estrecha, a los efectos de evitar que los que tengan asma sufran de asma y eventualmente mueran por el asma; objetivo potencialmente realizable en la gran mayoría de los enfermos, aunque no en todos, por ahora. Debe señalarse, sin embargo, que la actual estructura de los servicios de atención médica y condiciones de trabajo médico en nuestro país, no están en condiciones, salvo aislados esfuerzos no institucionalizados, de ofrecer a los que padecen enfermedades crónicas, más que soluciones parciales y episódicas, que de un modo creciente se separan del conocimiento médico, por un lado, obstaculizando su producción y de los derechos a la salud, por otro.

RESUME

On présente les résultats d'une étude prospective d'épidémiologie clinique de l'asthme qui a pris deux ans, réalisée pendant un stage médical général à la campagne: Migues, Uruguay.

Sur 1.803 patients qui ont consulté, la prédominance de l'asthme définie selon des critères clinique-évolutifs, a été de 8,9%. Cette prédominance a été plus élevée aux âges pédiatrique et gériatrique que chez les adultes. Le plus grand nombre de crises asthmatiques a eu lieu pendant les bimestres octobre-novembre et mars-avril, et les chiffres les plus basses en janvier-février. On montre la distribution selon l'âge des asthmatiques et la relation entre les sexes, et une prédominance du sexe masculin, 2,1:1, chez les mineurs de 15 ans. 30,8% de tous les asthmatiques a commencé l'asthme entre 0-4 ans; 64% des asthmatiques adultes l'a commencé après 14 ans. 43,4% a présenté des antécédents d'asthme chez les parents de premier degré. Le signe de corticothérapie pendant plus de 2 mois/ans pris comme indice de sévérité, a montré que 32% des asthmatiques a eu un asthme sévère et que dans 2,2% il a été incontrôlable.

Pendant la période analysée, il y a eu deux décès au cours de la crise asthmatique.

SUMMARY

A report is submitted of a prospective study of clinical epidemiology of asthma covering a two-year period of general medical practice in a rural area, namely, Migues, Uruguay.

In 1.803 subjects who sought consultation, the prevalence of asthma, as defined by clinical-evolutionary

Grupo Médico Migueles

standards, added up to 8.9%. The prevalence was higher for the pediatric and geriatric ages than for adults. The highest number of asthmatic episodes was observed in the October-November and March-April bimonthly periods and the lowest, in January-February and June-July. Asthmatics are grouped by ages and sexes; a prevalence of males is noted: 2.1:1, among those under 15 years. In 30.8% of all asthmatics the condition developed at ages 0-4 years; 64.8% of adult asthmatics developed it after the age of 14; 43.4% presented a background of asthma related to first-degree relatives. The indication of cortisone therapy for over 2 months/year taken as an index of severity showed that 32% of asthmatics suffered severe asthma, with a rate of incoercible cases of 2.2%.

During the period considered there occurred 2 deaths in the course of asthmatic seizures.

BIBLIOGRAFIA

1. BRUCE PEARSON, R.S.: Natural history of asthma. *Acta Allergol.*, 1958; 12: 277-294.
2. RACKEMANN, F.M., EDWARDS, M.C.: Asthma in children. A follow-up study of 688 patients after an interval of twenty years. *N.Engl. J. Med.*, 1952; 246: 815-823, 858-863.
3. McFADDEN, E.R., FELDMAN, N.T.: Asthma. Pathophysiology and clinical correlates. *Med. Clin. North. Am.*, 1977; 61: 1229-1238.
4. CENTRO LATINOAMERICANO DE ECONOMIA HUMANA. Situación económica y social del Uruguay rural. Montevideo: Mosca, 1963. p. 37.
5. CENTRO LATINOAMERICANO DE ECONOMIA HUMANA, obra citada, p. 163.
6. FLETCHER, C.M. Difficulties in the diagnosis of asthma. In: PORTER, R., BIRCH, J., eds. *Identification of asthma*. Edinburgh and London: Churchill Livingstone, 1971. (Ciba Foundation Study Group, No. 38): 5-7.
7. SCADDING, J.G. Definition and clinical categories of asthma. In: CLARK, T.S.H., GODFREY, S., eds. *Asthma*. Philadelphia: W.B. Saunders, 1977: 1-10.
8. REPORT OF THE COMMITTEE ON EMPHYSEMA: Criteria for the assessment of reversibility in airway obstruction. *Chest*, 1974; 65: 552-553.
9. FRIEDMAN, M., WALKER, S.: Assessment of lung function using an air-flow meter. *Lancet*, 1975; Feb. 8: 310-311.
10. WRIGHT, B.M.: A miniature Wright peak-flow meter. *Br. Med. J.*, 1978; 2: 1627-1628.
11. SCADDING, J.G. The definition of asthma: general introduction. In: PORTER, R., BIRCH, J., eds. *Identification of asthma*. Edinburgh and London, Churchill Livingstone, 1971. (Ciba Foundation Study Group, No. 38): 13-33.
12. DIBARBOURE, H. Sobre la demanda de atención médica en el área rural uruguaya. 1973. (Inédito)
13. ENCUESTA DE MORBILIDAD. Barros Blancos, Dpto. de Canelones. Citado en: PORTILLO, J.M. et al.: Aspectos epidemiológicos del asma del niño. *Med. Uruguay*, 1969-1970; 7: 147-172.
14. PORTILLO, J.M., RUOCCO, G., PEREYRA, G., DOMINGUEZ, R.: Aspectos epidemiológicos del asma del niño. *Med. Uruguay*, 1969-1970; 7: 147-172.
15. GREGG, I. Epidemiology. In: CLARK, T.S.H., GODFREY, S., eds. *Asthma*. Philadelphia: W. B. Saunders, 1977: 214-240.
16. SPEIZER, F.E.: Epidemiological aspects of asthma. *Triangle*, 1978; 17: 117-123.
17. MONTGOMERY SMITH, J.: Frecuencia de las enfermedades atópicas. *Clin. Méd. N.A.*, 1974; 58: 3-24.
18. SCHUHL, J.F.: Estudio de los alérgenos en el asma infantil en Montevideo. *Med. Uruguay*, 1969-1970; 7: 173-178.
19. GODFREY, S. Childhood asthma. In: CLARK, T.J.H., GODFREY, S., eds. *Asthma*. Philadelphia: W.B. Saunders, 1977: 324-366.
20. Mc NICOL, R.N., WILLIAMS, H.B.: Spectrum of asthma in children. I: Clinical and physiological components. *Br. Med. J.*, 1973; 4: 7-11.

La práctica médica general en un medio rural III. Sobre la prevalencia e incidencia de la insuficiencia cardíaca congestiva

(Revista Médica del Uruguay, 1990; 6: 9-12)

En la práctica médica del primer nivel asistencial, la insuficiencia cardíaca congestiva es una afección relativamente común en los gerontes, acerca de cuya prevalencia e incidencia en nuestro país poco conocemos. El envejecimiento progresivo de nuestra población (11,1% está integrado por personas con 65 años o más) (1), la regularización de los criterios diagnósticos de insuficiencia cardíaca desde el estudio Framingham (2) y las perspectivas que abren los adelantos terapéuticos (3), alientan y permiten atender con nuevo interés este problema. Este informe, que se inscribe en el espacio mayor de una investigación sobre la estructura y contenido de una práctica médica general en un medio rural, aporta algunos datos recogidos prospectivamente sobre la cuestión, en el ámbito de la epidemiología clínica descriptiva que a la práctica médica posibilita y acota el consultorio del primer nivel.

Dos comentarios finales. Primero, el conocimiento de que la hipertensión arterial es el principio predictor etiológico de la insuficiencia cardíaca congestiva y de que el tratamiento antihipertensivo previene su desarrollo (12-14) abre a la responsabilidad de los médicos generales del primer nivel de asistencia un fundado espacio de cambios favorables. Segundo, el conocimiento epidemiológico constituye uno de los habilitantes básicos del pensamiento clínico y no siempre ni muchas veces es trasladable. Debe ser producido localmente. El punto del primer encuentro del demandante con el sistema asistencial parece ser adecuado y necesario para ello, más aún cuando pensamos que es desde ahí que puede ampliarse el campo de visión clínica en el trabajo activo con la comunidad.

ARTICULOS ORIGINALES

Rev Med Uruguay 1990; 6: 9-12

La práctica médica general en un medio rural III Sobre la prevalencia e incidencia de la insuficiencia cardíaca congestiva.

Grupo Médico Migués. Dres.: María del Carmen Pichuaga, Ricardo Vivas, Daniel Díaz, Miguel D'Agosto, Juan Carlos Macedo.

Palabras clave:
Insuficiencia cardíaca congestiva. Incidencia. Prevalencia. Epidemiología. Medio rural. Uruguay.

Se presentan los resultados de un estudio prospectivo de epidemiología desde el consultorio del primer nivel asistencial sobre la insuficiencia cardíaca congestiva. El estudio abarcó un año y fue realizado en la práctica médica general de un medio rural, Migués, Uruguay.

En 1303 pacientes que consultaron, la insuficiencia cardíaca congestiva definida según los criterios establecidos en el estudio Framingham presentó una prevalencia de 17.6 por mil y una incidencia de 4.6 por mil. La prevalencia en el sexo masculino fue de 25.1 por mil y la incidencia 8.3 por mil. En el sexo femenino la prevalencia fue de 11.4 por mil y la incidencia 1.4 por mil. Fue notorio el aumento de la prevalencia con la edad, alcanzando una tasa de 121.7 por mil en los pacientes con 75 años y mayores.

86.9% de los pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva presentaron hipertensión arterial, 17.3% cardiopatía isquémica, 13% diabetes mellitus, 8.6% enfermedad pulmonar obstructiva crónica, y un paciente presentó BAVC con desarrollo posterior del síndrome.

La muy alta frecuencia de la hipertensión arterial entre los predictores etiológicos de la insuficiencia cardíaca congestiva abre a quienes actúan en el nivel asistencial primario, la posibilidad de un verdadero impacto preventivo de esta afección.

Dra. María del Carmen Pichuaga
Practicante Interna del MSP
Dr. Ricardo Vivas
Médico
Dr. Daniel Díaz
Médico
Dr. Miguel D'Agosto
Docente Clínico de la Facultad de Medicina
Dr. Juan Carlos Macedo
Docente Clínico de la Facultad de Medicina

INTRODUCCION

En la práctica médica del primer nivel asistencial, la insuficiencia cardíaca congestiva es una afección relativamente común en los gerontes, acerca de cuya prevalencia e incidencia en nuestro país poco conocemos. El envejecimiento progresivo de nuestra población (11.1% de la misma está integrada por personas con 65 años o más) (1), la regularización de los criterios diagnósticos de insuficiencia cardíaca desde el estudio Framingham (2), y las perspectivas que abren los adelantos terapéuticos (3), alientan, y permiten atender con nuevo interés este problema.

Este informe, que se inscribe en el espacio mayor de una investigación sobre la estructura y contenido de una práctica médica general en un medio rural, aporta algunos datos recogidos prospectivamente sobre la cuestión, en el ámbito de la epidemiología clínica descriptiva que a la práctica médica posibilita y acota el consultorio del primer nivel.

MATERIAL Y METODO

El Grupo Médico Migués constituye un grupo de trabajo de medicina general con una práctica regularmente establecida desde 1976 en la localidad que le da nombre. Esta asienta en la 9ª sección de Canelones (375 Km²), sección con una alta concentración de pequeños productores rurales y el mayor índice emigratorio del departamento: 8353 habitantes en 1975 y 7512 en 1985. La sección cuenta con tres núcleos poblados, Montes (2156 habitantes), Estación Migués (256 habitantes), y Migués (2052 habitantes) (1). Las personas que habitualmente concurren a nuestro consultorio provienen de Migués, Estación Migués, y la zona rural. La población de Montes se asiste, por lo regular, localmente en dos consultorios allí instalados.

El volumen de nuestra actividad puede valorarse tomando en cuenta que en los 7 años transcurridos entre 1-V-1981 : 30-IV-1988 hemos asistido 3737 pacientes en 36.709 consultas, habiendo realizado 535 internaciones y registrado 296 muertes.

Este trabajo se llevó a cabo en el año comprendido entre 1-V-1987 : 30-IV-1988. En ese período asistimos un total de 1303 pacientes (fig. 1). El diagnóstico de insufi-

Correspondencia: Dr. Juan Carlos Macedo, Migués, Canelones. URUGUAY.

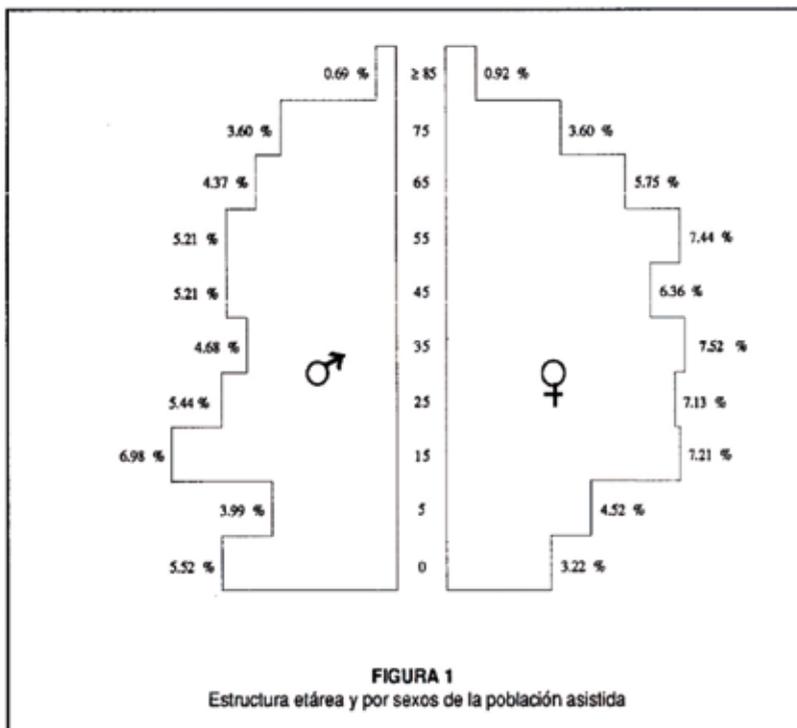


FIGURA 1
Estructura etárea y por sexos de la población asistida

ciencia cardíaca congestiva se realizó en base a los criterios establecidos por McKee et al. (cuadro I), comprobados por nosotros en algún momento del período analizado. Un diagnóstico definitivo exige la presencia concurrente de un criterio mayor y dos menores, o dos o más criterios mayores. En nuestra serie, 5 pacientes presentaron un criterio mayor y dos o más menores, y 18 presentaron dos o más criterios mayores, hasta seis. Los más frecuentes entre los mayores fueron la cardiomegalia, en 18 casos, estertores húmedos en 17, y disnea paroxística nocturna en 15.

Entre los menores, los edemas de miembros inferiores en 21 casos, la disnea de esfuerzo en 20, y la tos nocturna en 13.

RESULTADOS

De los 1303 pacientes vistos, 23 satisficieron los criterios diagnósticos exigidos, lo que indica una prevalencia de 17.6 por mil. Considerada por sexos la prevalencia fue de 25.1 por mil para el sexo masculino y de 11.4 por mil para el sexo femenino. La distribución según grupos etárea muestra un marcado aumento con la edad (cuadro II), llegándose a una prevalencia de 121.7 por mil en

los pacientes con 75 y más años.

De los 23 pacientes, 6 inauguraron el síndrome en el año examinado, lo que hace una incidencia anual de 4.6 por mil; 8.3 por mil entre los varones y 1.4 por mil entre las mujeres.

En esta serie, 20 de 23, 86.9% de los pacientes, fueron hipertensos (hipertensión definida como el hallazgo en dos oportunidades en el plazo de un mes, o en tres oportunidades en cualquier plazo, de valores superiores a 140/95 mm Hg en el sexo masculino y de 160/90 en el sexo femenino).

Visto el problema desde el otro lado, de los 213 hipertensos que consultaron en el período considerado, 9.38% presentó insuficiencia cardíaca congestiva. Respecto a otras etiologías 4 de 23, 17.3% de la serie, presentó cardiopatía isquémica (antecedentes de infarto de miocardio y/o angina de pecho), aunque los 4 casos presentaron hipertensión arterial asociada. En el año estudiado vimos 27 pacientes con cardiopatía isquémica, de los que entonces, 14.8% presentó insuficiencia cardíaca congestiva. Tres de los 23 casos fueron diabéticos (4), 13%, aunque como en la situación anterior presentaban hipertensión concurrente. Del total de diabéticos vistos en el año, 23, 13%, por lo tanto, presentó insuficiencia cardíaca congestiva. De los 3 pacientes no hipertensos,

CUADRO I Criterios diagnósticos de Insuficiencia Cardíaca Congestiva (2)	
Criterios Mayores	Criterios Menores
Disnea paroxística nocturna u ortopnea Distensión de las venas del cuello Estertores húmedos Cardiomegalia Edema agudo de pulmón Galope S ₃ Presión venosa aumentada 16 cm H ₂ O Tiempo circulatorio 25 S Reflujo hepato yugular Pérdida de peso 4.5 Kg en cinco días en respuesta al tratamiento*	Edema de tobillos Tos nocturna Disnea de esfuerzo Hepatomegalia Derrame pleural Disminución de la capacidad vital 1/3 del máximo Taquicardia 120/min.

* Es Criterio Mayor, pero si es consecuencia a otros factores es Criterio Menor.

2 presentaron enfermedad pulmonar obstructiva crónica, y en 1 existió bloqueo aurículo-ventricular completo (BAVC) con desarrollo del síndrome luego de 31 meses de implantado el marcapaso.
 En el año de desarrollo del trabajo murieron 3 de los 23 pacientes de la serie, uno de los cuales tuvo como principal causa de muerte la insuficiencia cardíaca.

DISCUSION

Un importante obstáculo para el conocimiento de la prevalencia e incidencia de la insuficiencia cardíaca congestiva fue la ausencia de criterios diagnósticos uniformes, recién introducidos en 1971 (2). Debe señalarse, sin embargo, la muy lenta y escasa difusión de los mismos, aun en el ámbito académico. Tampoco ayuda a ese conocimiento la estructura de nuestra práctica asistencial. Una visión desde el consultorio del primer nivel es sin duda una visión sesgada desde el punto de vista epidemiológico, aunque se corresponde con el área de más amplia visibilidad clínica posible desde el trabajo diario.

