

DEBATE “EN PERSPECTIVA” programa de Radio El Espectador

“INGRESO A LA FACULTAD DE MEDICINA”

CON EL PERIODISTA EMILIANO COTELO

PROF. PABLO V. CARLEVARO Y SOC. JOAQUÍN SERRA

26/04/1995

E.C. – En el día de mañana habrá 3 elecciones, por un lado tendrá lugar la votación gremial del Sindicato Médico del Uruguay, la elección de sus autoridades.

Por otro, el “Código de Ética Médica” propuesto por esa institución será sometido a plebiscito también entre sus afiliados.

Y finalmente, los afiliados al SMU también resolverán si el ingreso a la Facultad de Medicina continúa siendo irrestricto o se aplican medidas selectivas al respecto.

Tres instancias que de alguna medida pueden cambiar, pueden modificar la crisis que enfrenta la salud en nuestro país, dice este enfoque periodístico, que tiene en su encabezamiento, tiene junto al copete, dos reproducciones de las hojas con las que se va a votar mañana en el tema del ingreso a la Facultad de Medicina. Porque ese es el asunto que nos va a ocupar los próximos minutos “En Perspectiva”. Un debate sobre si poner en marcha o no mecanismos de limitación del ingreso.

Las hojas dicen, por un lado “Voto por que el Sindicato Médico del Uruguay apoye que se mantenga el ingreso irrestricto a la Facultad de Medicina”, esa es la posición que hoy va a defender en este debate el Dr. Pablo Carlevaro, ex Decano de la Facultad de Medicina.

La otra hoja dice: “Voto por que el Sindicato Médico del Uruguay respalde la adopción de medidas tendientes a planificar y racionalizar la formación de nuevos médicos según las necesidades asistenciales del país y la posibilidad de brindar una correcta formación.” Para defender esta segunda posición, digamos la posición más próxima a la del actual Decano de la Facultad de Medicina, Dr. Eduardo Touyá, se encuentra Joaquín Serra, Sociólogo, Asistente Académico del actual Decano de Medicina, Director del Centro de Investigaciones y Estudios del Sindicato Médico del Uruguay.

A los dos les damos los buenos días.

Prof. P. Carlevaro y Soc. J. Serra – Buenos días.

E.C. – Vamos a empezar por aclarar, Dr. Carlevaro: Qué importancia tiene el resultado de este plebiscito? Adonde conduce la opinión de los médicos sobre si limitar o no el ingreso a Facultad?

Prof. P. Carlevaro – ¿Ud. quiere que le conteste según el Estatuto del Sindicato Médico?

E.C. – Sí.

Prof. P. Carlevaro – Los médicos tomaron posición sobre el ingreso a la Facultad en la Asamblea del otro día, fue una Asamblea con poco, con escaso quórum, pero como corresponde según el estatuto en la tercera citación. Hubo 3 convocatorias a Asambleas y recién en la tercera se llegó al quórum.

Y en esa Asamblea, aunque el Sindicato no lo divulgue, con la objetividad con que debería hacerlo, los médicos tomaron posición, adoptaron una moción de resolución sobre el problema de ingreso a la Facultad, que no la voy a leer toda para no tomarle mucho tiempo, pero dice claramente:

Primero que: observación metodológica, no se puede parcelar el análisis de los problemas principales de la educación médica y focalizar la atención en uno sólo, que es lo que en este momento está propiciando el Decano de la Facultad.

Segundo: desde la perspectiva de los recursos humanos el problema más importante que tiene nuestro Sistema de Atención de Salud no es el exceso de médicos sino la falta de enfermeros.

Tercero: señaló luego una cantidad de problemas principales que yo mencionaré a lo largo de esta discusión a las cuales el ingreso de los alumnos no le hace nada, y por último hace una referencia histórica a los que ha sido y ha significado el limitacionismo en nuestra cultura.

De manera que el Sindicato tomó posición y esta posición es válida. El plebiscito es una consulta. ¿Qué va a hacer el Ejecutivo con la consulta? Yo no sé. Además, han dicho claramente que no le dan mandato imperativo a sus delegados. El problema de la limitación de ingreso se va a discutir en el Consejo de la Facultad, donde todavía no se discutió y ulteriormente –por la entidad que tiene- en el Consejo Directivo Central.

E.C. – Pero los delegados del orden de egresados llevarán la posición que salga de este plebiscito del Sindicato Médico del Uruguay?

Prof. P. Carlevaro – Eso hay que preguntárselos a ellos, ¿sabe porqué? Porque ya se dijo muy claro en la Asamblea del otro día –incluso por parte de las autoridades- que no llevan mandato imperativo, de manera que van a opinar según su leal saber y entender. Y alguno que estuvo en la Asamblea podría decir que el gremio médico ya se definió sobre la limitación, porque esta resolución es válida, aunque no le guste a las autoridades del Sindicato Médico. Es válida. Es resolución de Asamblea. Mal contada, tuvo 22 opiniones a favor y el Sr. Presidente contó sólo 12.

