

SURGEN LOS PRACTICANTES DE FAMILIA

Carlevaro: “en quince años los ingresos en la Facultad de Medicina decrecieron un 30 y un 40 %”

El Decano de la Facultad de Medicina profesor Pablo Carlevaro reveló a Noticias que si se comparan las cifras actuales con las de 1973, el número de alumnos que ingresan a esa casa de estudios ha decrecido entre un 30 y un 40 por ciento, lo que permite hablar de una "autorregulación".

Carlevaro anunció modificaciones que posibilitan un avance cualitativo en el plan de estudios 1968, como la creación de los practicantes de familia. Hizo asimismo un repaso de la década de intervención de la Facultad de Medicina, a la que definió como "una etapa de retroceso y estancamiento" que se procurará revertir, en medio de la escasez de recursos económicos, y de la ausencia de profesores que debieron emigrar durante la dictadura.

El propio Carlevaro (60 años, casado, cinco hijos) debió dejar el país en 1973, -cuando ocupaba el decanato- pasando a residir los años posteriores en varios países de América Latina. Electo por primera vez decano en 1969 -cuando era profesor de Biofísica de ese centro universitario-, Carlevaro fue reelecto en todas las elecciones posteriores. En diciembre de este año, concluye su actual mandato.

Integrante de la Asamblea General Universitaria que aprobara la ley Orgánica de 1958, fue en el pasado Secretario General de la Asociación de Estudiantes de Medicina (AEM) y director del periódico "El Estudiante Libre", así como miembro del Consejo Arbitral del SMU. "La cifra de ingresos a la Facultad de Medicina tendría que ser mucho mayor, pero ha venido bajando, y si la comparamos con el año 1973, que fue el de la intervención universitaria, vemos que hay disminución del 30 al 40%, lo que debemos definir como un fenómeno llamativo y singular", reflexionó el decano Carlevaro.

¿Y esto, a qué lo atribuye?

Lo atribuyo especialmente al hecho de que llega hasta los estudiantes que inician sus estudios universitarios, la información de que hay médicos desocupados, y como la carrera de medicina es actualmente exigente, de muchos años, duros, los que imponen una cuota de sacrificio considerable, ante la incertidumbre de la desocupación profesional, la decisión de ingresar queda muy restringida.

¿Se opera entonces una suerte de “autorregulación”?

Para aquellos que son partidarios de las prácticas limitacionistas a ciegas, es interesante el hecho de que por sí mismo, el número de estudiantes se va adecuando a las posibilidades laborales, para decirlo de alguna manera.

Los planteos limitacionistas no son sólo de la intervención universitaria posterior al golpe de Estado de 1973. En los años 30, cuando ingresaban 150 estudiantes al año a la Facultad, en otra sociedad, en las que el médico disponía de otras posibilidades de vinculación con el mercado de trabajo, ya había entusiastas del limitacionismo.

Existía más una predisposición, que una respuesta a necesidades.

EL PLAN 1968

El actual plan de estudios, de 1968, obliga a muchas horas de estudio y de práctica hospitalaria. El plan demanda muchas horas, especialmente a nivel del Ciclo Clínico-Patológico, nosotros estamos trabajando el año escolar extendido con 40 semanas, y con un horario semanal que llega de las 25 a 30 horas.

Pero también era intensa la actividad del educando durante la vigencia del plan de 1945. Desde que se entraba al hospital la actividad semanal nunca era menor a las 24 horas semanales. Se concurría todos los días cuatro horas y, aparte, estaban las clases complementarias de Patología, Anatomía Patológica, de Terapéutica. El volumen horario era considerable. Especialmente en tercer año, en que la carga horaria era de 35 horas semanales.

¿Qué ocurrió en 1985, cuando volvió del exilio y se encontró con el plan de estudios definido por las autoridades designadas por la dictadura?