Los datos, de fuente diversa (5), no abundan respecto a este asunto en la literatura médica (6). Además, ignoramos los que puedan haberse producido en el área latinoamericana, y por lo que sabemos, es éste el primer informe de este tipo en nuestro país.
 En Inglaterra y Gales, un estudio basado en las historias clínicas de las personas vistas por 171 médicos generales durante un año, V-1955 : IV-1956, mostró una prevalencia de insuficiencia cardíaca congestiva de 3 por mil (7). En dos condados rurales de EEUU y en base a cuestionarios llenados por médicos frente a todos los cardiopatas vistos en un período de 6 meses de los años 1962 y 1963, se encontraron cifras de prevalencia de 8.8 por mil y 10.2 por mil (8). En un condado de Georgia, EEUU, el examen médico de 90-94% de los habitantes con edades comprendidas entre 15-74 años mostró una prevalencia de 13 por mil (McDonough citado por Gibson).
 El estudio Framingham iniciado en 1949 con una población de riesgo de 5192 personas entre 30-62 años, controlada bianualmente, reveló una incidencia anual de insuficiencia cardíaca congestiva de 3.7 por mil para el sexo masculino y de 2.5 por mil para el femenino (9).
 Nuestros datos, prevalencia 17.6 por mil, incidencia 4.6

Grupos Etáreos	♀		♂		♀ + ♂	
	Población asistida	Insuficiencia cardíaca Nº Tasa %	Población asistida	Insuficiencia cardíaca Nº Tasa %	Población asistida	Insuficiencia cardíaca Nº Tasa %
<55	472	0 0	419	0 0	883	0 0
55 - 64	97	1 10.3	68	1 14.7	165	2 12.1
65 - 74	75	2 26.6	57	6 87.7	132	7 55.1
≥75	59	5 84.7	56	9 142.8	115	14 121.7
Todas las edades	703	8 11.3	600	15 25.0	1303	23 17.6

Grupo Médico Migues

por mil, basados en el examen y seguimiento (4 consultas por paciente de promedio anual) de la población que demandó asistencia durante un año, no son fácilmente trasladables a otras prácticas, aunque coinciden en señalar el notorio aumento de la prevalencia con la edad y la mayor prevalencia e incidencia en los varones.

También es dable observar en nuestra serie, el afromador predominio de la hipertensión arterial entre los factores etiológicos de la insuficiencia cardíaca congestiva, 86,9% de nuestros pacientes la presentaron. Este hecho, ya señalado en 1939 (10), fue claramente establecido en el estudio Framingham (2,11). En éste, 75% de quienes desarrollaron insuficiencia cardíaca congestiva fueron hipertensos, 10% presentaron cardiopatía isquémica sin hipertensión, y 16% fueron diabéticos. Los hipertensos mostraron una probabilidad 6 veces mayor que los normotensos para desarrollar el síndrome, los diabéticos un riesgo 4 o 5 veces mayor que los no diabéticos, y aquéllos con cardiopatía isquémica presentaron una frecuencia de insuficiencia cardíaca congestiva 10 veces superior a la de la población general.

En nuestro trabajo, 17,3% de los casos presentaron cardiopatía isquémica, y 13% diabetes.

Dos comentarios finales. Primero, el conocimiento que la hipertensión arterial es el principio predictor etiológico de la insuficiencia cardíaca congestiva, y que el tratamiento antihipertensivo previene el desarrollo de la misma (12-14), abre a la responsabilidad de los médicos generales del primer nivel de asistencia un fundado espacio de cambios favorables. Segundo, el conocimiento epidemiológico constituye uno de los habilitantes básicos del pensamiento clínico, y no siempre ni muchas veces es trasladable. Debe ser producido localmente. El punto del primer encuentro del demandante con el sistema asistencial parece ser adecuado y necesario para ello, más aún cuando pensamos que es desde ahí que puede ampliarse el campo de visión clínica en el trabajo activo con la comunidad.

Résumé

Voici les résultats d'une étude épidémiologique réalisée au cabinet de consultation d'un milieu rural sur l'insuffisance cardiaque. Chez 1303 patients, l'insuffisance cardiaque congestive définie selon les critères Framingham, eut une prévalence de 17,6% et une incidence de 4,6%. Chez les femmes, 11,4% et 1,4% respectivement. Les chiffres de prévalence augmentaient avec l'âge, atteignant 121,7% chez les patients de plus de 75 ans. 86,9% des patients à insuffisance cardiaque congestive présentèrent hypertension artérielle, 17,3% cardiopathie ischémique, 13% diabète mellitus, 8,6% obstruction pulmonaire chronique et un patient présent BAVG.

Pour ceux qui agissent à niveau d'assistance primaire, la haute fréquence de l'hypertension artérielle parmi les éléments prédictifs étiologiques de l'insuffisance cardiaque congestive, ouvre la possibilité d'un énorme champ de prévention de cette maladie.

Summary

A survey is carried out of the results of a prospective study of epidemiology starting from the consulting room

of early level care, regarding congestive cardiac failure. The study comprised one year and was performed in conjunction with general medical practice in a rural area, Migues, Uruguay.

Of 1.303 consulting patients, congestive cardiac failure defined in accordance with criteria set out in the Framingham study there was 17,6% prevalence and 4,6% incidence. Male prevalence was 25,1% and incidence 8,3%. Female prevalence was 11,4% an incidence 1,4%.

Higher incidence with age was noticeable, with a 121,7% rate in patients aged 75 or older.

86,9% of patients with congestive cardiac failure exhibited arterial hypertension, 17,3% ischemic cardiopathy, 13% diabetes mellitus, 8,6% chronic obstructive pulmonary disease while one patient presented complete ventricular atrial block with subsequent development of the syndrome.

The very high rate of arterial hypertension among the etiologic predictors of congestive cardiac failure provides early care staff with the possibility of a distinct preventive management of the condition.

Bibliografía

1. OROÑO A, PELUFO O. Los números de Canelones-Uruguay. Las Piedras: Todo interior, 1988.
2. MCKEE PA, CASTELLI WP, MCNAMARA PM, KANNEL WB. The natural history of congestive heart failure: The Framingham study. *N Engl J Med* 1971; 285: 1441.
3. RUGGIE N. Congestive heart failure. *Med Clin North Am* 1986; 70: 829-51.
4. NATIONAL DIABETES DATA GROUP. Classification and diagnosis of diabetes mellitus and other categories of glucose intolerance. *Diabetes* 1979; 28: 1039-57.
5. KLAINER LM, GIBSON TC, WHITE KL. The epidemiology of cardiac failure. *J Chronic Dis* 1965; 18: 797-814.
6. SMITH WM. Epidemiology of congestive heart failure. *Am J Cardiol* 1985; 55: 3A-8A.
7. LOGAN WPD, CUSHION AA. Morbidity Statistics from general practice, Vol I Studies on Medical and Population Subjects. Nº 14 HM Stationary Office, London, 1958.
8. GIBSON TC, WHITE KL, KLAINER LM. The prevalence of congestive heart failure in two rural communities. *J Chronic Dis* 1966; 19: 141-52.
9. KANNEL WB, SAVAGE D, CASTELLI WP. Cardiac failure in the Framingham study: Twenty year follow-up. In: Braunwald E ed *Congestive heart failure: current research and clinical applications*. New York: Grune and Stratton, 1982.
10. BEDFORD DE. Left Ventricular failure. *Lancet* 1939; 1: 1303-9.
11. KANNEL WB, CASTELLI WP, MC NAMARA PM, MC KEE PA, FEINLEIB M. Role of Blood pressure in the development of congestive heart failure. *N Engl J Med* 1972; 287: 781-7.
12. WOLFF FW, LINDERMAN RD. Effects of treatment in Hypertension: results of a controlled study. *J Chronic Dis* 1966; 19: 227-40.
13. VETERANS ADMINISTRATION COOPERATIVE STUDY GROUP ON ANTIHYPERTENSIVE AGENTS. Effects of treatment on morbidity in Hypertension: results in patients with diastolic blood pressures averaging 115 through 129 mm Hg. *JAMA* 1967; 202: 1028-34.
14. VETERANS ADMINISTRATION COOPERATIVE STUDY GROUP ON ANTIHYPERTENSIVE AGENTS. Effects of treatment on morbidity in hypertension: II Results in patients with diastolic blood pressures averaging 90 through 114 mm Hg. *JAMA* 1970; 213: 1143-52.

La práctica médica general en un medio rural IV. Anemias y morbilidad crónica en pacientes con 75 años y mayores no agudamente enfermos

(Revista Médica del Uruguay, 1990; 6: 110-113)

El contenido de la práctica médica general, o familiar, o del primer nivel asistencial, varía grandemente según países, regiones y momentos. En el Uruguay, una dificultad (adicional) para la definición de ese contenido es la presencia menor o de segundo orden, al borde de la inadvertencia y de la negligente indiferencia, de este modo del ejercicio médico, frente a la concepción y hacer médicos hegemónicos. Desde diversos ámbitos, sin embargo, empieza a cuestionarse esta hegemonía, urgidos todos por las necesidades que no puede resolver. Este trabajo, que cuenta con antecedentes (1), se inscribe en el objetivo de definir la estructura y el contenido de una práctica médica general (en el medio rural).

Rev Med Uruguay 1990; 6: 110-113

La práctica médica general en un medio rural IV Anemias y morbilidad crónica en pacientes con 75 años y mayores, no agudamente enfermos

Grupo Médico Migues

Dres. Elbio H. Paolillo, Miguel D'Agosto, Daniel Díaz, Juan Carlos Macedo

Como una contribución a la construcción del campo de la medicina general, se presentan algunos datos referidos a la epidemiología clínica de las anemias y la morbilidad crónica en pacientes con 75 años y mayores no agudamente enfermos. El trabajo abarcó un año y se cumplió en Migues, Uruguay. Los pacientes con 75 años y mayores (131) constituyeron el 9,5% de la población asistida e insumieron el 16,9% del total de las consultas del año. De esos 131, 109 ingresaron al estudio, 56 mujeres y 53 hombres.

La anemia, definida según los criterios establecidos por Bernard, coincidentes con los de la OMS, estuvo presente en el 11% de estos gerontes y fue más frecuente en el sexo masculino. La insuficiencia renal crónica, el sangrado digestivo, la infección y la neoplasia fueron las etiologías encontradas.

En este estudio se registró un promedio por paciente de episodios crónicos de enfermedad de 3,26 en el sexo femenino y 3,11 en el sexo masculino, correspondientes a 66 categorías diagnósticas. Los 20 diagnósticos más frecuentes reunieron el 81,4% de todos los episodios en el sexo femenino, y el 78,1% en el sexo masculino.

Palabras clave:
Anciano.
Anemia.
Epidemiología.
Enfermedad crónica.

Dr. Elbio H. Paolillo. Médico, MSP
Dr. Miguel D'Agosto. Docente Clínico de la Facultad de Medicina
Dr. Daniel Díaz. Médico
Dr. Juan Carlos Macedo. Docente Clínico de la Facultad de Medicina

Introducción

El contenido de la práctica médica general, o familiar, o del primer nivel asistencial, varía grandemente según países, regiones y momentos. En el Uruguay, una dificultad (adicional) para la definición de ese contenido es la presencia menor o de segundo orden, al borde de la inadvertencia y de la negligente indiferencia de este modo del ejercicio médico, frente a la concepción y hacer médicos hegemónicos.

Desde diversos ámbitos, sin embargo, empieza a cuestionarse esta hegemonía, urgidos todos por las necesidades que no puede resolver.

Este trabajo, que cuenta con antecedentes (1), se inscribe en el objetivo de definir la estructura y el contenido de una práctica médica general (en el medio rural).

En nuestra actividad clínica es alto el número de gerontes y es aún más alta la proporción de la consulta global que insumen.

En este informe prospectivo comunicamos la prevalencia de las anemias y, en la misma población, la patología crónica presente en los pacientes con 75 años y mayores, no agudamente enfermos, que consultaron en el lapso de un año, como una contribución a la epidemiología desde el consultorio de este grupo de la tercera edad.

Material y método

El Grupo Médico Migues constituye un grupo de trabajo de medicina general con una práctica regularmente establecida desde 1976 en la localidad de Migues. Esta

Correspondencia: Dr. J. C. Macedo
Migues - Canelones, Uruguay

CUADRO I
Morbilidad crónica en pacientes con 75 años y más
Lista de los 20 diagnósticos más frecuentes

Femenino (N = 183)	Nº	Masculino (n = 165)	Nº
Hipertensión arterial	34	Hipertensión arterial	23
Asma	12	Uropatía obstructiva	14
Coxartrosis	10	Coxartrosis	13
Gonartrosis	9	EPOC	12
Inestabilidad	9	Insuficiencia cardíaca	10
Insuficiencia cardíaca	8	Demencia senil	8
Obesidad	8	Asma	5
Demencia senil	6	Angina de pecho	5
Fibrilación auricular	6	Hernia inguinal	5
Varices de MMII	6	Gonartrosis	4
Cataratas	6	Sordera	4
Sínd. Parkinsoniano	5	Cáncer de próstata	4
Sordera	5	BAVC	4
Osteoporosis	5	Diabetes	3
Sínd. depresivo	4	Dispepsia	3
Prolapso genital	4	Fibrilación auricular	3
BCRI	3	Senilidad	3
Eventración	3	Sínd. depresivo	2
Hernia hiatal	3	Litiasis urinaria	2
Glaucoma	3	Cataratas	2
	149 (81.4%)		129 (78.1%)

BCRI = Bloqueo completo de rama izquierda; BAVC = Bloqueo aurículo-ventricular completo

asienta en la 9a. sección de Canelones (375 Km²), sección con una alta concentración de pequeños productores rurales y el mayor índice emigratorio del departamento: 8.353 habitantes en 1975 y 7.512 en 1985.

La sección cuenta con tres núcleos poblados, Montes (2.156 habitantes), Estación Migueles (256 habitantes), y Migueles (2.052 habitantes). Las personas que habitualmente concurren a nuestro consultorio provienen de Migueles, Estación Migueles y la zona rural dispersa, siendo muy escasas las provenientes de Montes.

El grupo cuenta con un sistema de registro construido progresivamente desde 1-V-1981, constituido por: registro de actividad diaria (consultas, exámenes paraclínicos solicitados, medicamentos recetados, maniobras realizadas, internaciones y muertes), historia clínica, registro de población asistida por sexos, edades, residencia, anual y acumulada, y registro parcial de morbilidad que abarca unos 50 problemas clínicos.

Este trabajo se llevó a cabo en el año comprendido entre 8-IX-1984 y 7-IX-1985. En ese período asistimos un

total de 1.369 pacientes en 5.454 consultas. Los requisitos para participar del estudio fueron: edad de 75 o más años, ausencia de enfermedad aguda en el momento del ingreso, y realización de encuesta hematológica mediante hemograma.

La exigencia de la edad fue cumplida por 131 pacientes a los que asistimos en 926 consultas. De estos, fueron vistos durante un episodio agudo de enfermedad que terminó en la muerte 8 pacientes, y no retornaron a la consulta 5 pacientes. De los 118 restantes en condiciones de participar del estudio, no fue posible la encuesta hematológica en 9. Ingresaron, pues, efectivamente, 109 pacientes, 56 mujeres y 53 varones, sobre los que se elaboró el informe.

El diagnóstico de anemia se realizó en base a los criterios establecidos por Bernard (2), coincidentes con los definidos por la OMS: cifra inferior a 13g% en los hombres, y cifra inferior a 12g% en las mujeres. Todos los hemogramas fueron procesados en el Laboratorio Castro Gherardi.

Grupo médico Migues

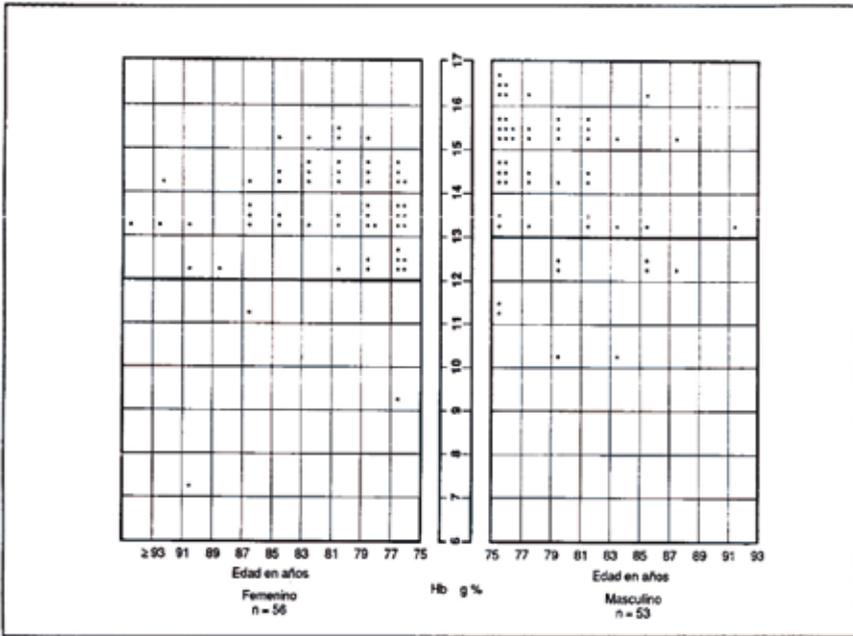


Figura 1. Distribución de los valores de hemoglobina encontrados según edad y sexo

Los diagnósticos referidos a la patología crónica presente fueron discutidos por dos médicos del grupo, que contaron con una práctica común mínima de un año. Debe aclararse que, salvo para las anemias, no se establecieron criterios diagnósticos definidos a priori, por lo que éstos deben considerarse como representativos de la producción diagnóstica de un grupo de médicos prácticos en su actividad asistencial habitual.

Resultados

Los pacientes con 75 años y mayores constituyeron el 9,5% de la población asistida e insumieron el 16,9% del total de las consultas del año.

De los 109 pacientes estudiados, 12, o el 11%, presentaron anemia (Figura 1). De ellos 9 correspondieron al sexo masculino (9/53 o 16,9%) y 3 al sexo femenino (3/56 o 5,3%).

Tres correspondieron a anemias microcíticas-hipocrómicas, y 9 a anemias normocíticas-normocrómicas.

Respecto a la etiología, en 2 no se encontró causa obvia, en 5 fue expresión de insuficiencia renal crónica, 3 de los cuales presentaron clínica de uremia en algún momento, y los 5 mostraron clearances calculados bajos (3): 22,10, 19,31, 15,68, 14,21 y 11,04 ml/min. En 2 la causa fue el sangrado digestivo (gástrico en uno, hemorroidario en

otro). En 2 fue la infección (urinaria en uno, piel y celular subcutáneo en otro), y en 1, una neoplasia digestiva (cáncer de colon).

Exceptuando las anemias, se diagnosticaron 346 episodios crónicos de enfermedad, 165 en varones y 183 en mujeres, correspondientes a 66 ítems diagnósticos de los que la Tabla muestra los 20 más frecuentes en cada sexo. Estos 20 dan cuenta del 81,4% de los episodios registrados en el sexo femenino, y del 78,1% de los correspondientes al sexo masculino. El promedio de problemas crónicos por paciente fue de 3,19, 3,26 en las mujeres y 3,11 en los hombres.

Discusión

Es un hecho establecido el envejecimiento progresivo de nuestra población. Las personas con 65 años y más constituyen en nuestro país el 3% del total en 1908, el 8% en 1963, el 10% en 1975, y el 11% en 1985 (4). El creciente peso demográfico y del consumo asistencial en el primer nivel (9,5% de los pacientes insumieron 16,9% de las consultas en este estudio), justifican la aproximación al aclaramiento de su morbilidad.