E.C. – Sí. Hace unos días incluimos “En Perspectiva” su punto de vista al respecto, a pesar del cual el plebiscito se realiza y entonces vamos a concentrarnos en lo que es un hecho.

Prof. P. Carlevaro – Sí, a pesar del cuál! Fíjese! Y es un hecho no avalado por la realidad, porque yo le digo, enfáticamente, que la moción que autorizó el plebiscito no tuvo mayoría.

E.C. – Dr. Joaquín Serra, que como decíamos es Sociólogo y Asistente Académico del actual Decano de la Facultad de Medicina, Ud. tiene comentarios que formular sobre este tema de procedimientos que recién criticaba el Dr. Carlevaro?

Soc. J. Serra – Es claro que yo soy asesor del Sindicato Médico, de la Federación Médica del Interior y del Decano, mi trabajo se limita a la cuestión técnica, y por tanto yo no puedo entrar en debates de carácter claramente gremial, entiendo que eso debe discutirlo quien corresponda al interior del Sindicato Médico con los dirigentes gremiales.

E.C. – Entonces sí vamos a preguntarle a Ud. ¿porqué, cuáles son las razones que llevan al actual Decano de la Facultad de Medicina a pensar que es necesario establecer mecanismos de limitación del ingreso?

Soc. J. Serra – Muy bien. Porque el Decano de la Facultad de Medicina entiende que el país tiene un problema y la Facultad de Medicina tiene un problema. Problemas que atañen a todos. Estos son, a nivel de la población, el problema que se encuentra el país es que existe un número excesivo de médicos, una sobreoferta médica, que genera una serie de problemas asistenciales en el Sistema de Salud que después podemos detallar.

A nivel de la Facultad de Medicina, el Decano ha entendido que existe lo que él ha dado llamar “masificación estudiantil”. Esto refiere a una desproporción entre los recursos educativos y la posibilidad de educar adecuadamente a los estudiantes. Lo cual genera una mala calidad en la formación de los estudiantes.

Yo no soy médico y no puedo evaluar la calidad de esta formación, sin embargo en una encuesta reciente realizada a todos los médicos de Montevideo, el 71 % de los médicos encuestados entendió que la calidad de la formación que actualmente brinda la Facultad es mala o regular, por tanto, da la impresión que existe una amplia opinión dentro del cuerpo médico que existen problemas en la calidad de la formación médica.

Por otro lado, es claro que este problema, inicialmente propio de la Facultad de Medicina, también es un problema de toda la sociedad, en la medida que la sociedad para ser bien asistida, requiere de médicos de alto nivel técnico para trabajar.

E.C. – Así que entonces estamos hablando de distintos tipos de razones: la cantidad de médicos por habitante que sería excesiva, el hecho de que la Facultad carece de recursos para atender de manera satisfactoria la formación de la cantidad actual de estudiantes y también Uds. han manejado la deficiente formación con la que llegan los estudiantes a la Facultad, o este último factor no estaría teniendo un peso importante?

Soc. J. Serra – Eso también se han hecho en los últimos años algunas pruebas entre los estudiantes que ingresan y es cierto que sí es un elemento que juega, pero es un elemento en el cual la Facultad podría desplegar algún tipo de acciones para compensarlas. Lo que sí nos preocupa, voy a darle algunas cifras para que se entienda, a qué es lo que nos referimos cuando hablamos del problema de número excesivo de médicos.

En el Uruguay existían en 1964, 2900 médicos activos, en el 75, 4400 médicos activos, en 1985, 8100, y en 1994, 11700 médicos activos. Esto quiere decir que de 915 habitantes por médico que teníamos en 1964, hoy estamos en 294 habitantes por médico. Y si esto se mantiene así, tenemos que al año 2025 tendremos una relación de 186 habitantes por médico.

Esto genera dos tipos de problemas, uno es determinar si el tipo de asignación de los recursos educativos que son escasos ha sido la correcta, o tenemos que reorientarlos a otras áreas.

Pero en segundo lugar, la sobreoferta médica, está generando y condicionando de forma fundamental la dinámica de funcionamiento del mercado laboral, lo cual luego también genera problemas a la hora de la asistencia.

E.C. – Qué quiere decir esto último? Por Qué se distorsiona la dinámica del mercado laboral?

Soc. J. Serra – Y, porque hay uno de los principales efectos de la sobreoferta médica, han sido las respuestas que han dado las propias gremiales ante este fenómeno. Las gremiales médicas a través desde el 43 a la fecha, han ido negociando los salarios -básicamente en el sector privado- a través de laudos y convenios. En ellos, como forma de enfrentar a la sobreoferta médica han ido reduciendo las cargas horarias de los cargos.

Por eso los médicos, actualmente trabajan solamente 6 horas por semana en la actividad de consultorio. Obviamente, nadie puede aspirar a tener un ingreso que le permita resolver su situación con un trabajo de 6 horas semanales. Esta es la base, sobre la cual después se monta el multiempleo.

El multiempleo genera luego problemas a la gente. Cuántas veces una persona tuvo que ir con su hijo, porque se había caído, se había lastimado, a la Emergencia de la Mutualista, y el cirujano demoró 4 horas en llegar, porque el cirujano, a su vez estaba en un block quirúrgico en otra institución asistiendo a otra persona. Cuando va a la policlínica, el médico llegó tarde 2 horas porque estaba...