Bueno, fue allí que nos enteramos que había cursos que se desarrollaban durante dos horas por semana, y cada dos semanas, con un práctico de otras dos horas. Entonces la carga horaria era de unas tres horas semanales. Esto era un agravio a la tradición de nuestra Facultad. El estudiante estaba perdiendo el tiempo. Nosotros hicimos los cambios requeridos: fue necesario alargar el año escolar, y creo que ese es un esfuerzo muy positivo. Esto también tiene que reflejarse en el menor nivel de inscripción de alumnos para seguir la carrera de medicina.

¿En cuanto a la deserción, qué cifras maneja?

Le diría que en la época en que ingresaban a la Facultad cerca de 200 alumnos, egresaban al cabo de los años, unos 100 médicos. Entre los estudiantes que se inscriben, hay entre un 10 y un 15% de deserción espontánea. Este es un fenómeno muy viejo. A lo largo de la carrera, algunos estudiantes van quedando.

Nosotros hemos planteado en el Consejo la posibilidad de buscar la reinserción de aquellos que no alcanzan el nivel de aprobación en ciertas unidades temáticas del segundo ciclo, en otras carreras profesionales de la salud. Creemos que deben ser compatibilizables los estudios.

GRADUADOS EXTRANJEROS

Existe preocupación en los medios estudiantiles por el elevado número de médicos extranjeros, con importante estatus socioeconómico, que realizan sus estudios en la Escuela de Graduados en forma gratuita ¿cómo se valora esto y qué se piensa hacer?

Me parece positivo que los estudiantes latinoamericanos cursen sus estudios de posgrado en Uruguay. Ello contribuye a crear vínculos culturales, a transmitir excelencias de conocimientos de una región a otra; incluso, a transmitir estilos y valores de convivencia universitaria. Lo que me parece mal, es que no tengamos recursos para otorgar becas a médicos extranjeros. Viene gente pudiente que puede pagarse estos estudios que son en general muy caros en el mundo, y no podemos traer por ejemplo a nicaragüenses, que se beneficiarían extraordinariamente. La posibilidad de cobrar una matrícula a esa gente pudiente que busca aquí su calificación profesional sería muy importante. Debo confesar que he cambiado mi posición original sobre este punto. Inicialmente pensé que no deberían cobrarse estos estudios, porque de alguna manera se modificaba un criterio muy arraigado sobre la gratuidad de la enseñanza. Frente al planteo de la Escuela de Graduados, y al ver la realidad de los actuales graduados extranjeros cambié de posición. El tema está a consideración del Consejo. No sabemos jurídicamente si estamos o no en condiciones de

cobrar.

Esto le reportaría además a la Facultad de Medicina medios económicos nada desdeñables dada su precaria situación.

Sí, los recursos que se destinan a la Universidad son muy pequeños en relación a las necesidades objetivas, con el agravante de que están mal computados, porque por ejemplo los recursos que se asignan al Hospital de Clínicas -que son del orden del 30% del presupuesto universitario- deberían integrar los recursos del programa nacional de atención de salud, puesto que el centro de gravedad del hospital universitario es la atención de salud, sin perjuicio de que haya docencia e investigación.

Quienes hacen docencia e investigación son los docentes de Clínica, especialidades y de los servicios especializados de diagnóstico y tratamiento, cuyo tiempo total de investigación en una fracción del orden del 50%, se asigna a atender la salud.

Entonces, más del 90% del presupuesto del Hospital de Clínicas tiene por destino fundamental la atención de la salud en sus servicios de Clínica, consulta externa, emergencia. Si tenemos en cuenta, además, que los docentes de la Facultad trabajan en hospitales del Ministerio de Salud Pública como el Maciel, el Pasteur, el Pereira Rossell y cumplen una función de atención de salud, contabilizamos ese recurso, tomamos otra vez el índice del 50% de dedicación, y nos damos cuenta que estamos destinando un 30% a la atención de salud, y eso debe ser contabilizado ahí.

¿Es correcta la afirmación que nuestros docentes universitarios tienen una de las remuneraciones más bajas del mundo?