En base a una encuesta realizada en Sheffield, Inglaterra, en personas retiradas de la vida activa, viviendo en su hogar, solos o con su cónyuge, Hobson (5) informa de un

5,1% de anemias en 177 hombres con edades comprendidas entre 66 y 85 años, y 6,5% en 246 mujeres con edades entre 61 y 87 años.

Fry (6), en su práctica general en un suburbio de clase media de Londres, Inglaterra, comunica, en la población asistida con 70 años y mayores, de una prevalencia acumulada en 5 años de 7,08% en 127 hombres y de 9,15% en 142 mujeres. Las causas más frecuentes en su serie fueron: neoplasias, sangrado gastrointestinal, anemia perniciosa. En 104 enfermos mayores de 60 años internados en una sala de medicina general en un hospital de Jerusalén, Matzner et al. (7) comunican 15 casos de anémicos con valores de hemoglobulina inferiores a 11 g% cuyas etiologías fueron mayoritariamente la insuficiencia renal crónica, el cáncer metastásico, el sangrado gastrointestinal y la infección.

En el presente trabajo, el hallazgo de un 11% de anémicos en la población asistida con 75 y más años, representa un primer dato a tomar en cuenta ante la ausencia de antecedentes nacionales en este campo de estudio.

Las etiologías encontradas: insuficiencia renal crónica, sangrado gastrointestinal, infección y neoplasia, confirman una vez más que no es el envejecimiento sino la patología la causa de la anemia (8) y que dentro de éstas, la carencia nutricional, si es que lo juega, no tiene un papel preponderante.

La Encuesta Familiar de Salud realizada por el MSP en 1984 (4) verificó una tasa de percepción de enfermedades crónicas creciente con la edad, y con la urbanización y los menores ingresos económicos de la familia. Las patologías atribuidas como causas de malestar denunciadas por los encuestados fueron las cardiopatías, los reumatismos, y la hipertensión arterial. La elevada tasa de episodios crónicos de enfermedad registrados por nosotros, 3,26% en el sexo femenino y 3,11% en el sexo masculino, concuerda con aquel hallazgo. Dibarbouré (1) señala una situación cualitativamente similar en cuanto a la morbilidad y distribución de consultas.

La lista de diagnósticos observados en el Cuadro I indica la importancia de las afecciones más frecuentes, por su gravedad pronóstica, por lo que suponen en cuanto a la limitación de la vida independiente, autoválida.

Debe insistirse en que, dado el modo de recolección de los datos referidos a la morbilidad crónica (no se establecieron criterios definidos a priori para cada afección), éstos deben tomarse como meramente indicativos pero no como descriptores de una situación.

Estudios posteriores deberán precisar esta realidad. Se trata de la definición, de la construcción operativa, del campo de la medicina general cuya ubicación, en relación a las otras ramas del hacer médico, resulta decisivo en el momento del planteo del reordenamiento del trabajo asistencial y sus consecuencias en la producción de conocimientos y en la formación profesional.

Résumé

On présente quelques renseignements sur l'épidémiologie clinique des anémies et la morbidité chronique chez des malades pas graves de 75 ans et plus, comme une

contribution au domaine de la médecine générale. L'expérience a eu lieu à Migueles, Uruguay, et a duré un an. Les patientes de 75 ans et plus (131) constituèrent 9,5% de la population assistée et firent 16,9% des consultations de l'année. De ces 131, 109 subirent l'étude, dont 56 femmes et 53 hommes.

L'anémie définie selon les critères de Bernard qui correspondent à ceux de la OMS, fut présente en 11% de ces patients, plus fréquente chez les hommes. Les étiologies trouvées furent l'insuffisance rénale chronique, le saignement digestif, l'infection et la néoplasie. Une moyenne de 3,26 d'épisodes chroniques chez les femmes et de 3,11 chez les hommes fut déterminée, à 66 catégories diagnostiques. Les 20 diagnostics les plus fréquents réunirent 81,4% de tous les épisodes chez les femmes et 78,1% chez les hommes.

Summary

As a contribution to general medicine, a survey is made of some data referred to clinical epidemiology of anemia and chronic morbidity in not acutely ill patients aged 75 or older. The study embraced one year and was carried out in Migueles, Uruguay. Patients aged 75 or older (131) made up 9.5% of the population cared for and constituted 16.9% of the total yearly consultations.

Of these 131 patients, 56 women and 53 men were included in the study.

Anemia defined according to the criteria set forth by Bernard coincident with those of WHO was present in 11% of these aged persons and was more frequent in males. Chronic renal failure, digestive bleeding, infection and neoplasia were the etiologies met with. In this study there were recorded an average, per patient of chronic episodes of disease 3.26 in females and 3.11 in males, corresponding to 66 diagnostic categories. The 20 most frequent diagnoses combined 81.4% of all episodes in females and 78.1% in males.

Bibliografía

1. Dibarbouré H. Atención primaria de la salud (Análisis de un año de trabajo médico). Montevideo, Departamento de Publicaciones de la Universidad de la República, 1988.
2. Bernard J, Lévy JP, Clauvel JP, Rain JD, Varet B. Abrégé d'hématologie, 2ème. éd, Paris, Masson 1973: 45.
3. Cockcroft DW, Gault MH. Prediction of creatinine clearance from serum creatinine. Nephron 1976; 16: 31-41.
4. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (Uruguay). Estudios del Sistema de Servicios de Salud. Encuesta Familiar de Salud. Montevideo. Ministerio de Salud Pública, Secretaría de Planeamiento, Coordinación y Difusión, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, OMS/OPS, 1984.
5. Hobson W, Blackburn EK. Haemoglobin levels in a group of elderly persons living at home alone or with spouse. Brit Med J 1953; 1: 647-9.
6. Fry J. Clinical patterns and course of anaemias in general practice. Brit Med J 1961; 2: 1732-6.
7. Matzner Y, Levy S, Grassowicz N, Izak G, Herahito C. Prevalence and causes of anemia in the elderly. Israel J Med Sci 1978; 14: 1165-9.
8. Freedman ML, Marcus DL. Anemia and the elderly: is it physiology or pathology? Am J Med Sci 1980; 280: 81-5.

Anexo 3

**Semblanzas de médicos
que hoy ya no están**

Luis Gonzalo Aiello Astarita (1954-2010)

Gonzalo Aiello, conocido como el Flaco, nació en Montevideo el 24 de abril de 1954 y se tituló como médico en marzo de 1984. Participó activamente del Grupo Mígués, encabezado por el Dr. Juan Carlos Macedo, y, desde su fundación, en las tareas de redacción de la revista *Compendio*. Luego de realizar el internado y la residencia, se inclinó a la medicina interna, donde recorrió distintos grados en Clínica Médica, culminando como grado 4 de Clínica Neumológica, en el servicio del Prof. Luis María Piñeyro Gutiérrez. Generoso y fraterno en el trabajo, dinámico y entusiasta para debatir, fue un referente de muchas generaciones, de sus contemporáneos y de las generaciones que le siguieron, a las que dedicó muchas horas en la ayuda amplia para preparar concursos y trabajos. Llevó adelante tareas en la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y gremialmente en el SMU y en la Asociación de Docentes de la Universidad de la República (ADUR) Medicina.

Cuando Aiello falleció, el 11 de marzo de 2010, Elbio Paolillo escribió:

Conocí a Gonzalo en 1971, cursábamos 1.º de preparatorios de Medicina en clases diferentes, pero en la misma institución. Ese año nos vimos pocas veces, pero se inició una amistad de toda la vida.

Nos encontramos nuevamente en el ingreso a Facultad en 1973, desde junio a octubre, cuando la Facultad fue intervenida, participamos intensamente en la Asociación de los Estudiantes de Medicina (AEM). Gonzalo era identificado y perseguido por la condición de tupamaro de su hermano; esta circunstancia la enfrentaba con valentía, no evitaba ningún riesgo y nos transmitía un cierto orgullo y a la vez su preocupación casi “paternal” por la situación de Jorge.

En los años siguientes cursamos con la Facultad intervenida, su militancia en la AEM fue permanente. En las previas de la fundación de lo que sería luego *Compendio*, conocimos Gonzalo, Luis Bibbó y yo a Juan Carlos Macedo. Fue un encuentro increíble, en la casa de Juan Carlos en la calle Propios, estábamos en 1976, en la época más dura de represión contra el Partido Comunista, que Juan Carlos integraba.

Macedo nos habló de producción científica, de investigación, de rigor metodológico, y todo esto como generación de cultura y, en consecuencia, como un acto de resistencia a la dictadura. Quedamos impactados y marcados para siempre, un hombre a quien acabábamos de conocer, vestido de equipo médico blanco, que fumaba de continuo, prácticamente clandestino y con su libertad amenazada, nos alentaba y se integraba en un emprendimiento editorial.

Tomamos contacto con el “Maestro” Manuel Espínola Gómez, quien con Walter Aiello asumió la estética y la gráfica de la revista y se inicia la aventura de *Compendio Revista Médica*.

Macedo nos pone en contacto con el Grupo Médico Miguez y con el grupo de exprofesores de Facultad que se reunían en la casa de Gómez Haedo los lunes de tarde, también como un acto de resistencia a la dictadura, donde se encontraban Avellanal, Cirillo y Etorena, entre otros.

Gonzalo toma la tarea de la parte gráfica de *Compendio* con Walter y participa, además, en todas las actividades de la revista. Son años muy duros, de incertidumbre y de falta de libertad, pero, a su vez, muy intensos y de trabajo diario, con participación de Pilar, Beatriz y María y nuestras familias.

Se profundiza la amistad con Juan Carlos y un sinnúmero de amigos del ambiente cultural y literario. Juan Carlos venía los lunes a Montevideo y nos encontrábamos; había lecturas de artículos científicos y de poesía.

En una oportunidad, el Flaco, a propósito de un verso de Juan Carlos que hablaba de la “propedéutica del vuelo”, lo encaró con su expresión habitual de seriedad y hasta de solemnidad y le preguntó qué quería decir y si le parecía adecuada su inclusión. Juan Carlos quedó sorprendido y el resto de nosotros atónitos, y enseguida largó el Flaco con esa mezcla de sonrisa y carcajada tan expresiva y característica, que distendía cualquier situación, así, con enorme sinceridad y afecto, le había dicho al Poeta lo que sentía y sentíamos todos, que entendíamos a veces poco de sus versos.

En estos días tengo la sensación de que puedo y quiero recordar cada vez que estuve con Gonzalo en Facultad, en *Compendio*, en Miguez, en el Clínicas, en el SMU, en tantos otros lugares.

;;;Qué difícil seguir!!! Sin Beto Avellanal, sin Juan Carlos, sin Gonzalo, en fin... sin los mejores.

Recuerdo una carta donde el Jaque Ivanier escribió: “la poesía y la muerte comparten el mismo privilegio, no se entienden”.

Elbio Paolillo

Luis Gonzalo “Flaco” Aiello Astarita (1954-2010)

María del Pilar Serra Sansone

Gonzalo nació en el seno de una familia tradicional. Padres profesionales, seis hermanos, uno fallecido prematuramente y de los cinco, tres varones de los cuales él el más chico. Estos tres eran muy unidos, sobre todo para tramar y llevar a cabo frecuentes picardías, tales como hacer una guerra de objetos voladores en el living de la casa, alcanzando uno de ellos la lámpara de cristal que rompió la gran bola inferior, a la que su madre —gran compinche de sus hijos—, con el fin de evitar el escándalo y rezongo a la llegada del padre del trabajo, reemplazó por una pelota de juguete sin que este se percatara.

Los Aiello se caracterizan por ser alegres, dotados de una gran capacidad histriónica, artística e irreverente, y no les falta la picardía o el sesgo irónico. Orgullosos de sus orígenes italianos, suelen jactarse de ello con humor hasta el día de hoy. Todas estas cualidades se destacaban en Gonzalo, a las que sumaba la facilidad de ser muy ocurrente y la capacidad de liderazgo. Ejemplo de ello son algunas anécdotas de la etapa liceal, como cuando un profesor había pedido a sus alumnos que leyeran y analizaran el *Romance de Abenámbar* (poema anónimo del romancero viejo español de la Edad Media, el cual recrea un diálogo entre el rey Juan II de Castilla y el moro Abenámbar) para comentar en clase. El profesor seleccionó a Gonzalo para que desarrollase el análisis pasando al frente de la clase. Pero la creatividad de aquel adolescente lo había llevado a olvidarse del análisis, optando por cambiar la letra del poema por uno más alegre y jocoso para todos, manteniendo la rima y la métrica, que desarrolló con total perfección y desparpajo ante todos. Logró como resultado las carcajadas de toda la clase y, en vez de una sanción, el reconocimiento de su profesor.

Su adolescencia estuvo marcada también por pérdidas y amarguras. Su padre, Alberto, falleció durante la adolescencia temprana, dejando una fuerte impronta en el recuerdo, debido a su genio y carácter, siempre recordado con cariño y humor en reuniones familiares. Su madre, Aurora, debió tomar el lugar de regente de la familia. Pocos años después todos ellos enfrentaron la noticia de que uno de sus hermanos había sido apresado por los militares de aquella época, hecho que se mantuvo por más de una década. Gonzalo estuvo inmerso en la situación en que se vivía en nuestro país de la década del setenta, transitando ese tiempo con gran interés por el conocimiento de todo lo que ocurría políticamente, generando un fuerte compromiso para luchar por la libertad, contra el totalitarismo, la represión y las injusticias sociales, conceptos que mantuvo posteriormente en su actividad militante gremial en la Asociación de Docentes de la Facultad de Medicina y luego en la Asociación de Docentes de la Universidad de la República - Federación de Docentes Universitarios del Uruguay, llegando a ser un reconocido dirigente. Ingresó a la Facultad de Medicina en el año del golpe de Estado e inicio del período de la dictadura militar. Al reingreso a la Facultad luego de la suspensión de las clases por el régimen totalitario, asistimos a la desaparición, expulsión y autoexpulsión de miles de docentes de la educación pública de nuestro país, incluyendo a reconocidos docentes de la Facultad de Medicina. Sus voces y enseñanzas fueron obligatoriamente prohibidas, como también la posibilidad de investigar y publicar. Gonzalo, el Chato (Dr. Elbio Paolillo) y Luis (Prof. Dr. Luis Bibbó) aún no habían comenzado las prácticas y aprendizajes que brinda el contacto directo con los pacientes, médicos, profesores y personal de la salud a través

de la experiencia del ingreso a algunos de los hospitales de la capital, pero varios docentes referentes ya eran conocidos por ellos.

Entre estos tres amigos, surgió la idea de crear la *Revista Médica Compendio*, la cual devolvería a aquellos docentes la voz escrita mediante sus opiniones, sentires y encare de los problemas sociosanitarios y educacionales, los que inevitablemente abarcaban conceptos políticos. Todo ello a punto de partida de artículos científicos seleccionados de revistas reconocidas mundialmente y traducidos al español. Es en ese proceso que conocen al Dr. Juan Carlos Macedo Orcasberro, quien, sumándose rápidamente al proyecto, se convirtió desde aquel momento en su referente, inspirador y maestro principal. Gonzalo transitó por un camino profesional similar al recorrido por Juan Carlos. Este fue amigo y consejero, con quien compartía los principios del quehacer médico. Juan Carlos veía a los pacientes desde un punto de vista holístico. Fue el primer docente que enseñó a sus estudiantes que un paciente no es la sumatoria de síntomas presentes a los que debemos ceñirnos para iniciar el análisis y así llegar a un diagnóstico, sino que es un ser humano inserto en un contexto personal, familiar, laboral, social, ideológico, afectivo-emocional, entre muchos otros aspectos, imposibles de deslindar para poder entender lo que en un momento le está sucediendo. Leer una historia clínica escrita por el Dr. Macedo era sin dudas peculiar. Desde su letra pareja, perfecta, con un estilo propio y legible —hecho fuera de lo común para los médicos en general—, hasta su contenido con su amplia visión, era en sí misma una obra de arte.

Los unió primero el proyecto *Compendio Revista Médica*, revista que fue, según el decir de Juan Carlos Macedo, un lugar de “resistencia”, reflexión y de aquello que estaba prohibido pensar. Luego Gonzalo se integró a trabajar en Mígues junto a Juan Carlos y al grupo de docentes médicos que constituyeron el Grupo Mígues: Carlos Gómez Haedo, Omar Etoarena, Roberto Avellanal, José Pedro Cirillo, Esmeralda Paulette, Federico Acosta y Lara, entre otros. Mígues fue un medio fecundo para el aprendizaje y la formación profesional y personal. Desde el saber cómo hacer y encarar la medicina rural en el primer nivel de atención (origen de lo que después se transformó en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria), hasta la discusión y el abordaje de aspectos sociales, filosóficos y culturales, donde la poesía de Juan Carlos y de otros colegas médicos y poetas, y las artes plásticas, junto a su amigo Manuel Espínola Gómez, se unían.

Después, el concurso del internado, cuando aún no era obligatorio, siendo los docentes para la preparación del concurso varios de los ya mencionados. ¡Quién podría dudar de que Gonzalo y sus compañeros estuvieron bien preparados!, logrando buenos puestos para un internado que duró siete años.

Continuó con el concurso para el ingreso a la carrera docente en la Clínica del Prof. Jorge Torres (su segundo mentor) del piso 8 del Hospital de Clínicas, llegando a profesor agregado (profesor grado IV) de Medicina Interna.

Amaba la docencia y los momentos en que compartía con las generaciones jóvenes. Lograba la atención a través de su vasto conocimiento mezclado con humor y disfrutando junto a ellos. Sus clases solían estar llenas de alumnos. En su carrera profesional y docente aportó al conocimiento no sólo en sus clases, sino también en la publicación de libros de medicina interna y de neumología, varios de ellos en conjunto con la Dra. Ethel Meerovich.

La Clínica del profesor Torres había sido anteriormente la del prestigioso Prof. Purriel (sucedido por el Prof. Bouton), donde Macedo se había formado como docente y posteriormente se vinculó al Instituto del Tórax y al Hospital Saint Bois.

Gonzalo también siguió el camino de la neumología luego de que le fuera encomendada la formación de una Unidad Docente Asistencial en el Hospital Saint Bois. Fue profesor agregado de dicha especialidad y nombrado director del área médica en el Hospital Saint Bois. Fue médico de la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa.

Su fallecimiento fue prematuro, lo sorprendió a él y a todos siendo joven aún, dejando el recuerdo pujante de su figura, su alegría, el recuerdo de un luchador, de un gran médico y docente, de un gran idealista y militante. Ha sido y seguirá siendo un ejemplo inspirador en la vida de sus familiares, amigos, colegas, estudiantes y militantes.

Roberto Avellanal (1929-2002)

Antonio L. Turnes⁶³

Roberto “Beto” Avellanal Migliaro fue uno de los referentes de la medicina nacional que contribuyeron eficazmente a su desarrollo en el último tercio del siglo XX. Había nacido en Montevideo el 3 de febrero de 1929, graduándose el mismo mes de 1959.

Fue un docente vocacional que se inició como ayudante de clase de Fisiología, practicante interno en los mejores servicios, más tarde como jefe de Clínica Médica en el Servicio del maestro profesor doctor Julio C. García Otero y luego trabajando en los servicios de los profesores doctores Juan Carlos Plá Verde y Héctor Franchi Padé, como jefe de Clínica Endocrinológica con el profesor doctor José Manuel Cerviño, luego profesor adjunto, hasta culminar como profesor agregado de Clínica Médica. De su actuación universitaria cabe recordar que colaboró activamente con la Facultad de Medicina en la restauración del Plan de Estudios 1968, como coordinador del Ciclo Clínico Patológico (CICLIPA) y en la instalación del internado obligatorio, que había sido una aspiración durante más de cincuenta años.

Avellanal se caracterizó por ser un hombre de gran prestigio entre sus colegas de todas las generaciones, por su sabiduría y calidad clínica de médico internista, muy especialmente por su carácter solidario y dispuesto a ayudar a los más jóvenes en la preparación de concursos y la elaboración de trabajos científicos. Esa misma actitud se tradujo en la organización de un grupo solidario con los familiares de los médicos y practicantes detenidos, en la década de 1970, idea concretada en el Fondo de Solidaridad Gremial que, por resolución de asamblea, brindó apoyo psicológico y material a los familiares angustiados y sufrientes, junto a otras prestigiosas figuras sindicales.

Cuando el sindicato fue intervenido, con un grupo destacado de colegas mantuvo encendida la llama sindical, constituyendo un núcleo que desarrolló intensa actividad científica y universitaria, al calor de reuniones realizadas por todo el país, que permitieron acercar a los médicos y sostener la esperanza en la larga lucha por la libertad. Así surgieron la revista *Compendio* y el Grupo de los Lunes, que se reunía en la casa del profesor doctor Carlos A. Gómez Haedo para actualizarse y discutir las novedades científicas, universitarias y gremiales.

Muchas horas dedicó Avellanal a la reorganización del gremio médico, cuando el sindicato estaba intervenido, a través del Comité Intergremial Médico (CIM), que reunió en un solo haz a los sindicalistas de todas las épocas y de todo el país para la recuperación de su gremio intervenido. De allí

63 Publicado en la *Revista Médica del Uruguay*, volumen 34, número 2, junio de 2018.

surgió la 7.^a Convención Médica Nacional, que analizó temas fundamentales para la profesión, cimentados en fuertes contenidos éticos. Tomaron entonces nuevo impulso los proyectos para lograr un sistema nacional de salud y bregar por la colegiación médica y la vigencia de un código de ética, así como temas vinculados al estatuto del trabajo médico y a la formación profesional a lo largo de toda la vida.

Fue presidente del Sindicato Médico del Uruguay en 1985, al retorno de la democracia y finalización de la intervención, siendo el que mayor votación alcanzó en la historia sindical, durante un período desafiante por la cantidad de escollos a vencer.

Defendió la reinsertión de los colegas que volvieron del exilio y tuvieron que revalidar sus títulos de médicos o de especialistas obtenidos en el exterior, junto a la inolvidable figura del doctor Mauricio Gajer. Ellos lograron simplificar los trámites universitarios y hacer posible que se reinsertaran en el país quienes habían retornado con tanta esperanza.

Luego de una década silenciado, reactivó la presencia del Sindicato Médico del Uruguay en los consejos de salarios, junto al profesor doctor Atilio Morquio, que había sido figura fundamental para la aprobación del laudo del grupo 50, que comprendía entonces a las actividades de la medicina colectivizada.

Fue un referente de primera línea para las más graves crisis de la salud, en particular las vividas a partir de 1986 con el cierre de las mutualistas críticamente desfinanciadas, que motivaron la clausura de la Asociación Fraternidad, Circolo Napolitano, Mutualista Italiana, La Fraternal Unida, La Unión Fraternal, Mutualista Batlle, Asociación Mutualista del Partido Nacional y OMA, con la pérdida de numerosas fuentes de trabajo de los colegas.

Logró la financiación para todos los asociados de la *Revista Médica del Uruguay*, antes de reducido tiraje y adquirida sólo por suscripción, a la vez que impulsó el crecimiento del boletín *Noticias* con la reanudación de la *Carta Médica (The Medical Letter)*, una publicación facilitada por la OPS-OMS sobre drogas y terapéutica, cuya edición estuvo interrumpida por muchos años.

En lo asistencial, fue médico de guardia en los hospitales públicos e internista del CASMU y de IMPASA, cargos que conservó mientras fue destituido por la dictadura de sus funciones docentes. Era muy apreciado por sus pacientes, porque a su sólida formación de clínico integral unía su espíritu cordial, con una luminosidad y simpatía que transmitía el optimismo con su sonrisa, la calidez de su trato cercano y la empatía que hacía de la consulta el encuentro de la confianza del que venía a buscar su consejo, con la conciencia alerta y amigable del médico.

En ocasión de la primera graduación de estudiantes de Medicina, que egresó tras cursar la última fase de la carrera, como nunca hasta entonces se había logrado hacer, despidió a los recién graduados con un breve y memorable discurso, fuera de su estilo habitual, que los impactó grandemente. Poco

después, el Consejo de la Facultad reconoció la fecundidad de su actuación docente nombrándolo profesor emérito.

Su vida estuvo marcada por una intensa actividad dedicada al estudio, la producción científica y la preparación de sucesivos concursos, unida a su vida gremial, cultural y familiar, así como manteniendo un rico núcleo de amigos. Tempranamente sufrió las consecuencias de las tensiones en la vida y el trabajo, que limitaron transitoriamente sus compromisos. Sin embargo, pudo más la pasión que vibraba en él por transformar la realidad que los límites sugeridos por sus médicos. Mantuvo un férreo compromiso con lo que había sido su amor a la medicina, a la facultad y al gremio, falleciendo el 1.º de marzo de 2002.

Fue un auténtico referente en materia de profesionalismo y dignidad ciudadana. Todo cuanto hizo lo realizó con un optimismo contagioso, fundado en la confianza en los valores auténticos del ser humano. También fue un gran conductor de grupos, ejerciendo un liderazgo democrático, con alta capacidad para la escucha y el diálogo a todo nivel, pero combinando esa virtud con la firmeza de sus convicciones y la certeza de su rumbo. Privilegió siempre el interés colectivo sobre el individual, pleno de entusiasmo juvenil acompañado de profunda alegría. Su voz y su presencia eran un estímulo para quienes le rodeaban. Su espíritu solidario en lo médico y en lo social orientó una vida marcada por la amalgama de solidez moral, sabiduría y enorme humildad. La fragilidad de su salud no le restó energía para abordar tan importantes y fructíferas actividades para las instituciones universitarias y gremiales. Tuvo una vida plena en frutos para las instituciones que contaron con su impulso, aunque magra en resultados para su propio interés. Fue un auténtico referente a quien debemos recordar y homenajear por todo cuanto ha significado para el progreso de las instituciones que se nutrieron con sus aportes.

Jorge Bouton Martínez (1914-1994)

Antonio L. Turnes⁶⁴

Jorge Bouton Martínez fue un médico uruguayo nacido en Montevideo el 28 de junio de 1914, egresado en 1948, que recorrió las clínicas de los profesores Pablo Scremini, Alfredo Navarro, Julio García Otero, Pablo Purriel y Carlos V. Stajano. Actuó en el servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas desde su inauguración hasta que fue designado profesor de Clínica Médica en 1970, sucediendo a Purriel, luego de recorrer todos los cargos de la carrera docente, con muy valiosa producción científica. Pero también fue un internista de primer nivel actuando en exclusividad en el CASMU, desde sus tiempos de practicante. Y también un hombre de enorme cultura, periodista, informativista en Radio Carve, lector incansable de filosofía, amigo de la música y del cine. Un destacado gremialista, desde sus tiempos de estudiante en la Asociación de los Estudiantes de Medicina, donde fue director de *El Estudiante Libre*, hasta su trayectoria en el Sindicato Médico, donde ocupó cargos como miembro secretario del Comité Ejecutivo y redactor responsable de la revista *Acción Sindical*.

Fue un apasionado de la docencia, que ejerció con magisterio ejemplar. En 1956 realizó un pormenorizado análisis titulado *Algunos problemas a plantear sobre la adscripción*, aportando un examen crítico de una metodología de formación de los docentes, de alto valor permanente.

Cuando el 27 de junio de 1973 Uruguay ingresó en la dictadura cívico-militar, pocos meses más tarde, el 11 de setiembre, el presidente de Chile, el médico Salvador Allende Gossens, antiguo amigo del Sindicato Médico, fue asesinado durante el golpe de Estado en su país. El SMU decidió entonces rendirle inmediatamente un tributo, colocando una placa de bronce que honrara su memoria, en la sede social, con la leyenda “Salvador Allende, Héroe de América Nueva”, cuya redacción fuera confiada por el Comité Ejecutivo a los jóvenes doctores Juan Carlos Macedo y Barrett Díaz Pose. El acto tuvo lugar en el segundo piso de Colonia 1938, con la oratoria de Pablo V. Carlevaro y Jorge Bouton.

La dictadura y la intervención de la Universidad lo destituyeron y marchó entonces al exilio en México, donde actuó como profesor y editor de revistas científicas. Allí presentó en 1979, en el Tercer Coloquio Nacional de Filosofía, un extenso y documentado trabajo sobre “El pensamiento teleológico y el materialismo científico en biología”, editado en 1984, y en 1986 un libro de semiología, con la Universidad Autónoma de Puebla: *El síntoma y el signo*.

64 Disponible en <https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/bouton.pdf>

Juan Carlos Macedo y Barrett Díaz Pose fueron internos en el servicio del profesor Purriel, y continuaron con el profesor Bouton, trabando una profunda amistad que se continuó —por su afinidad ideológica y emotiva— a través de la distancia del exilio. De ahí esas cartas de respuesta a Juan Carlos, sobre la realidad y su poesía, que la familia de este rescató del archivo literario en la Biblioteca Nacional de Uruguay.

Falleció en Montevideo el 5 de febrero de 1994.

José Pedro Cirillo Apolito (1921-2007)

Antonio L. Turnes⁶⁵

El doctor José Pedro Cirillo fue un destacado médico a nivel docente universitario, asistencial, gremial y ético.

Nacido en Montevideo el 29 de junio de 1921. Su padre, que fue constructor, era inmigrante. Tuvo tres hermanos, dos varones que siguieron la carrera militar y alcanzaron uno el grado de general, Antonio, y otro el de coronel, Pascual, y una hermana. Criado en el barrio Villa Dolores, fue a la Escuela “República del Paraguay”, en Rivera y Julio César, y al Liceo n.º 5 “José Pedro Varela”, cuando compartía el local con el viejo Instituto Alfredo Vásquez Acevedo. Egresó de la Facultad de Medicina en febrero de 1952, luego de ser practicante interno de los hospitales. Vinculado tempranamente a la clínica médica, fueron sus maestros Julio García Otero y Raúl Piaggio Blanco, y por ambos sintió profundo respeto y cariño por sus inolvidables enseñanzas clínicas y humanas. Más tarde fue discípulo del profesor Pablo Purriel, de quien destacó su pasión por la docencia y sus dotes pedagógicas. Con este fue jefe de Clínica y asistente, recorriendo a partir de esos cargos iniciales diversos otros en el Departamento de Emergencia del Hospital Universitario, donde fue médico internista de guardia, jefe de Sala y director. También se desempeñó en el Servicio Universitario de Salud, del que fue médico y director. Integró por el orden de egresados la Comisión Directiva del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”.

Tuvo una temprana afinidad con el Sindicato Médico, al que ingresó en 1954. De inmediato integró su Centro de Asistencia, donde fue médico de zona, en su viejo barrio, población a la que dedicó por entero su vida profesional. En el Centro de Asistencia fue luego médico de urgencia, por concurso de oposición. Fue elegido presidente de la Junta Directiva, en 1962. Más tarde fue director del Servicio de Urgencia y asesor técnico de la Proveduría por largos años, con actuación ejemplar, luego de la muerte del doctor Juan Pedro Fasoli. Fue nuevamente presidente de la Junta Directiva luego de la dictadura y la intervención, desde junio de 1985 hasta junio de 1986.

Con Carlos Gómez Haedo, Walter García Fontes y Jorge Bouton, formó parte del primer grupo de médicos internistas del Centro de Asistencia, que dieron lugar a la instalación en 1974 del Sanatorio n.º 4, que llevó el nombre del maestro doctor Julio C. García Otero. Allí trabajaron intensamente haciendo también un espacio de calificada docencia médica, ética y humanista. Fue coordinador del primer Centro de Tratamiento Intensivo (CTI) que tuvo la

65 Montevideo, 24 de enero de 2007.

institución. También fue internista y luego director técnico de la Mutualista Israelita del Uruguay (MIDU), en plena dictadura.

En el Sindicato Médico fue presidente en la última elección realizada en 1973, accediendo al cargo apenas días antes del golpe de Estado del 27 de junio de ese año, y lo presidió hasta el 1.º de octubre de 1975, cuando el Sindicato fue intervenido por la dictadura cívico-militar, prolongándose de hecho su mandato al haber impedido las autoridades policiales la realización de la elección para renovar los cuerpos directivos de la institución. Allí tuvo actuación memorable, en un largo y arduo período de batallar por la libertad y por los derechos humanos, poniendo de manifiesto su espíritu ético y solidario. Tal vez fue el presidente que más veces tuvo que acudir a los juzgados militares para ser interrogado sobre resoluciones adoptadas por el colectivo que presidía, como aquel recordado episodio del homenaje tributado por el Sindicato al doctor Salvador Allende, presidente constitucional de Chile y apreciado colega amigo del Sindicato, muerto trágicamente como consecuencia del golpe de Estado del 11 de setiembre de 1973. Inmediatamente, el Comité Ejecutivo decidió poner una placa de bronce en su homenaje, en el *hall* del segundo piso del Palacio Sindical, en Colonia y Arenal Grande. La frase, redactada por el médico y poeta Juan Carlos Macedo, junto con Barrett Díaz Pose, decía: “Salvador Allende, Héroe de América Nueva”. Se hizo la ceremonia, con discursos a cargo de Pablo V. Carlevaro y Jorge Bouton, y pocos días después las Fuerzas Conjuntas se presentaban para retirar la placa de la pared. Luego de un largo trámite, por donde desfilaron todos los miembros del Comité Ejecutivo ante el juzgado militar, culminados los trámites burocráticos, y muchos meses después, lo citan nuevamente para entregarle la placa de bronce. Preguntado qué se haría con ella, resolvió muy rápido: “La volvemos a colocar”. Entonces, pocos días después, concurren nuevamente los soldados a retirarla, y esa vez, sin más trámites, preguntas ni devoluciones, porque habían constatado la tenacidad del hombre. Fue a él a quien llamó la intervención para “devolverle” el Sindicato Médico, cuando ya se venía el día de la democracia, luego de las históricas elecciones nacionales de noviembre de 1984.

Fue integrante de la primera Comisión Fiscal, en 1988, y la presidió en dos períodos, y en tal función aprobó la compra del nuevo inmueble que serviría de sede para el SMU entre 1993 y 2022, en Bulevar Artigas 1515/21, contribuyendo con la idea de generar un espacio de reunión social. Viendo el patio arbolado del fondo del local y mientras los visitantes discutían si allí se haría un patio andaluz o se conservaría como espacio verde, sentenció: “No sé lo que van a edificar aquí, ni la reforma que se proponen hacer. Pero me parece que en este lugar tendrían que hacer un parrillero”. Era una demostración de su espíritu fraternal, de acercar a los médicos en momentos de superar controversias para encontrar lo que los une y no lo que los separa. Así lo reconoció el SMU, veinte años después de la desintervención, colocando en el lugar una

placa de granito en su homenaje, ceremonia a la que asistió cuando ya estaba ciego por la retinopatía diabética.

De pocas palabras y mucho coraje, sus actividades, tanto en lo gremial como en la clínica, se caracterizaban por ser ajustadas, justas, sencillas y definidas. En los ateneos de la clínica del piso 8, durante muchos años, Purriel le preguntaba: “¿Y qué opina el doctor Cirillo?”. Y allí, con voz suave, frases cortas y conceptos contundentes, cerraba la redondilla de opiniones con la visión precisa y acertada. Aunque hablaba poco y escuchaba mucho, se caracterizó siempre por una gestualidad facial peculiar, que permitía al interlocutor leer en su rostro el efecto que quien le hablaba estaba provocando en su espíritu, ya fuera de aprobación, de duda o de rechazo, enarcando las cejas o moviendo su espeso bigote, a veces acompañando con algún movimiento de su cabeza redonda y de pelo encrespado canoso, salvo en la corona, que la había perdido bastante joven. Era emblemática su enorme modestia, tanto en sus modos de comunicarse como en su sencillo atuendo. Siempre andaba de saco *sport* y camisa sin corbata, la que usaba para ceremonias especiales o entrevistas muy formales. Rara vez vestía un traje. De andar pausado y paso firme, fue mientras pudo un gran lector y desde siempre desarrolló su gusto por escuchar música en todas sus variantes.

Su bonhomía le permitía ser tolerante en los debates y compartir con los compañeros momentos de distensión, luego de las más agitadas sesiones. Fue un impulsor de la *Revista Médica del Uruguay* y de muchas otras realizaciones, ocurridas en tiempos de oscuridad, cuando la sombra de la dictadura se cernía sobre el país. Sus compañeros de entonces, los veteranos y los jóvenes, fueron un conjunto abigarrado y solidario que le ayudaron a sortear esa larga etapa.

A la salida de la dictadura, encabezó la histórica asamblea del 28 de enero de 1985, que le devolvió la dignidad al gremio, y presidió el Comité Ejecutivo que convocó pocos meses después a una histórica elección, de donde surgiría otro grande, Roberto Avellanal Migliaro, entrañable compañero y amigo. En esa ocasión presidió la mesa junto a los doctores Homero Bagnulo (que era el vicepresidente al momento de la intervención) y Marcos Carámbula (que era el presidente del Comité Intergremial Médico [CIM], entidad que había nacido en los primeros años de la década del ochenta y había reunido a todas las fuerzas gremiales del Sindicato Médico para conseguir la devolución de la institución a sus auténticos representantes).

Con el profesor doctor Carlos A. Gómez Haedo y los doctores Omar Etorena y Roberto Avellanal, Cirillo formó un cuarteto de estudio que se reunió semanalmente durante muchos años para discutir temas científicos, gremiales y universitarios, que fueron una herramienta de valor poco conocido para la salida de la dictadura en la profesión. De ese grupo surgió la revista *Compendio*, que fue también una herramienta de resistencia y de conocimiento, animada por otros médicos, más jóvenes, con la guía y la experiencia

de aquellos viejos gremialistas, empeñados en la defensa de los principios indeclinables.

Fue sin duda un hombre con un hondo sentido de la familia y la amistad, un trabajador ejemplar, de profundo sentido ético, marcado por el destino para la conducción de su querido Sindicato, al que consagró sus mejores horas y en el que sembró amigos y dejó obras perdurables. Formó familia con una compañera ejemplar, que fue largos años docente de Enseñanza Secundaria, de cuyo matrimonio nacieron tres hijos varones, todos profesionales.

Falleció el 23 de enero de 2007, en Montevideo.