Sí, la situación es tremenda. Hubo una época en que los ayudantes grado I tenían una asignación inferior a los 50 dólares mensuales. Actualmente la Facultad pasó de las 10 a las 20 horas. El sueldo pasó a los 100 dólares. Y fíjese que se trata de docentes que debieron concursar. Se plantea la situación de que las instituciones de asistencia médica colectivizada retribuyen mucho mejor, en relación, el trabajo del médico, lo que dificulta nuestra realidad especialmente en materia de horarios: estos docentes cubren sus gastos no con el sueldo que les da la Universidad, sino con el trabajo profesional que desarrollan en otro lugar. En estos momentos, buscamos con el SMU fórmulas que permitan una posible compensación del salario de aquellos profesionales que trabajan simultáneamente para la Facultad y para el CASMU, que permitiría que no tuvieran que trabajar en una segunda mutualista y puedan dedicarse a la enseñanza y a la investigación.

¿En qué aspectos piensa profundizar el plan de estudios de 1968?

La formación plena del estudiante de medicina que pretende el plan 68 no puede hacerse sólo con actividades intramurales en la Facultad y en los hospitales. Para desarrollar el aprendizaje en los contenidos médico-sociales y de la salud mental, es preciso operar en la comunidad y con la comunidad. Pensamos que los centros de atención primaria de la salud son el sostén estructural idóneo para construir un espacio docente en la comunidad. La presencia en ellos de la Facultad -amparada por un convenio con el MSP- abre las posibilidades de hacer efectivamente atención primaria. En 1988, unos 1800 estudiantes de medicina realizaron parte de sus tareas de aprendizaje en la comunidad. Actualmente los estudiantes del Ciclo Clínico Patológico van temporariamente -3 ó 4 semanas- a los centros. Si los agrupamos en parejas y a su vez hacemos tríadas de parejas, tenemos una unidad funcionante (de 6 estudiantes) que puede actuar tres veces por semana a modo de practicantes de familia. Ya tenemos experiencia de que la detección de situaciones de riesgo para la salud y su correcta tramitación alcanzan para generar el inicio de la relación médico-paciente, de los estudiantes con la gente que debe ser asistida. Estamos creando experiencias educativas nuevas. Nos encontramos en una etapa fundacional de un nuevo perfil de aprendizaje y de

enseñanza. La posibilidad de desarrollar proyectos de investigación y de operación, son prácticamente ilimitados.

¿Aparte de la creación del Practicante de Familia, qué otros proyectos analiza actualmente la Facultad de Medicina?

Ha empezado la construcción del Laboratorio de Oncología Básica, en el que van a converger docentes de los Departamentos de Genética, de reciente creación, de Bioquímica, de Epidemiología, de Biofísica y de todos los sectores interesados en desarrollar allí investigación, y que contará muy probablemente con el apoyo del gobierno francés. Otro aspecto importante es la restauración del Departamento de Educación Médica que fue suprimido por la dictadura. Sus miembros fueron diezmados y podemos decir que próximamente van a retornar al país los doctores Marcelo Viñar y Eduardo Carbajal, que fueron puntales en la vida de este Departamento, y que ya han colaborado con la Facultad en la reimplantación del plan de estudios 1968.

La Facultad ha llevado adelante una política de integración docente asistencial con el M.S.P.

Existe un programa que se anuncia para 1990, que es el internado obligatorio, que constituirá la culminación de los estudios médicos.

Otro programa fundamental que nos interesa desarrollar es la residencia, que había empezado antes de la dictadura y luego sufrió una tremenda desnaturalización, que llevó a aberraciones como la existencia de residentes que no cesaban nunca. Nosotros hemos restaurado la residencia en el Hospital de Clínicas.

UNA DÉCADA SINIESTRA

Cuando usted enfatiza prioridades de la Facultad para este año, o el futuro próximo, alude necesariamente a los costos de la intervención de más de una década. ¿Cómo resumiría lo que significó para la Facultad, para la Universidad, para la sociedad toda, este período de gestión autocrática?

Fueron años de tremenda retrogradación en muchos sentidos. Años de destrucción de lo educativo, de amputación de instancias educacionales como la supresión del Ciclo Básico, donde se daba entrada desde el inicio a la dimensión psicológica y a la social.

Se quitó toda la estructura enseñante en métodos cuantitativos; se destruyeron equipos docentes formados con gran esfuerzo de años.