Barrett Díaz Pose (1944-2007)

Antonio L. Turnes

Nació en Montevideo el 23 de abril de 1944, hijo de un taxista y de una de las primeras escribanas mujeres que tuvo el país, a quien ayudó en su juventud en su trabajo profesional. Su nombre deviene del escritor español libertario, tan vinculado a la región y particularmente a la Argentina, Uruguay y Paraguay, Rafael Barrett (1876-1910). Ingresó al SMU en julio de 1965.

En la Asociación de los Estudiantes de Medicina se destacó tempranamente por su actuación y en esa época ocupó la Secretaría General de la Federación de los Estudiantes Universitarios del Uruguay (FEUU).

Desde que se graduó en 1972 se incorporó rápidamente a las actividades del SMU, integrando importantes comisiones y el Comité Organizador de la VI Convención Médica Nacional, realizada en diciembre de ese año. En mayo de 1973, en la última elección de autoridades realizada por el gremio antes del golpe de Estado del 27 de junio, se incorpora al Comité Ejecutivo. Allí actúa como secretario médico bajo la presidencia del Dr. José Pedro Cirillo.

Junto a Homero Bagnulo, Hugo Dibarboure Icasuriaga y Juan Carlos Macedo, fundó la *Revista Médica del Uruguay*, cuyo primer número apareció en agosto de 1974. Luego del paro general que fue la respuesta dada por el pueblo uruguayo a la dictadura, con el encarcelamiento primero y la deportación después del Dr. Manuel Liberoff, que era tesorero del mismo Comité Ejecutivo y a la vez se desempeñaba como redactor responsable del entonces *Boletín Noticias*, Barrett Díaz asume la dirección de ese órgano.

En el *Boletín Noticias* comenzaron a publicarse artículos de jerarquía. Al mismo tiempo, hizo énfasis en la educación médica continua y estimuló que apareciese en nuestro medio la versión en español de *La Carta Médica*, una publicación sobre drogas y terapéutica que reunía múltiples fuentes de información independientes, bajo los auspicios de la Organización Panamericana de la Salud.

A partir del 1.º de octubre de 1975, en virtud de la intervención dispuesta por el gobierno de facto a la persona jurídica Sindicato Médico del Uruguay, quedó separado de sus funciones directivas, conjuntamente con los demás integrantes de los órganos de gobierno legítimos de la entidad. Algunos fueron hechos prisioneros, otros marcharon al exilio, otros fueron despojados de sus cargos universitarios.

Pasa su largo exilio, entre 1977 y 1991, en distintos puntos de Venezuela, de la que alcanzó a ser ciudadano y en la que revalidó su título y trabajó como médico, llegando a dirigir una unidad cardiológica de Petróleos de Venezuela Sociedad Anónima (PEDEVESA) en Maracaibo. Por ese tiempo tuvo ocasión

de visitar reiteradas veces los Estados Unidos y sus principales centros médicos, como obligaciones de su cargo de supervisor médico de la actividad clínica. Fue miembro de la Federación Médica Venezolana y mantuvo estrecho contacto con la colonia de médicos uruguayos que encontraron refugio para su exilio en aquel país hermano.

Desde su retorno en 1991 al Uruguay, fue progresivamente reanudando actividades médicas y gremiales. Integró la Comisión de Educación Médica Continua y la Comisión de Colegiación Médica, y fue con el paso del tiempo miembro responsable de ambas. En 1999 ingresa al Comité Ejecutivo del Sindicato Médico, acompañando en su segundo período la presidencia del Dr. Juan Carlos Macedo. Desde 2001 presidirá dicho cuerpo hasta 2003. A mediados del año 2003 se desempeñó como presidente de la Junta Directiva del CASMU, cargo que desempeñó hasta su fallecimiento.

En la actividad médica internacional, fue vicepresidente de la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe (CONFEMEL). En la Asociación Médica Mundial ocupó un sitial en el Consejo, en representación de las Asociaciones Médicas de América Latina. En lo asistencial, atendió las modalidades alternativas a las jurisdiccionales, para tratar y resolver las diferencias en la relación médico-paciente-familia, bregando por la conciliación y mediación, tomando particularmente en cuenta las experiencias que conoció en México a través de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), con la que el Uruguay firmó, por vez primera en la primavera de 2001, un convenio, que permitió organizar cursos y actividades para profesionales de la salud sobre prevención de riesgos del ejercicio profesional.

Su capacidad para comunicar y comunicarse con los compañeros y con el público particularmente se puso en evidencia cada vez que se requirió su participación. Su vida ha sido un ejemplo de lucha y valentía, e ingresó, sin duda, al lugar reservado para los grandes sindicalistas médicos y los ciudadanos más destacados por sus aportes a la sociedad.

Hugo Dibarboure Icasuriaga (1928-2015)

Antonio L. Turnes⁶⁶

Nacido en Florida el 1.º de octubre de 1929, se había especializado en medicina interna y salud pública. Graduado en 1963, luego de haber realizado el internado y actuado como ayudante de clase del Departamento de Farmacodinamia y Terapéutica de la Facultad de Medicina, por concurso de oposición, cargo que ejerció entre 1960 y 1963, en tiempos en que dirigía esa Cátedra el profesor José J. Estable (Pepito) y en estrecho contacto con el profesor Luis E. Folle, que le sucedería luego de la destitución del profesor Kempis Vidal Beretervide. Falleció en Montevideo el 7 de julio de 2015, a los 85 años, luego de haber pasado unos días felices con sus hijos en España y cuando todavía tenía su cabeza llena de proyectos.

Dedicó su vida a la medicina rural en su departamento natal, Florida, primero en Capilla del Sauce, luego en Cardal y más tarde en Sarandí del Yí, departamento de Durazno, además de hacerlo en Mataró (Cataluña) durante su exilio en España.

Hugo Dibarboure Icasuriaga constituyó, junto a Juan Carlos Macedo, Barrett Díaz Pose y Homero Bagnulo, el núcleo fundador de la *Revista Médica del Uruguay*, como se la conoció a partir de 1974, de la que fue editor por muchos años, con un trabajo que no ha sido debidamente reconocido.

Fue administrador general del Sindicato Médico del Uruguay entre 1971 y 1974. Entre 1976 y 1984 estuvo radicado en España, cumpliendo múltiples funciones como traductor para grandes editoriales, trabajando en la industria farmacéutica como asesor y atendiendo a la población de Mataró, una pequeña población cercana treinta kilómetros de Barcelona, en Cataluña. Entre 1985 y 1988 fue director asistente del CASMU.

Fue impulsor, junto a Juan Carlos Macedo, de la creación de la Residencia para Médicos de Familia, que la Facultad de Medicina reconoció a partir de 1997. Contribuyó a formar a los primeros médicos de familia egresados de la Escuela de Graduados. Dejó obra publicada de enorme trascendencia, como fruto de su estrecha relación con las poblaciones a las que asistió, que le demostraron su adhesión y a las que devolvió con su profundo compromiso.

Es una de las figuras de mayor trascendencia en la medicina nacional, aunque no ocupó cátedras ni dirigió clínicas. Su docencia fue en el medio donde el médico vive y trabaja. Por su lado pasaron muchas figuras señeras de nuestra medicina, que tomaron diversas direcciones, pero nunca olvidaron las experiencias compartidas en su Capilla del Sauce, su rico anecdotario, su colección de *Cartas a un médico* y el tratado sobre medicina familiar que editó

66 8 de julio de 2015.

junto a Juan Carlos Macedo, para ayudar a los que se estaban formando en la disciplina. Esto ocurrió a fines de la década de 1990, cuando él se ocupaba, más de veinte años antes de que la práctica general y el médico de familia se investigaran en el mundo entero, a través de sus contactos con la World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, anteriormente denominada World Organization of Family Doctors (WONCA) —fundada en 1972— y diversos grupos que sirvieron de orientación para elegir su destino.

Fue un investigador de la práctica general, a la que jerarquizó con su inteligencia y tesón.

Hijo de una destacada maestra y un farmacéutico floridense, amó su terruño, aunque se desempeñó también en Montevideo, dejando en todas partes el recuerdo de la firmeza de su carácter, su entrega a la tarea y su empecinamiento por sacar adelante los proyectos.

Como sucede con los buenos médicos, dejó buenos recuerdos en sus pacientes y no dejó bienes ni fortuna. Su vocación de servicio fue el ejemplo que legó.

Recibió múltiples homenajes, particularmente de la Junta Departamental de Florida, que lo designó ciudadano ilustre, y el reconocimiento de diversas entidades sociales y académicas.

La Facultad de Medicina lo reconoció como profesor emérito en 2014, en un acto de justicia que la enaltece. Principio del formulario

Un resumen de su extenso currículum puede consultarse en Wikipedia, en una síntesis realizada por el doctor Miguel Pizzanelli, uno de sus discípulos de la medicina familiar.⁶⁷

67 Disponible en https://es.wikipedia.org/wiki/Hugo_Dibarboure_Icasuriaga

Heriberto Pedro Gadea Ciappesoni (1938-2016)

Familia Gadea

Heriberto Pedro Gadea, Cacho para su familia y amigos, nació en Migues a fines de 1938. De allí era su familia materna, la familia Ciappesoni, por lo cual, si bien siempre vivió en Montevideo, se mantuvo muy ligado al pueblo, donde transcurrió gran parte de su infancia, juventud y edad adulta.

Estudió Medicina en la Universidad de la República y egresó en junio del 1969. En agosto de ese mismo año, junto a los doctores Carlos Bazzano y Javier González, comenzó a ejercer la medicina abriendo un consultorio médico en Migues, el cual funcionaba todos los días del año durante las 24 horas del día, y realizaba además consultas a domicilio.

En 1970 inicia el Posgrado de Psiquiatría y recibió el título de psiquiatra en junio de 1975. Durante ese período continuó trabajando en Migues, como médico general y en 1975-1976 como psiquiatra. En esos años, junto con otros colegas del consultorio, se acercó al doctor Juan Carlos Macedo, a quien propusieron que se hiciese cargo del Grupo Médico de Migues.

En 1976 el doctor Gadea dejó el consultorio de Migues para dedicarse a la práctica psiquiátrica en la Colonia Etchepare y de manera particular en Montevideo.

Comenzó luego el estudio de psicoanálisis, ingresando a la Asociación Psicoanalítica del Uruguay (APU) en 1979. A partir de ese momento se dedicó fundamentalmente al ejercicio del psicoanálisis, sosteniendo un fuerte compromiso tanto con la institución —siendo integrante de varias directivas, de grupos de estudio y del Laboratorio de Psicosis desde su creación— como con su ejercicio profesional, que mantuvo de forma ininterrumpida hasta su fallecimiento en el año 2016.

Permaneció siempre unido al Grupo Médico de Migues y al doctor Macedo, con quien sostuvo una larga amistad.

Carlos Alberto Gómez Haedo (1924-2010)

Antonio L. Turnes⁶⁸

Falleció en Montevideo, el jueves 16 de setiembre de 2010. Había nacido en Mercedes el 9 de setiembre de 1924.

Su actuación en la Facultad de Medicina se inició siendo ayudante de Clínica Médica “A”, junto al profesor Julio César García Otero, en 1953. Egresó el 1.º de abril de 1953, recibiendo la medalla de plata de su generación. A partir de allí fue adjunto de Clínica Médica y posteriormente asistente, en la Clínica del profesor Fernando Herrera Ramos, que había sido su instructor de Semiología. Fue también jefe de Sala del servicio de Emergencia Médica del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” y jefe de Clínica Externa. Alcanzó los grados de profesor adjunto de Clínica Médica en el Hospital Maciel, en 1970, culminando como profesor director de la Clínica Médica “B”, a partir de 1985. Designado profesor emérito de la Facultad de Medicina, integró primero el Consejo, como representante indirecto de los estudiantes, actuando sucesivamente en diversas comisiones de evaluación docente y en la Comisión de Ética y Conducta Universitaria. Asimismo, integró la Asamblea del Claustro de la Facultad de Medicina por dos períodos, entre 1991 y 1994. Fue miembro de la Comisión de Análisis y Propuesta de Modificaciones al Plan de Estudios de Pregrado en Medicina. Participó en numerosas jornadas y congresos en el país y en el exterior, en los que presentó importantes trabajos científicos. Fue a lo largo de su actuación un entusiasta comunicador y organizador de encuentros de actualización con los colegas del interior del país, que lo encontraron decenas de veces a lo largo y ancho del territorio, en actividades precursoras de la educación médica continua.

De su actividad asistencial destaca su actuación como médico de zona, médico del servicio de urgencia, médico internista de sanatorio, médico jefe del Departamento de Medicina Interna y médico consultante, siempre en el CASMU. Fue, durante toda su vida, médico exclusivo de esa institución de raíz gremial, a la que defendió con su trabajo y su amplio conocimiento. Por la década del sesenta instaló en Sayago una experiencia piloto en medicina zonal, que muchas décadas más tarde daría origen a las UPECAS (Unidades Periféricas CASMU), pero que sería el fundamento del régimen de asignación de pacientes por listado tomando a un médico permanente de referencia, lo cual vino a buscar consagrarse muchos años más tarde, reconociendo la excelencia de su propuesta.

En su actividad gremial destacan sus actuaciones como presidente de la Junta Directiva del CASMU, secretario del Comité Ejecutivo en el período 1965-1966, acompañando al doctor Atilio Morquio. Integró las Comisiones de

68 16 de setiembre de 2010.

Ética y Calidad de Atención Médica del Ministerio de Salud Pública. Participó en la organización de las Jornadas sobre Ética y Tecnología. Concurrió al Congreso Internacional de Bioética y participó en cursos, jornadas de bioética y sobre ética y calidad de la atención médica, y representó al SMU en múltiples encuentros de Salud Colectiva del Cono Sur, así como en el 1.º Encuentro Nacional de Salud Colectiva en el que participaron los países del Cono Sur.

Comunicador incansable, fue director de la revista *Acción Sindical* y del boletín *Noticias*, y permanente colaborador de la *Revista Médica del Uruguay*, desde sus comienzos en 1974. Fue fundador de la Comisión de Educación Médica Continua del SMU y su asesor.

Fue presidente de la 7.ª Convención Médica Nacional, realizada en 1984, y defensor en todas las horas, aún en las más duras, de los principios éticos que —según él— impedían al médico recurrir a la huelga o al paro para reivindicar sus reclamos.

Un gremialista auténtico, universitario ejemplar, profundo conocedor del alma humana, al que recurrieron como médico de cabecera los más ilustres y los más modestos pacientes, a todos los que dispensó su consejo y su cuidado con el mismo esmero, cordialidad y simpatía, ayudándolos a sobrellevar los momentos difíciles. Fue un defensor de las libertades y a través de la revista *Compendio*, de la que fue director, hizo de esa herramienta de comunicación un medio de vinculación y resistencia, a través del conocimiento, de los médicos uruguayos. Su casa de la Avenida Sayago fue testigo de las reuniones de los lunes, donde compartió por décadas momentos de discusión clínica, de literatura médica y de asuntos de coyuntura, con entrañables amigos, como José Pedro Cirillo, Roberto Avellanal, Isidoro Sadi, Juan Carlos Macedo, Omar Etorena, entre algunos de los más consecuentes, ya desaparecidos.

Su espíritu tolerante y cordial tendió puentes con todos los sectores del pensamiento nacional, ayudando a construir una comunidad de debate y buscando la justicia social. Fue un médico auténticamente hipocrático, leal en el debate y firme en sus convicciones, que defendió sin ofender. Enseñó y practicó lo que decía Michel Balint, que el médico era también medicamento para su paciente.

Fue una de las más grandes figuras que tuvo el Sindicato Médico en los últimos cincuenta años. Sin duda, un referente en lo médico, en lo ético y en lo humano. Rescató y difundió el pensamiento médico, estudiantil y gremial universitario, que, anterior a la Reforma Universitaria de Córdoba de 1918, continuó atravesando todo el siglo XX hasta llegar al XXI, a través de la Asociación de los Estudiantes de Medicina, la Universidad de la República y su Facultad de Medicina, el Sindicato Médico del Uruguay y su Centro de Asistencia.

Reunió toda esa grandeza, de legado y trayectoria en un marco de profunda modestia, permaneciendo siempre arraigado a su querido barrio Sayago, que lo tuvo, desde que se graduó y consagró a la atención de sus habitantes, como uno de sus seres más brillantes y destacados.

Germán Goyeneche Achigar (1954-2015)

Adriana Bourdillon y Antonio L. Turnes⁶⁹

Oriundo de Salto, nacido el 14 de julio de 1954, concurrió a Montevideo a estudiar en la Facultad de Medicina, a la que ingresó en el año 1973. Graduado en 1983, fue sucesivamente practicante interno, asistente grado 2 y profesor adjunto de la Cátedra Urología en el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”.

Desde muy temprano en su carrera, por su condición de salteño desarrolló estrechos vínculos con otros médicos nacidos en el interior, que perduraron a través de su vida; entre ellos una temprana relación afectuosa con Juan Carlos Macedo, de origen riverense y radicado en Migueles. De ese vínculo surge la carta que Juan Carlos le dirigiera para el estudio de una paciente, cuando Germán se desempeñaba como practicante interno en el Hospital Pasteur.

Goyeneche fortaleció su formación académica en el exterior tanto en la Fundación Puigvert, en Barcelona, España, como en el Servicio de Urología de la Pontificia Universidad Católica (PUC) de Porto Alegre, Brasil.

Desde que se inició en la especialidad, tuvo una actuación muy destacada, dedicándose a la docencia y particularmente a la asistencia, atendiendo su consulta y su actividad quirúrgica en múltiples instituciones de Montevideo, como el CASMU, IMPASA (actualmente SMI), Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, y como jefe de Urología en el Sanatorio Americano, en la Unidad de Litotricia Sanatorio Americano (ULISA).

Integró en varios períodos la Comisión Directiva de la Sociedad Uruguaya de Urología, de la que fue presidente en 1991-1992.

Muy apreciado por sus colegas, fue particularmente querido por sus pacientes, a quienes trató con dedicación y profundo sentido ético. En todos los ambientes era conocido, por sus colegas tanto como por sus pacientes, por el apodo de El Polaco, por llevar el mismo apellido que el famoso intérprete de tango.

Era inteligente, dedicado a todo lo que se proponía con mucha energía, con gran espíritu humanista. Desarrolló un excelente vínculo con sus pacientes, al punto que hasta muchos años luego de su fallecimiento algunos llaman a su esposa y lo recuerdan con mucho cariño.

Fue un padre y esposo excepcional, que disfrutaba de emplear sus ratos libres en tareas de electricidad o carpintería, así como en reunirse con sus amigos, con quienes mantuvo lazos entrañables.

Su muerte vino a culminar un doloroso y rápido proceso, y, aunque de final previsible, dejó honda consternación en todos quienes le conocieron.

Falleció el 8 de mayo de 2015, a los 60 años.

69 27 de diciembre de 2023.

José Kierszenbaum (1936-2011)

Antonio L. Turnes⁷⁰

José Kierszenbaum Lipnik nació el 30 de junio de 1936.