Para la dictadura el hombre tanto en su expresión individual como en su expresión social era algo prohibido. Por eso eliminó el Ciclo Básico. Esto significaba una vuelta a una concepción médica exclusivamente biológica.

Se volvía además a la estructura de cátedras, es decir estructuras parlantes; priorizándose la clase teórica. Decayó considerablemente el nivel que tenían los estudiantes, lo que era claro y alarmante cuando estaban próximos a recibirse.

En lo que respecta a la investigación, se redujo el número de docentes con dedicación total en ciencias básicas; al igual que las retribuciones salariales. En el orden material, los laboratorios quedaron en una situación lamentable, salvo excepciones. Muchos de esos laboratorios pasaron a ser un páramo, con instrumentos deteriorados, envejecidos, desaparecidos.

Los estudios de posgrado se hicieron en un orden de organización y planificación totalmente insuficientes. La Escuela ha tenido que aumentar la duración de los cursos, la carga horaria.

Nosotros teníamos una de las mejores Escuelas de Enfermería de América Latina y allí prácticamente se expulsó a todos los docentes, y se constituyó sobre la base de la Escuela Carlos Nery, una estructura con triple dependencia; de la Universidad, del Ministerio de Educación y Cultura, y del Ministerio de Salud Pública. Afortunadamente, a comienzos de 1985, pudimos revertir esta situación y ahora hay una sola Escuela de Enfermería en el país.

Son muchos los aspectos que podría comentar. Pero, por ejemplo, en otra época la biblioteca de la Facultad de Medicina era una de las mejores del continente. En la posguerra era consultada por gente que venía de otros países. Esta biblioteca durante la intervención sufrió mucho. Hemos hecho un tremendo esfuerzo para restablecer la adquisición sistemática de algunas colecciones de revistas que son fundamentales para mantener el apoyo a la investigación científica. El 30% del rubro gastos de la Facultad, se destina a la biblioteca.

El edificio de la Facultad se deterioró. Los arquitectos están trabajando para restaurar cosas tan primarias como los techos y hasta ambientes que permitan ampliar la capacidad locativa. Últimamente se adquirieron inmuebles en la zona, que serán adecuados a las necesidades de la Facultad.

Los funcionarios no ingresaron por concurso durante la dictadura, porque existieron limitaciones, persecución ideológica, uso de letras, etc.; y bueno, el clima de la Facultad fue la negación de lo que debe ser una Universidad. Primó el autoritarismo, se estimuló la delación. Fue un gran retroceso y un gran estancamiento, que estamos tratando de superar con el esfuerzo de todos.

Primera separata o recuadro:

"Mi generación tuvo la posibilidad de hacer su formación universitaria, trabajando en el gremio."

Nuestra generación -y tantas más desde que se fundaron las asociaciones estudiantiles- tuvo la posibilidad de realizar su formación universitaria trabajando en el gremio, dice el Decano Carlevaro. Ahí se aprendía todo, sin que nadie diera clase. Era un ejemplo de pedagogía. Actuando y discutiendo -tal vez perdiendo inevitablemente un poco de tiempo- se transmitían saber y experiencia, se desarrollaba la capacidad de pensar y se adoptaban valores. Es decir, se adquirían pautas de convivencia y se optaba por una conducta inflexible de decencia y compromiso.

Nuestra generación se enfrentó, primero, con la conquista (en realidad, reconquista, porque la idea era universitaria y de Manuel Quintela) del Hospital de Clínicas, y después con el compromiso de la Facultad por echarlo a andar.

Después, la defensa de la autonomía universitaria y su culminación en la sanción de la Ley Orgánica del 58 .

Cuanto pensamos y hacemos hoy, reconoce la formación universitaria del pasado.

No se trata de cristalizaciones ni de agotamientos. Se trata de reconocer la impronta de las experiencias válidas de la juventud. La Facultad amparaba el desarrollo intelectual y académico.

La Asociación templaba la conducta, y por eso es que su influjo se lleva para siempre.

¿Cuál sería la vigencia concreta del espíritu reformista de Córdoba?

La concepción *de universidad, en América Latina*, es una expresión cultural. Como tal nos singulariza y tiene valores propios que han redescubierto muchos años después otras culturas. El fenómeno europeo del 68 en un marco muy diferente es bastante cordobés...

Puesto que esta idea de universidad es latinoamericana, nos vincula y nos une a todos nosotros, los latinoamericanos, que teniendo tantas cosas en común actuamos con muy poca conexión.

El manifiesto de Córdoba *acaba de cumplir 70 años*. Córdoba es el ámbito de una eclosión formidable del concepto estudiantil de lo que debe ser la universidad en nuestros países. Pero no es un fenómeno aislado ni circunstancial. Diez años antes se había celebrado, en Montevideo, un congreso americano de estudiantes. Inmediatamente después de Córdoba, la gesta estudiantil se reproduce en todas las capitales universitarias del continente.

¿Cuáles son sus contenidos esenciales?

En su interior, la universidad debe funcionar democráticamente. Órganos de gobierno colegiados, con representación de todos los órdenes, incluidos los graduados. Insisto en esto, porque la participación de los profesionales en el gobierno universitario que algunos impugnan me parece muy importante. Es el sector que no tiene otros intereses a defender que los de la universidad.

Vigencia de la libertad de opinión, hace 70 años reclamada como “libertad de cátedra”. La libertad de opinión es un derecho individual y colectivo (como orden) de todo miembro del demos universitario.

La universidad debe ser autónoma en todos los planos de su actividad. Ni el poder ni los partidos políticos deben entrometerse.

En su quehacer propio, la universidad no puede ser simple repetidora de la cultura universal. El desafío es crear conocimiento: abordar la realidad nacional y, usando el método científico y aplicando toda su fuerza técnica, estudiar sus problemas, proponer respuestas válidas y crear cultura.

En su relación con la sociedad, la universidad debe estar al servicio del pueblo. La extensión universitaria es parte sustancial de la tarea.

La concepción de Córdoba sigue vigente años después. Las formas y los modos de hacerla realidad en la praxis universitaria son un desafío permanente a la creación y la inventiva. A la concreción de las ideas hay que darle respuesta y forma en el tiempo que corre. Muchos reclamos de Córdoba están vigentes en la universidad latinoamericana contemporánea y, particularmente, en la nuestra. Pero la universidad nunca terminará su búsqueda de un quehacer al servicio del pueblo. Una cosa es la vocación y otra, mucho más difícil, es la acción efectiva.

Segundo recuadro:

El estudiante y la comunidad

El practicante de familia se constituye como entidad plural con una tríada de parejas de estudiantes del Ciclo Clínico-Patológico y, por lo tanto, es un monstruo de 6 cabezas, 12 ojos (para ver, 12 oídos para escuchar), 12 manos (para hacer), 12 piernas (para moverse), un solo propósito (atención de salud-aprendizaje) y una única responsabilidad, compartida e indisociable.

- responsable de la atención de n (¿120?) familias;
- presente en Comunidad: 2 mañanas/semana; 3 tardes/semana, (4 h cada vez);
- presente, asimismo, con responsabilidad compartida (practicante externo) en salas de internación, en la emergencia y en la consulta externa del hospital;
- atiende en policlínica (Pediátrica y Obstétrica) perteneciente al Centro de Atención Primaria de Salud: 2 veces/semana (4 h c/vez);
- atiende en domicilio de las n familias que le fueron asignadas 3 veces/semana;
- participa en programas de promoción y educación para la salud, preventivos, de asistencia y de rehabilitación;
- participa en referencia: pacientes desde la Comunidad al Hospital;
- contrarreferencia: control comunitario de pacientes que han estado hospitalizados, en el Centro de APS y/o domicilio;
- aboga por la atención correcta de sus pacientes y controla la calidad del sistema asistencial;
- es el agente integrador que vincula e interconecta los constituyentes del sistema de atención de salud con sus diferentes niveles y formas de expresión institucional;
- forma parte de equipos de investigación (clínica, epidemiológica, terapéutica, médico-social, etc.).