Falleció en el 91.º aniversario del Sindicato Médico del Uruguay, el 11 de agosto de 2011, a los 75 años.

Su actuación profesional y gremial fue amplia: egresó de la Facultad de Medicina en 1964, fue practicante interno del Ministerio de Salud Pública (MSP), profesor adjunto de Clínica Pediátrica, especialista en Pediatría, profesor adjunto médico pediatra en el Instituto Nacional de Enfermería de la Universidad de la República, médico pediatra del MSP (destituido por la dictadura y restituido en mayo de 1985), jefe del Servicio de Pediatría “C” del Hospital Pereira Rossell, médico pediatra jefe del ex Consejo del Niño (hoy Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay), médico pediatra de zona y de urgencia en el CASMU.

Publicó dos libros como autor único (*La insuficiencia renal crónica en el niño*, 1976, y *Nefropatía de síndrome de Schonlein-Henoch*, 1989) y uno en coautoría con Rodolfo Maggi (*Clínica pediátrica*, 1992), así como ocho capítulos en los tomos I, II y IV de *Temas de nefrología pediátrica* (2002). Presentó en diversos eventos nacionales e internacionales más de cuarenta trabajos de pediatría general y nefrología pediátrica.

En cuanto a su actividad gremial, fue socio del SMU desde 1963 y socio honorario desde 2004. Fue miembro del Comité Ejecutivo del mismo sindicato, en dos períodos: 1997-1999, como secretario médico, y 1999-2001, como vocal. Fue delegado ante la Asociación Médica Mundial (AMM) en Santiago de Chile, Tel Aviv y Edimburgo. Tuvo actuación en la Junta Directiva del CASMU y en el Consejo Arbitral del SMU.

Por ello, el Sindicato Médico del Uruguay le confirió, el 11 de agosto de 2005, la Distinción Sindical al mérito docente, científico, gremial y en el ejercicio profesional.

Lo conocí siendo estudiante, cuando él, médico recién recibido, que estaba preparando la Jefatura de Clínica Pediátrica, venía al piso 7, sala 6, donde tenía a su madre internada, en el servicio de la Clínica Quirúrgica “F” que dirigía el profesor Héctor A. Ardao.

Acompañó como secretario en el Comité Ejecutivo del SMU al doctor Juan Carlos Macedo, de quien fue un firme apoyo. En aquellos años, 1997-1998, se produjo un gran conflicto de los funcionarios de la salud pública, que, por un reclamo de incremento salarial, amenazaban con abandonar los hospitales. Los médicos sabían que no podrían solos mantener la asistencia.

70 11 de agosto de 2011.

Kierszenbaum promovió reuniones con todas las autoridades de las distintas confesiones religiosas: católicos, protestantes, judíos y cristianos ortodoxos armenios, griegos. Incluso se mantuvieron por primera vez contactos oficiales de autoridades del SMU con autoridades de la Masonería del Uruguay, todo lo cual fue debidamente informado a la Asamblea General y permitió encontrar una rápida solución a tan angustiante conflicto. Sentenció en aquella oportunidad: “Ante la catástrofe que puede ocurrir, tenemos que hablar y hacer intervenir a todas las fuerzas religiosas y filosóficas que puedan ayudar, sin dejar fuera a ninguna”.

Se destacó por su actividad en el campo internacional, porque representó al SMU en diversas reuniones de la Asociación Médica Mundial, tanto del Consejo como de la Asamblea.

Tuvo enormes inquietudes humanísticas e históricas. Conocedor como pocos de la historia del pueblo judío, de sus textos fundamentales, fue un difusor, entre nosotros, del significado de cada una de sus celebraciones. Recuerdo que nos llevó en una Pascua judía, el pan ázimo, siguiendo la tradición que había recibido de sus mayores.

Su humor era paralelo a su sentido de la responsabilidad, la justicia y la honestidad. Luchó por los derechos humanos, participando en el esclarecimiento de una situación que tuvo que ver con el pasado nazi de un antiguo miembro del Consejo de la Asociación Médica Mundial, que se reveló, de manera reservada y luego pública, en la Asamblea Mundial que tuvo lugar en Tel Aviv, lo que causó hondo impacto. Se trataba del tesorero de la AMM, que había visitado muchos años antes Uruguay y había participado en el exterminio de personas discapacitadas.

En cierta ocasión, al visitar Gran Bretaña por un Congreso Mundial de Nefrología Pediátrica, su especialidad, concertamos una entrevista para él con las máximas autoridades de la Asociación Médica Británica (British Medical Association [BMA]), la más antigua del mundo, para discutir algunos aspectos vinculados a las medicinas alternativas y complementarias. Lo invitaron cortésmente a tomar el té y le entregaron tres libros, que deben estar en la Biblioteca del SMU, que recogían seminarios organizados por la BMA en el curso de los treinta años anteriores, por estímulo de su alteza real el príncipe Carlos, que ejercía cierto patronazgo sobre la entidad. La familia real británica era adepta a la homeopatía y por eso les estimuló para que discutieran a fondo el tema. El Pepe Kierszenbaum, como le decíamos, volvió transformado con estas novedades, que inmediatamente vertió al Comité Ejecutivo.

Fue un estudioso de la historia y la muerte lo sorprendió cursando niveles avanzados de la Maestría en Historia en la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Siempre mantuvo en alto su fe y sus creencias religiosas, sin ser un fanático, pero desarrolló en el cuerpo un espíritu de camaradería y rectitud que, sin duda, será siempre recordado y añorado.

Mantuvo a lo largo de su vida la misma conducta de siempre: moderado, tolerante con todas las ideas, menos con la injusticia. Modesto en su apariencia y humilde en su modo de relacionarse y escuchar siempre al otro. Como médico, un ejemplo.

Junto a su esposa, formó una familia ejemplar, siendo dos de sus hijos médicos, apreciados colegas: Carlos Alberto y Mónica Beatriz. Otros dos de sus hijos se dedican al periodismo y a la historia en Israel y el Cercano Oriente.

Juan Carlos Rey Tosar (1918-2008)

Antonio L. Turnes

Nacido en Montevideo el 12 de julio de 1918, se graduó en mayo de 1948 como médico cirujano. Especializado en psiquiatría, se dedicó especialmente al psicoanálisis clínico, con vasta trayectoria.

Fue presidente de la Sociedad de Psiquiatría, fundador de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay, fundador de la Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica, profesor titular de Psiquiatría, profesor emérito y miembro de la Asociación Psicoanalítica Internacional.

Inició su actividad consagrada a la educación médica concurriendo a un Laboratorio de Relaciones Humanas y Educación Médica, en Caracas, Venezuela, en 1965, becado por la OPS. Poco tiempo después era contratado por la OPS-OMS para actuar como conductor para realizar laboratorios similares en El Salvador (1965), Lima (1966), Guadalajara y México (1966), y cooperando en Uruguay con el doctor Edward M. Bridge en la organización del I y II Laboratorios que se realizaron en Montevideo. En 1968 fue el coordinador general del III Laboratorio de Relaciones Humanas y Educación Médica, el último de la serie realizada.

Representó a la Facultad de Medicina, al Ministerio de Salud Pública y a la Sociedad de Psiquiatría en múltiples actividades internacionales vinculadas a la salud mental.

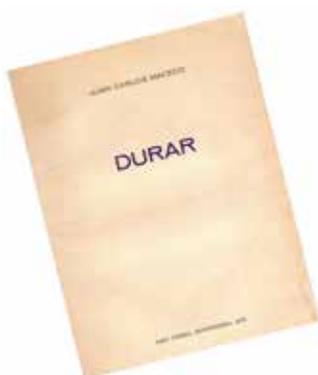
Fue el primer director del Departamento de Educación Médica de la Facultad de Medicina, en 1968, para la puesta en marcha del nuevo plan de estudios inaugurado ese año, luego de haber participado activamente en la Asamblea del Claustro desde 1963, que debatió y consolidó dicho plan.

Fue un gran organizador de actividades grupales, con eficacia y modestia. Autor de numerosos trabajos científicos, fue sobre todo un colaborador y orientador de sus colegas a lo largo de muchas generaciones, en la clínica psiquiátrica y en la actividad psicoanalítica.

Anexo 4 Imágenes



Juan Carlos Macedo en el laboratorio del Departamento de Fisiología, Facultad de Medicina.



Ediciones de libros *Durar I*, *Durar II* y *Durar III*.



Postal remitida por Vicente Aleixandre, en agradecimiento al libro de poemas que le enviara Juan Carlos Macedo. *Izquierda*: la mano de Dios. *Derecha*: escritura de V. Aleixandre.



Izquierda: Invitación para presentación en Asociación Cristiana de Jóvenes, con oratoria a cargo de Manuel Espínola Gómez, noviembre de 1976. *Derecha*: Grupo Miguez. De izquierda a derecha: en primera fila, María del Carmen Pichuaga, cinco niñas, Luis Bibbó, Elbio Paolillo y Beatriz Botta; en segunda fila: Griselda Meneghetti, NN, Sara Viñas y María Seijo; en tercera fila: Miguel D'Agosto, Juan Carlos Macedo, Manuel Espínola Gómez y Ariel Rodríguez Quereilhac.



Grupo Miguez. *Izquierda*: Juan Carlos Macedo, Manuel Espínola Gómez, Miguel D'Agosto, Cacho Gadea, Ariel Rodríguez, Griselda Meneghetti, entre otros. *Derecha*: Compartiendo la mesa: Manuel Espínola Gómez, Ariel Rodríguez, Juan Carlos Macedo, NN, Sara Viñas, María Pichuaga, Elbio Paolillo, Luis Bibbó, María Seijo.



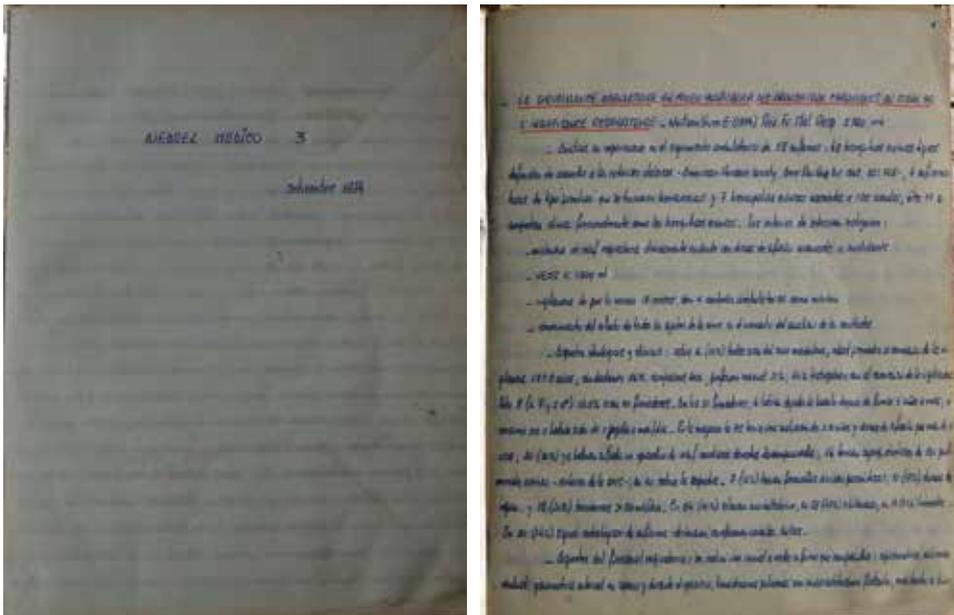
Los fundadores de la *Revista Médica del Uruguay*, de izquierda a derecha: Juan Carlos Macedo, Homero Bagnulo, Barrett Díaz Pose y Hugo Dibarbouré Icasuriaga (foto tomada en 1999, en ocasión de conmemorar los 25 años de la RMU).



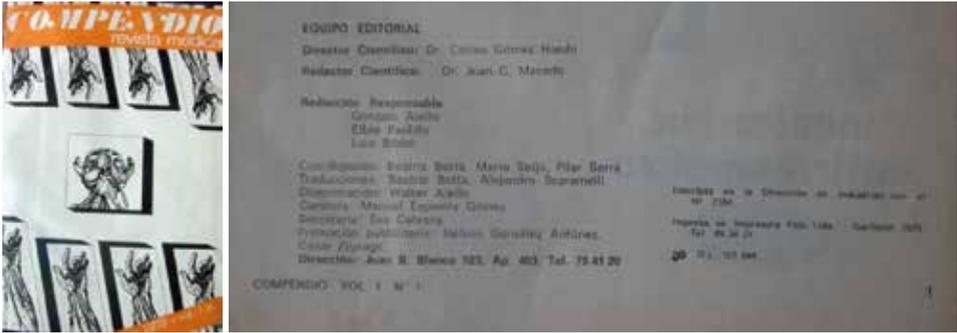
Grupo Migues. De izquierda a derecha: al fondo, Pilar Serra, Gonzalo Aiello, Omar Etorena, Beatriz Botta, Luis Bibbó, NN; al frente, NN, Elbio Paolillo, Cacho Gadea.



Juan Carlos Macedo y Miguel D 'Agosto en el consultorio de Migues.



Manuscritos de Juan Carlos Macedo. Izquierda: Ajedrez médico. Derecha: Bibliografía, La surveillance.



Revista *Compendio*. Izquierda: Tapa del primer número. Derecha: cuerpo editorial y de redacción, administración, publicado en volumen 1, número 1, 1978.



Encuentro social. Izquierda: Isaac Ivanier, Elbio Paolillo, Ariel Rodríguez Quereilhac, José Pedro Cirillo, Manuel Espínola Gómez, Sara Viñas, Juan Carlos Macedo, Pilar Serra, Luis Bibbó, Marta Curotto, Gonzalo Aiello. Derecha: Pilar Serra, Carlos Gómez Haedo, Roberto Avellanal, Luis Estévez, Federico Acosta y Lara, NN, Manuel Espínola Gómez, Juan Carlos Macedo, Gonzalo Aiello.



Reunión de camaradería (asado) en casa del Dr. Ariel Rodríguez Quereilhac, con colaboradores médicos de *Compendio Revista Médica*. Izquierda: Enrique Bodega, José Pedro Cirillo, Federico Gilardoni. Derecha: sentados, Ariel Rodríguez, Juan Carlos Macedo, Hugo Dibarboure Icasuriaga; de pie, Miguel D'Agosto.



Izquierda: María del Luján Jauregui y Juan Carlos Macedo, diciembre de 1997. *Derecha:* Juan Carlos Macedo haciendo uso de la palabra en el Día del Médico, CASMU, 1998.



Macedo entrega un premio al Dr. Hugo Lago Peña, médico de Rivera, por su obra pictórica.



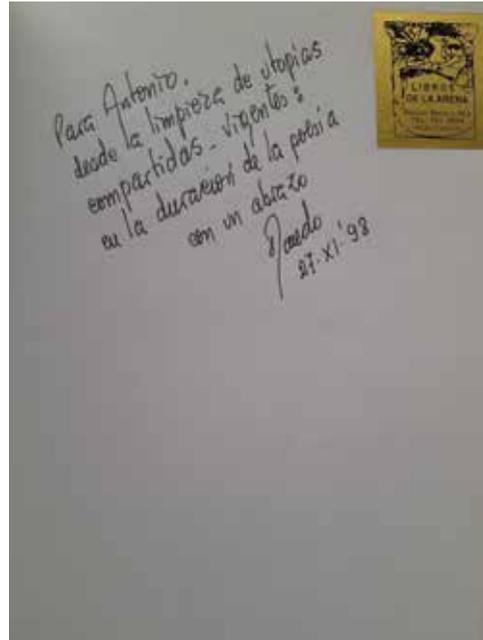
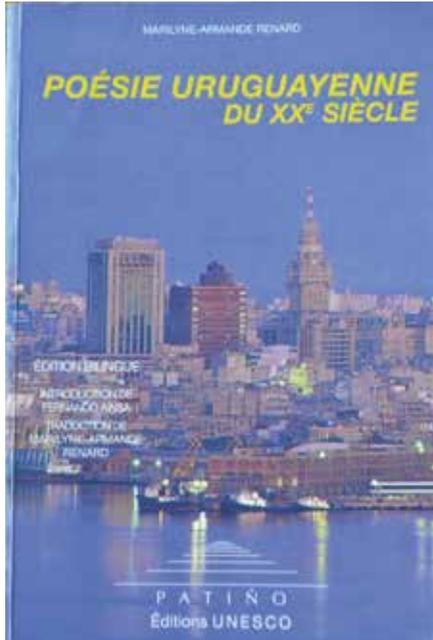
Reunión del Consejo de la Asociación Médica Mundial en Montevideo. De izquierda a derecha: Arq. Mariano Arana, intendente de Montevideo; Sr. Jorge Tomasi Crisci, gerente de Roemmers SA; Dres. Alejandro Cuesta, Luis Calegari (decano de la Facultad de Medicina), Juan Carlos Macedo y Uruguay Russi (secretario del Comité Ejecutivo de FEMI).



Encuentro de CONFEMEL en Balneario Solís, Colonia de Vacaciones del SMU, 1999. De izquierda a derecha: Barrett Díaz Pose, Juan Carlos Macedo, Eduardo Welch (presidente de CONFEMEL).



Juan Carlos Macedo presidiendo un estrado en el salón de actos del SMU, en la sede de Br. Artigas 1515-1521, 1999.



Izquierda: Tapa de Poésie Uruguayenne XX^e Siècle. Edición Unesco, 1998. Derecha: Dedicatoria a Antonio L. Turnes.



Alberto "Beto" Oreggioni en Arca, circa 1990.



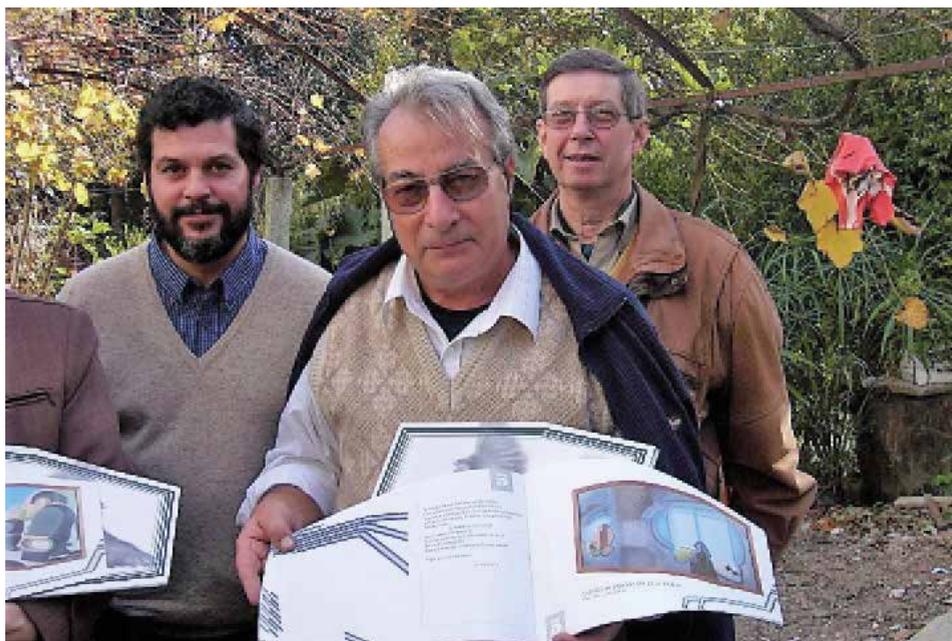
Reunión en casa de Beto Oreggioni, 1999. De izquierda a derecha: Wilfredo Penco, Ricardo Vivas, Juan Carlos Macedo, Ariel Rodríguez Quereilhac y Manuel Espínola Gómez (de boina).



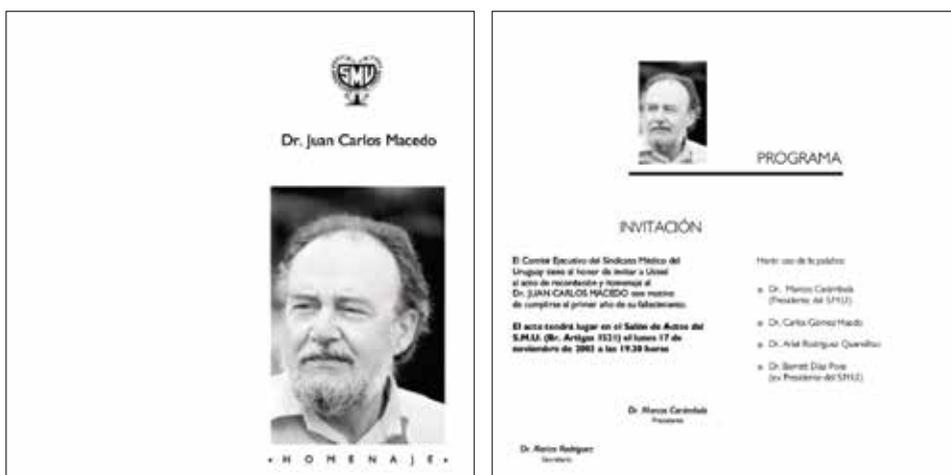
Homenaje al Dr. Vladimir Roslik en el Palacio Legislativo, a quince años de su asesinato. *Izquierda:* Juan Carlos Macedo hace uso de la palabra. *Derecha:* Macedo entrega un recuerdo a Valery, hijo del Dr. Vladimir Roslik.



Homenaje al Dr. Vladimir Roslik en el Palacio Legislativo. *Izquierda:* Ítalo Moggi, presidente de FEMI, entrega un recuerdo a María Cristina Zabalkin, viuda del Dr. Vladimir Roslik. *Derecha:* Parte del público asistente, de izquierda a derecha: Ing. Rafael Guarga, rector de la Udelar; Dres. Gregorio Martirena, Héctor J. Fontes, Robert Long y Uruguay Russi y Arq. Mariano Arana (intendente de Montevideo).



Acto en Migues, 31 de mayo de 2003. El sacerdote de Migues, P. Miguel Ángel Malesani, exhibe el libro *Ocho cuadros y ocho poemas*, de Juan Carlos Macedo y Manuel Espínola Gómez. Detrás: NN y Antonio L. Turnes.



Invitación al acto en Migues, realizado 31 de mayo de 2003.



Velada de poesía organizada por el Instituto Juan Carlos Macedo en el Espacio Guambia, 2004. Arriba, de izquierda a derecha: Ángel Ginés, Lucía Lorenzo, Jacqueline Ponzó, Nila Quinteros, Jorge Lorenzo Otero, Elder Silva. Abajo, de izquierda a derecha: (de espaldas) Sergio Villaverde, Elbio Paolillo, Luis Bibbó.



Velada de poesía organizada por el Instituto Juan Carlos Macedo en el Espacio Guambia, 2004. De izquierda a derecha: Jorge Tomasi, Antonio L. Turnes, Fernando Butazzoni.



Denominación de una calle en Migues con el nombre del Dr. Juan Carlos Macedo, 3 de octubre de 2014. Izquierda: Estela descubierta en la Plaza de Migues (con una vecina al fondo). Derecha: el intendente de Canelones, Dr. Marcos Carámbula, haciendo uso de la palabra.



Junto a la placa que nombra la calle Dr. Juan Carlos Macedo: alcalde de Migueles, Enrique Pintado (ministro de Transporte y Obras Públicas), Marcos Carámbula (intendente de Canelones), Sara Viñas de Macedo, Marina Macedo; Carolina Macedo, Elder Silva y Catalina Alonso Macedo.



Placa de bronce ofrecida por el SMU en homenaje a Juan Carlos.



Caricatura publicada en Facebook por Jaime Clara el 16 de noviembre de 2016.

Epílogos

Entrañable Juan Carlos

Homero Bagnulo⁷¹

Prefiero recordar a Juan Carlos a través de algunos sucesos que conservo en mi memoria. No dejo de reconocer que, como nos han enseñado las neurociencias, nuestra memoria es una mentirosa. Más aún cuando algunos de estos recuerdos tienen cerca de cincuenta años y han sido rememorados en reuniones de amigos y muy especialmente con Marina.

Conocí a Juan Carlos a principios de los setenta, cuando decidimos preparar el concurso de jefe de Clínica Médica (actual grado 2) de la Facultad de Medicina. Éramos un grupo de seis compañeros que “encarábamos” pacientes juntos y nos reuníamos a estudiar, a veces varios, pero más frecuentemente de a dos. Por razones de proximidad geográfica y de una cierta afinidad temática, frecuentemente Juan Carlos y yo nos reuníamos ya fuera en su apartamento o en mi casa. Mientras repasábamos los esquemas de dichos encares (hoy probablemente los llamaríamos algoritmos), yo sostenía a Marina en brazos y Juan Carlos a Carolina. Marina se aburría soberanamente e interrumpía nuestras, para ella tediosas, disquisiciones, a lo que Juan Carlos le reprochaba: “Marina, deja que papá y Homero puedan estudiar”, obteniendo así un silencio que poco duraba.

Cada tanto Juan Carlos interrumpía dicho estudio y salía al frente a fumar unos cigarrillos negros, muy finos, sin filtro, malolientes, y a charlar con el dueño de la farmacia vecina, con el que mantenía un diálogo diario y por quien sentía una notoria simpatía. Luego de un rato volvía para seguir con aquellos encares, los que cuidadosamente apuntaba con su extrema prolijidad, con una letra pulcra, en unos cuadernos de tapa verde, que todavía andan circulando por allí y que siguió gestando durante toda su vida.

Sobrevino la dictadura y con ella la intervención de la Universidad y dos años después fue intervenido el Sindicato Médico. Se solicitaba firmar la Fe Democrática para anotarse en los concursos y también para realizar cualquier tramitación. Juan Carlos se negó terminantemente a firmar dicho documento, lo que llevó a que nunca se presentara al mencionado concurso.

Por esas épocas, un día se durmió con uno de esos cigarrillos prendidos y se le quemó el título de médico que tenía colgado encima de su cama. No lo renovó hasta pasada la dictadura, ya que no concebía tener un título firmado por decanos o rectores interventores. En cuanto se retomó la democracia,

71 Noviembre de 2023.

gestionó y obtuvo su nuevo título, firmado por Pablo Carlevaro y Samuel Lichtensztein. La solicitud de ese título, tan retrasada en el tiempo, provocó la curiosidad del rector, quien durante un acto realizado por esa fecha me inquirió el porqué de tan demorado pedido. La explicación le resultó llamativa y satisfactoria al mismo tiempo, por el reconocimiento que implicaba a las autoridades legítimamente constituidas.

Me resulta imprescindible aclarar que mucho aprendíamos de los valiosos docentes que en forma absolutamente desinteresada corregían nuestras presentaciones. Pero también es cierto que aprendí de Juan Carlos, de su dialéctica y de su ordenamiento, muchos conceptos que luego utilicé reiteradamente en el transcurso de mi desempeño clínico. Busco a través de las anécdotas describir los atributos que adornaron la personalidad de alguien que sin duda irradiaba con su clara inteligencia una fuerte influencia sobre quienes tuvimos la posibilidad de tratarlo en las diferentes etapas de su vida.

Allá por los fines de los setenta se desempeñó como médico de urgencia del CASMU, tarea que no le resultaba particularmente grata, pero que sí le permitió un fluido y cordial relacionamiento con los choferes. A estos les solicitaba que, a la hora del almuerzo, lo llevaran al Parque Capurro, desde donde disfrutaba de la bahía de Montevideo, y me explicaba que era una de las vistas más bonitas de la ciudad. Intrigado por sus comentarios, acudí un día a comprobar que efectivamente así era. Una de sus capacidades sobresalientes era apreciar la belleza en lo cotidiano, cuando otros la pasábamos por alto.

En el periodo que medió entre el golpe de Estado y la intervención del Sindicato Médico del Uruguay, Juan Carlos fue una presencia militante permanente y muy necesaria. Quienes habíamos quedado al frente de la directiva del gremio sentimos su apoyo, más allá del riesgo que la situación implicaba para todos y muy especialmente para él. Muchos fueron los que en esos momentos se alejaron, y sus razones tendrían. Juan Carlos permaneció aportando su mirada benevolente ante la actitud de quienes se protegían. Mostró en esas instancias un valor sereno, un respaldo comprometido y sin alharacas, y un aporte de propuestas que ayudó a definir un rumbo diferente pero sin renuncia de los principios del gremio. Todo esto sin tener cargo alguno que lo obligara a estar siempre presente como lo estuvo. En esos tiempos se le reconoció su coherencia con sus definiciones éticas y su solidaridad con quienes estábamos en los cargos electivos o gerenciales. De esa época y en apenas 26 meses surgieron múltiples actividades, entre ellas la *Revista Médica*, la recreación de la Biblioteca, diversos boletines, y se diseñaron formatos para hacer llegar apoyo económico a familias de colegas perseguidos o alejados del país por razones políticas.

Cuando se produjo el golpe de Estado, los seis compañeros estábamos inscriptos para el concurso ya citado, que fue pospuesto por más de un año. Cuando finalmente se convocó nos enteramos de la eliminación de la lista de concursantes de tres compañeros por motivos políticos. Ante ello,

los concursantes de todas las especialidades nos reunimos en el piso 8 del Hospital de Clínicas. Sin duda, las autoridades de la intervención estaban al tanto de dicha reunión. Un par de concursantes, claramente aleccionados, argumentaron sobre la necesidad de presentarnos al concurso. Por supuesto, la primera voz discordante fue la de Juan Carlos, quien por esas fechas no tenía interdicción alguna para concursar. Su argumentación fue inapelable. La votación fue ampliamente mayoritaria para su moción y los concursos fueron suspendidos nuevamente y por muchos meses. Cuando finalmente se reabrió la inscripción, era obligatoria la firma de la ya citada declaración que él, como dijéramos, nunca firmó. Recuerdo la argumentación que utilizara en esa oportunidad, antológica, mezcla de declaración de principios y sarcasmos variados, que sus ocasionales oponentes creo que nunca entendieron. Y es esta otra faceta que siempre recordaré: su valor sereno, como hecho natural, que no merecía destacarse y que acompañaba en oportunidades de una ironía que implicaba la aceptación de la condición humana.

Allá por el año 1986, el consejo de la Facultad de Medicina crea la cátedra de Medicina Familiar y se procede al llamado a profesor grado 5, quien debería organizarla y delimitar sus contenidos. Todos quienes integrábamos el consejo por esos tiempos considerábamos que la persona más indicada para dicho cargo era, indudablemente, Juan Carlos. Sin embargo, no se presentó al llamado. Explicó entonces que no había dispuesto de tiempo suficiente para un correcto llenado de su postulación, así como para la recolección de sus méritos. Dado que quienes sí se postularan carecían de antecedentes específicos para el desempeño de dicho cargo, ese primer llamado fue declarado desierto. Se procedió así a un nuevo llamado, con el acuerdo de que ahora sí Juan Carlos disponía de tiempo suficiente y que concretaría su presentación al cargo. Ocurrieron reiteradas llamadas a Sara, su esposa, para reafirmarnos que estaba llenando los requisitos. Llegado el último día, ya en la Oficina de Concursos, Juan Carlos se encuentra con un colega que también se presentaría. Este, al verlo y reconociendo honestamente su dedicación y experiencia, le manifiesta que no podía competirle, a lo cual Juan Carlos se retira sin anotarse, dejándole el camino expedito a quien tenía notoriamente menores merecimientos. Enterado de esta actuación por Sara, mi enojo fue terminante y durante varios meses dejé de comunicarme con él. A los amigos que se enteraron de la situación, Juan Carlos les aclaraba: “Homero está enojado conmigo, pero miren que es él quien tiene la razón”. Inefable, entrañable. Previa mediación de Sara, aliada durante todo el evento, volví a hablarle evitando considerar nuevamente el tema.

El desprendimiento de Juan Carlos de los bienes materiales y de los oropes de los cargos fue una constante durante toda su vida. Hay múltiples situaciones al respecto que podríamos relatar. Pude aquilatar en toda su dimensión la solidaridad de Juan Carlos durante mi desempeño en la presidencia de la Comisión Administradora del Fondo Nacional de Recursos. En las múltiples

dificultades que debimos enfrentar, tanto él como Roberto Avellanal fueron una imprescindible ayuda y cada vez que necesité de sus consejos y de su solidaridad conté con ambos, sin importarles el costo que esto pudiera traerles.

El ejercicio de la medicina nos proporciona múltiples satisfacciones, pero también, en oportunidades, situaciones muy dolorosas. Una de las peores que debí sobrellevar fue asistir a Juan Carlos en su trágico aunque predecible final. Siendo este ineluctable, fue muy doloroso verlo irse sin tener la oportunidad de reafirmarle lo valioso que fuera su ejemplo, sus enseñanzas y su amistad para mí.

Su opción por el santoral

Marcos Carámbula

Tributo a Sara, a Carolina, a Diego y a Marina.

A raíz de la solicitud de nuestro querido Elbio “Chato” Paolillo, he pensado mucho como encarar el epílogo del libro de Juan Carlos. No puedo hacer un epílogo acerca de su condición extraordinaria de poeta; no estoy a la altura, no soy crítico literario. No quiere ser una autorreferencia, a pesar de que tenemos tantas conversaciones y silencios con Juan Carlos.

Juan Carlos venía de Rivera, muy buen jugador de básquet allá en el norte, lo comentaba con una sonrisa de orgullo. Pudo haber vuelto a sus pagos con su título de médico. Pudo haber desarrollado carrera profesional y docente en Montevideo, más allá de las limitaciones de la época.

En 1974, junto con la publicación de su primer libro, *Durar*, en Aquí Poesía, fundó con Homero Bagnulo, Barrett Díaz y Hugo Dibarboure la *Revista Médica del Uruguay*.

Pero en 1978 se fue a Migués. Al corazón del noreste de Canelones. Tierra de chacareros, de remolacheros, con muy fuerte impronta de los primeros canarios que poblaron nuestro departamento. Profundamente conservadora en su forma de pensar y de vivir, pero al mismo tiempo con la austeridad de arar la tierra con la yunta de bueyes, seguir con sus tahonas de gofio y, aun a 90 kilómetros de Montevideo, con un aislamiento muy fuerte.

Allí se instaló Juan Carlos con todo su humanismo.

así me resolví, aceptando los riesgos
A establecer mi casa en estos lares
Al sur de la desesperanza...

La sencillez de su gente, el habla pausada, escuchar y proseyar.

la certeza del campo
Desterrada
Escribo doña fonsa
Sombra o triste

Y desde allí, desde el noreste canario escribió poesía, construyó equipos, creó el Grupo Migués y una forma de abordar la medicina completa, con un seguimiento individual escrito a mano y escuchando en la mesa grande, personalizando cada dolor, cada pena. Protocolizó evolución y tratamiento de las enfermedades prevalentes siguiendo a cada persona con su historia y su cercanía. Aprendió con ellos.

Con excelencia vigente hasta hoy, afirmando la medicina familiar y comunitaria, hizo de aquel pueblito de 2000 habitantes un centro de referencia de investigación, de docencia, de asistencia. Y al mismo tiempo un polo literario con idas y vueltas a su querida Arca y a una barra entrañable, con Oreggioni, Espínola Gómez, Idea, Tatiana, Ariel. Hasta allá llegaba Elder Silva, tan querido como valioso poeta, con sus raíces chacareras salteñas: “el poeta como un pájaro que tiembla”.

habiéndome ocurrido una afición temprana por el aire
Por los pulmones llenos y el pasto en las orillas
Decidí que la poesía debe seguir viviendo, al paso del que pasa
En el mismo camino

Mantuvo su compromiso vital, la resistencia, la lucidez de encarar desde su pueblo lo que estaba pasando en el mundo y en nuestro país. Cuando uno llegaba a su casa con la inocente tentación de informar a Juan Carlos de lo que estaba pasando, después de un largo silencio, la reflexión profunda de la lucha y la esperanza.

Su amigo Vladimir, productor rural en las afueras del pueblo, su camarada de aquellos tiempos, permeando de a poco sus ideas y sus afinidades.

La mesa amplia regalada por un antiguo caudillo colorado.

El cura Miguel Ángel, desterrado a Montes por sus sermones y sus andanzas en plena dictadura, su gran compañero, desde su prosa dominical y su raíz tan italiana en la fraternidad y solidaridad.

Nos causaba mucha gracia cuando Juan Carlos llegaba a nuestras reuniones clandestinas con auto y chofer hijo de un muy querido caudillo blanco.

Desde Migués impulsó junto a Carlos Gómez Haedo, el Beto Avellanal, Ariel Rodríguez, la doctora Esmeralda Paulette, la revista *Compendio*, en aquellos años tan difíciles, cuyos editoriales escribía y acertaba desde la medicina a describir las tareas por la democracia y la libertad.

Para Barrett, para Ariel:

Nada ha cambiado, no son ojos en fuga.
Es lluvia
Lluvia en las calles de todos los hogares
Llueve
No cae, distribuye
Los fundamentos que aún nos perpetúan.

Cuando se pudo, creó el primer comité de base frente a su casa, muy pequeño en adhesiones, pero entrañable cuando llegábamos a visitarlo.

De lo más maravilloso que recuerdo de Juan Carlos fue su compromiso con el fútbol chacarero, con el Unión Miguense, y desde allí a ser presidente de la confederación del este de Canelones. Me invitó a su asunción. Era muy difícil que un médico comunista accediera a tal puesto y distinción, pero era tal su arraigo que así fue. Y de los recuerdos más impresionantes de su prosa

fue el discurso cuando asumió la presidencia en la sede del Unión Miguense, abarrotado de vecinos en una mesa larga, teniendo a su lado al presidente de la Organización de Fútbol del Interior (OFI), que por cierto, no era de su simpatía, y en discurso lleno de metáforas denunciando al imperialismo “pandense” y los valores del capitalismo, del poderoso caballero que es don dinero y el valor de juntarse los pueblos pequeños.

Desde Migués, desde su prédica acerca de la medicina y el pensar siempre en el otro, en la persona, con toda su impronta ética irrenunciable, llegó a presidente del Sindicato Médico.

Dejó su huella inteligente, negociadora, de proyección, de afirmación de valores, de modestia y austeridad imperturbable. “Quedamos así”, decía en medio de discusiones ardorosas.

El discurso de su gran amigo Barrett Díaz lo dice todo al despedirlo:

de las mil cosas de toda persona, de la bonhomía, del gesto sobrio de Juan Carlos, de la palabra pausada, la enseñanza afectuosa, la ética aseada de un vasco incorruptible, yo quiero decir una, porque creo le hubiera gustado. Pasó entre nosotros como un hombre que trabajó la palabra. Juan Carlos trabajó la palabra como resistencia de la dictadura, como sobrevivencia, como solidaridad, como compromiso, con valores irrenunciables. Y él es irrepetible, porque la síntesis densa y la palabra perfecta, como tuvo Juan Carlos, ninguno de nosotros podrá ya crearla.

Nos queda su formidable enseñanza desde la poesía:

Con los flecos del llanto
 Proclamo la esperanza
 La irredimible frecuencia
 De la pasión y el agua
 De verde y de mañana
 No hay error en las noches
 La infinitud del cielo consiste en observarlo
 No importa solo
 El futuro es el acto necesario.

Su opción por el santoral, por un pueblito de 2000 habitantes, “porque en los pueblos pequeños las tareas del hombre son sencillas: la esperanza”.

“Construir es la única decencia: eso es Saber”.

¿Quién fue (es) Juan Carlos Macedo Orcasberro?

Elbio Paolillo

Este libro es un acto de la memoria con Juan Carlos. A su vez, saldamos, aunque sea en parte, Antonio L. Turnes y quien suscribe, una deuda de 22 años, desde su partida: compromiso y gratitud con Juan Carlos por todo lo que fue dando en su vida; comenzar a conocer y reconocer su trascendencia e intentar responder la interrogante inicial. Pretende, además, que los conceptos que cultivó y practicó Juan Carlos sobre la organización del sistema de salud sean un insumo de valor para los cambios que son necesarios hoy.

Con entusiasmo y alegría nos empeñamos en reunir, publicar y difundir sus distintos aportes a la cultura nacional. Es por este motivo que hoy nos hemos definido como compiladores de los distintos documentos y escritos que fue realizando Juan Carlos: ellos son el cerno del libro.

No tengo dudas de que el pensamiento y la acción de los profesores Pablo Purriel y Jorge Bouton influyeron en forma decisiva en el pensamiento de Macedo. Recordemos el pedido de Purriel a Joaquín Torres García para pintar los más de treinta murales en el pabellón Martirené de la Colonia G. Saint Bois, donde se internaban enfermos que padecían tuberculosis. En las cartas que se reproducen del Prof. Jorge Bouton se pone de manifiesto no sólo su conocimiento médico, sino también su increíble versación sobre música, literatura y filosofía.

Con estas influencias, Juan Carlos se forma y se prepara para ser un médico internista y académico con vocación, como sus antecesores, también por la neumología. Al negarse a firmar el certificado de fe democrática impuesto por la dictadura y radicarse en Migués, tiene que cesar su actividad hospitalaria.

En Migués profundiza el estudio de la medicina general y toma como ejemplo el sistema de salud inglés. Así, recuerdo cómo me pidió que fuera a buscar en la biblioteca de la Facultad de Medicina una publicación del *British Medical Journal* de 1956, del Dr. Fray, médico general de una zona suburbana de Londres, que realizaba en su consultorio atención médica general y dos tardes por semana concurría a su hospital de referencia para ver a los pacientes suyos que habían requerido internación. El citado Dr. Fray publicó su experiencia en dicha revista y ese artículo se constituyó en referencia bibliográfica de uno de los trabajos publicados por el Grupo Médico Migués.

Otro contenido fundamental de este libro lo constituyen las distintas opiniones y anécdotas que han realizado, con gran generosidad, muchos de sus profesores, colegas, discípulos, amigos y conocidos de la más diversa índole, que los lectores podrán encontrar en las distintas participaciones.

Se incluye un anexo con semblanzas de colegas fallecidos que estuvieron vinculados al quehacer de Juan Carlos.

Se reproduce una separata de la revista *Noticias* del SMU publicada en su homenaje en el año 2004.

Debemos considerar su condición de médico y sus profundas y originales reflexiones sobre la clínica médica; su actividad como poeta, que fue reconocida por la UNESCO como una de las principales voces uruguayas de la segunda mitad del siglo XX.

Un capítulo aparte merece su relación y amistad con el artista plástico Manuel Espínola Gómez.

El encuentro se nutría y enriquecía desde la sensibilidad, el poeta y el pintor veían y sentían aspectos que otros no llegábamos a percibir; desde ese lugar se crea el libro de pinturas de Manuel y poemas de Juan Carlos.

Se desafía al lector a recordar, descubrir, hechos de nuestro pasado reciente.

En los aspectos referidos a la medicina y sus valores esenciales, son de una actualidad manifiesta.

Juan Carlos, en mi opinión, desde finales de la década de 1960 hasta su fallecimiento en el año 2002, se constituyó en un protagonista relevante de los principales acontecimientos culturales, sociales y gremiales de nuestro país.

Podía ser una voz de referencia en la Asamblea Médica Mundial y a pocos días asistir con increíble empatía y sencillez al poblador más modesto de Migues.

Nos legó y practicó un apego a la familia, los amigos, la medicina, la poesía, todos bienes intangibles.

Fue un librepensador y un bastión inmovible en la lucha por la libertad.

“Si cultivo o memoria su futuro es la historia de la opción que hoy realicemos.”⁷²

72 Comentario editorial Juan Carlos Macedo, *Compendio Revista Médica*, volumen 2, número 1, 1979.

Reuniendo recuerdos

Antonio L. Turnes

Al término de la tarea de compilar lo que en principio fueron los escritos médicos de Juan Carlos Macedo, puede concluirse que resultó una auténtica alegría reunirlos y evocar toda su trayectoria y circunstancias, incluso provocar esta reunión virtual de sus amigos tan entrañables, de una época poco recordada hoy, de grandes personalidades médicas destacadas por su común denominador de universitarios libres, científicos, gremiales y humanos.

En este rescate —largamente demorado, aunque la intención de Elbio Paolillo venía de muchos años, recién pudimos concretarla con su retiro de la actividad profesional y las vueltas de la vida, que nos llevaron a ser vecinos en Maldonado— aparecieron documentos revalorados: las cartas de Jorge Bouton y el artículo de Juan Carlos Rey Tosar publicado hace décadas en *Compendio*, complementando el de Macedo sobre el médico ante la muerte.

El testimonio de Homero Bagnulo —único sobreviviente de los fundadores de la *Revista Médica del Uruguay*— trae al presente lo que significó aquella hermosa aventura, que tendría tanta proyección futura. Él mismo fue gran animador de aquellas reuniones científicas que fueron un punto alto de la actividad médica, con grandes referentes extranjeros de la medicina de aquellos años 1974 y 1975.

El aporte de Marcos Carámbula muestra nuevas facetas de Juan Carlos Macedo, desde la perspectiva de un compañero médico del interior, que ofrece otras dimensiones desde la memoria y el afecto.

El proyecto original que tuvimos los compiladores de este libro sufrió cambios y ampliaciones, como ocurre cuando el rescate de textos va sugiriendo expansiones para ayudar a ubicar mejor a los lectores actuales. Por eso fueron incorporadas en un anexo breves semblanzas de algunos de estos personajes de nuestra profesión, tan relacionados entre sí.

Incorporar algunas imágenes nos ha permitido hurgar en la memoria y los archivos. Por eso se han reunido aquí desde la muestra de caligrafía tan original y característica de Juan Carlos, hasta instantáneas de distintos momentos de su vida y los personajes y tiempos que él disfrutó.

Finalmente, ha sido una aventura extraordinaria volver a reunir en un mismo lugar —las páginas de este libro— a tantos queridos amigos, en su mayoría fallecidos, pero que forman parte de una rica y digna historia.

Sobre los compiladores de este libro

Elbio Paolillo Cabrera

Ingresó a la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (Udelar) en 1973 y egresó como médico en 1984.

La generación de 1973 comenzó su actividad en la Facultad tres días antes del golpe de Estado del 27 de junio. Cursó el ciclo básico del plan 1968 hasta octubre de ese año, cuando fue intervenida la Universidad y suspendidas las clases.

Durante 1975, con la Facultad intervenida, preparó el examen de Biología Celular con los profesores Ruben Casina y Clemente “Rayo” Estable, que habían sido destituidos de la Facultad. Los admiró y recibió un ejemplo para toda la vida.

En 1978 fue uno de los creadores, junto a Gonzalo Aiello, Luis Bibbó, Carlos Gómez Haedo y Juan Carlos Macedo, de la revista médica *Compendio*, y fue uno de sus redactores responsables y asesores científicos hasta 2002.

Integró como médico el Grupo Migues, participando activamente en ateneos y en las actividades clínico-epidemiológicas que generaron varias publicaciones científicas del grupo.

En 1985 se radicó en Sarandí del Yí con su familia. Esta oportunidad le fue sugerida por Hugo Dibarboure Icasuriaga, que había ejercido en Capilla del Sauce dos décadas antes. Se generó un equipo integrado por las doctoras Beatriz Botta y Lys Caballero, y los doctores Aldo Deferrari, Luis Dibarboure y Elbio Paolillo, que recibía la visita mensual de numerosos colegas de distintas especialidades, la mayoría de ellos docentes universitarios de gran prestigio.

En 1989, ante la frecuente patología de hidatidosis, se realizaron jornadas de trabajo multidisciplinario en toda la zona y se contó con la participación de la Udelar, la Universidad de Salford y la Universidad de Melbourne.

Estas distintas actividades culminaron con un trabajo que se publicó en la revista *American Journal of Tropical Medicine*, del Reino Unido.

A su vez, estas acciones recibieron el apoyo entusiasta de fray Emiliano Buffolli y de la Fundación San Antonio de Padua, que se comprometió en todos los aspectos con la actividad realizada.

Fue practicante interno del Ministerio de Salud Pública y luego médico de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), desde 1981 hasta el año 2005.

En 1995, siendo director del Hospital de Durazno Dr. Emilio Penza, con la participación de Juan Carlos Macedo, elaboró un proyecto de gestión de base regional para ASSE.

A partir del año 2000 se integró a la conducción de ASSE, institución de la que llegó a ser director general, hasta 2005.

Trabajó en CAMEDUR (Federación Médica del Interior [FEMI]) como médico general y luego en estadística.

Realizó una Maestría en Gestión de Servicios de Salud en el Centro de Investigación en Economía y Gestión de la Salud de la Universidad Politécnica de Valencia, España.

Se integró a la Dirección Técnica del Sanatorio Americano y cumplió funciones allí entre 2005 y 2011.

Posteriormente, fue director del Sanatorio Cantegril en La Asistencial Médica de Maldonado, entre 2011 y 2021, destacándose en ese período la incorporación de residentes médicos de varias especialidades y la creación de una escuela de enfermería perteneciente a esa institución con el objetivo de capacitar a otros integrantes del equipo de salud.

Participó en la primera implementación de un sistema de gestión y costos denominado Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) en América del Sur, en el Sanatorio Americano.

Fue docente en la Universidad de Montevideo en temas vinculados al GRD durante varios años y ejerció también la docencia en ISALUD (Buenos Aires, Argentina) y en la Federación de Hospitales de Latinoamérica.

Considera hoy que una de sus mayores satisfacciones es haber podido realizar trabajos de investigación en cada lugar donde ejerció y haber podido publicarlos en revistas arbitradas uruguayas y extranjeras.

Esta pasión por la investigación, sin lugar a dudas fue aprendida de Juan Carlos Macedo.

Antonio L. Turnes

Nació en Montevideo, Uruguay, el 17 de enero de 1943.

Es médico desde diciembre de 1975. Cursó estudios de posgrado en Administración de Servicios de Salud (1986-1987) en la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (Udelar).

Fue secretario ejecutivo de la Confederación Médica Panamericana (1964-1971), secretario del coordinador técnico del Ministerio de Salud Pública (MSP) (1966-1967) y de la Dirección del Hospital Pereira Rossell (1967).

Estuvo vinculado al Sindicato Médico del Uruguay (SMU) desde 1964 hasta 1976. Actuó como organizador profesional de congresos entre 1966 y 1969. Desempeñó desde 1985 hasta 2005 el cargo de administrador general del SMU.

Residió en Buenos Aires (1976-1981), revalidando su título y ejerciendo la medicina en una clínica privada de la provincia de Buenos Aires entre 1978 y 1981. Fue miembro del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires (Distrito IV).

Codirigió laboratorios de análisis médicos en el departamento de Maldonado, Uruguay (1981-2002).

Fue asistente académico del decano de la Facultad de Medicina Prof. Dr. Pablo V. Carlevaro (1989-1990).

Fue adjunto de Administración del Centro de Asistencia del SMU (CASMU) entre 1986 y 1987.

Es autor y coautor de libros sobre diversos aspectos de la historia de la medicina, publicados entre 1996 y 2023. Entre los últimos, se encuentran: *Maimónides, el sabio sefaradí* (2004, 2005 y 2007); *Médicos uruguayos ejemplares*, tomo III (2006); *La sífilis en la medicina* (2007); *Héctor Ardao, maestro de la cirugía plástica reconstructiva* (2011); *El Hospital de Clínicas de Montevideo: génesis y realidad (1887-1974)* (2011); *Roberto Berro, el gran reformador de la protección a la infancia* (2012); *El Chumbo Ríos* (2013); *La hidatidosis en el Río de la Plata: una revisión de algunos hitos a través de tres siglos* (2014); *La Sociedad Uruguaya de Pediatría en su Centenario (1915-2015)* (2014); *Elio García-Austt Negri, el uruguayo que fundó la Sociedad Española de Neurociencia* (2015); *Efraín Margolis: un realizador en la administración de salud* (2015); *Echinococcosis 2016*, (2016); *El Hospital de Tacuarembó, 90 años de su inauguración (1927-2017)* (2017 y 2020); *Francisco V. Davison (1853-1921): de Edimburgo a Minas de Corrales* (2019); *Pablo Purriel (1905-1975). Medicina y pasión* (2019); *Médicos y literatura: ocho escritores médicos uruguayos* (2020); *Cirugía plástica, reparadora y estética en Uruguay* (2021); *Manuel Quintela (1865-1928). Universitario y realizador* (2021); *Carlos W. Ghiggino y las coagulopatías en el Uruguay* (2022); *Julio Nin y Silva (1887-1980). Cirujano y productor* (2022); *Historia de la cirugía torácica en Uruguay* (2022); *Los retratos de la sala del Consejo, Decanato y sesión de actos de la Facultad de Medicina* (2022). En tanto, permanecen inéditas

sus historias sobre el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU) (2009) y de la Organización Panamericana de la Salud en Uruguay (2019).

También es autor de diversos artículos sobre temas vinculados a la profesión médica: demografía y mortalidad de médicos en Uruguay; mala praxis y seguros médicos; intrusismo profesional y curanderismo en el Uruguay. En internet circulan varias decenas de producciones suyas sobre diversos tópicos de historia de la medicina, que abarcan desde biografías de médicos uruguayos destacados de los siglos XIX y XX, hasta historia de los hospitales en las diversas culturas.

Desde 2005, fue miembro fundador del Servicio de Asistencia Integral Profesional (SAIP Cooperativa de Seguros), la primera organización nacional dedicada a la prevención y la cobertura de la responsabilidad profesional en salud, e integrante de su Consejo Directivo desde 2005 a 2013, actuando como su primer secretario.

También fue miembro de la Comisión Honoraria de Salud Pública (2005-2008) y del Directorio de la Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios (2005-2008).

Entre 2006 y 2008 integró la Comisión de Seguimiento del Ministerio de Educación y Cultura para la Facultad de Medicina del Centro Latinoamericano de Economía Humana (CLAEH), en representación del MSP.

Integró la comisión que organizó y llevó a cabo la primera elección de autoridades del Colegio Médico del Uruguay en 2009-2010, primero en representación del SMU y en el tramo final en representación del MSP.

Desde marzo de 2013 formó parte del Grupo Organizador del Primer Curso de Humanidades Médicas de la Facultad de Medicina de la Udelar.

Desde abril de 2014 a abril de 2016 integró el Consejo Consultivo de la Educación Terciaria Privada (dependiente del Ministerio de Educación y Cultura) y su comisión de asuntos de medicina.

Fue secretario del Consejo Directivo del Automóvil Club del Uruguay (2015-2019).

En mayo de 2009 representó al SMU en el Segundo Foro Iberoamericano de Entidades Médicas, en Toledo, España, y en la Sesión del Consejo de la Asociación Médica Mundial realizada en Tel Aviv, Israel.

Fue miembro de las sociedades uruguayas de Historia de la Medicina (siendo su presidente entre 2016 y 2019) y de Especialistas en Salud Pública (hoy Sociedad Uruguaya de Salud Colectiva [SUSAC]), del Colegio Uruguayo de Administradores de Servicios de Salud, de la Sociedad Iberoamericana de Derecho Médico (SIDEME) y de la Sociedad Uruguaya de Médicos Escritores (SUMES), actualmente Sociedad Uruguaya de Médicos Artistas (SUMART).

En marzo de 2010 fue incorporado como miembro titular de la Academia Nacional de Medicina y ocupó por tres períodos cargos en el Consejo Directivo, habiéndose desempeñado como secretario de Actas, secretario

general y segundo vicepresidente. Desde junio de 2023 es miembro emérito de la Academia.

Desde diciembre 2015 a noviembre 2018 fue miembro secretario del Tribunal de Ética Médica del Colegio Médico del Uruguay y desde 2018 a 2021 actuó como presidente de dicho Tribunal.

Es columnista de *El Diario Médico* y colaborador de diversas publicaciones periódicas médicas.

En 1997 recibió el Premio del Sindicato Médico del Uruguay por su libro sobre Carlos María Fosalba. En octubre de 2005 recibió el Premio Maimónides, de la Federación Sefaradí Mundial. En agosto de 2008 recibió la Distinción Sindical del Sindicato Médico del Uruguay. En octubre de 2009 recibió distinción de la Asociación Internacional de Hidatidología. En noviembre de 2011 recibió el Premio Jerusalén, otorgado por la Organización Sionista del Uruguay y las entidades de la Comunidad Judía en Uruguay.

Con relación al presente libro, fue compañero de generación (1961) de Juan Carlos Macedo, trabajó con él en el SMU, desde 1973 hasta 1975 y a partir de 1985, cuando cesó la intervención de la institución. Particularmente, lo acompañó muy cercanamente durante el ejercicio de sus dos presidencias: 1997-1999 y 1999-2001.



- 1 Sin otro antecedente
(cuánta vida)
que el haber emergido en la exigencia
de la pregunta justa
el hombre justo

Ninguna claridad rinde el presente
- 2 No habrá perdón
(no estaremos entonces)
No habrá piedad
terriblemente tarde
muy tarde

Será justo
- 3 ¿Cuál vértice?
Una evidencia cuesta demasiado

Y (vano) es el esfuerzo, basta
que el amor no muera

Juan Carlos Macedo



 **doble clic**
EDITORAS