E.C. – Entonces, un comentario que podría surgir después de escuchar su afirmación: tenemos un exceso de médicos por habitante pero al mismo tiempo resulta que no todos los habitantes del Uruguay tienen acceso a un médico en las condiciones razonables de tiempo y de costos.

Soc. J. Serra – Sí, ahí hay dos cosas: uno es la cobertura, que la cobertura sanitaria en este país es casi universal que es otro tema, y otro es cuando la gente tiene derecho a ver médico, pero cuando hay normas laborales impiden una rápida y una dinámica en el mercado laboral, que impiden una rápida comunicación del paciente con el médico.

E.C. – Seguimos escuchando las argumentaciones a favor de las dos posiciones que están en juego mañana en este plebiscito que forma parte de la consulta a los afiliados del Sindicato Médico del Uruguay, introducir o no mecanismos de limitación al ingreso a la Facultad de Medicina. Recién explicaba el panorama que lleva al Decano actual a impulsar ese tipo de resoluciones, el Dr. Joaquín Serra, sociólogo.

Ahora escuchamos al Dr. Pablo Carlevaro, ex Decano de Medicina, contrario a este tipo de mecanismos de limitación. En primer lugar, Dr., antes de ir a los mecanismos de limitación o no, sobre el diagnóstico que planteaba Serra, ¿qué dice Ud.?

Prof. P. Carlevaro – Huy! Por favor! ¡Llevo todo el tiempo si voy a comentar ese diagnóstico!

E.C. – *Pero quiero decir, esos problemas existen o no existen?*

Prof. P. Carlevaro – Yo le voy a decir cuáles son los problemas principales.

Creo que comete una gran falacia en relación con la génesis del multiempleo, que está profundamente equivocado, yo creo que se lo demostré ayer, pero evidentemente, él no ha tomado en cuenta esto.

Voy a poner un solo ejemplo para discutir sus argumentos sobre el multiempleo y su explicación del origen del multiempleo. Mire! En la profesión de enfermería, el número de enfermeras profesionales es mucho menor que la demanda, que la demanda asistencial y social de enfermeras, y sin embargo, en la profesión de enfermería hay multiempleo. Hay multiempleo. Las enfermeras que tienen un horario de 6 horas, utilizan la ley de 6 horas que está hecha para proteger el carácter tenso que tiene el ejercicio de la enfermería, lo utilizan para trabajar en doble turno, y a veces, en extremos hasta en triple turno. Por Qué lo utilizan? Por Qué andan como saltimbanqui de una institución a otra? Por Qué empiezan trabajando en una, en el medio trabajan en otra y se duermen en la tercera? Porque el salario es insuficiente, porque el salario es de explotación, porque el salario es indecoroso, por eso es que incluso se han ido del país y se van del país. Aquí tiene Ud. un ejemplo de una profesión con bajo número de egresados y con multiempleo. Que lo explique el sociólogo y que se tome un buen tiempo para poderlo explicar.

La causa fundamental del multiempleo es la baja retribución del trabajo profesional, y eso es lo que hace que el individuo ande como saltimbanqui de empleo en empleo. Y eso es mucho más viejo que este empuje limitacionista.

E.C. – *A Ud. no le preocupa entonces la cantidad de médicos por habitante?*

Prof. P. Carlevaro – Sí, por supuesto me preocupa. Sobre todo lo que me preocupa es que existan médicos desocupados y existan personas del país sin cobertura de atención médica.

Porque en este país, las dos cosas coexisten. A mí no me gusta que haya médicos desocupados, no me gusta que haya profesional desocupado de ninguna rama, ni siquiera trabajadores de ninguna industria; pero lo que a mí no me gusta es que haya gente sin cobertura de atención.

El Sociólogo dijo “casi”, defendiéndose públicamente del porcentaje de aquella calidad de gente que no tiene cobertura. Y yo le digo, en los pueblos del interior, donde el número de habitantes está en el orden de los 500, no hay atención médica. Los estudiantes de Medicina, del Ciclo Clínico Patológico del Hospital Escuela del Litoral en Paysandú, iban hasta Quebracho una vez por semana, para hacer la cobertura de la atención médica de esa población. Porqué? Porque no la tenía.

El sistema asistencial en este país, con este exceso de médicos y con este déficit de enfermeras es un caos. Pero no es un caos sólo por los números, es un caos por sus bases estructurales. Es un caos porque la entidad que lo rige, que es el Ministerio de Salud Pública, es desde sus orígenes, una vergüenza nacional.

E.C. – *Dr. Carlevaro: sobre otro de los argumentos que manejaba recién el asesor del actual Decano, el problema de la superpoblación de la Facultad de Medicina y la carencia, la insuficiencia de los recursos para atender de manera satisfactoria la formación de esa cantidad de estudiantes?*

Prof. P. Carlevaro – La Facultad ha dado respuesta a eso y el propio Decano actual ha contribuido, trabajando en la Comisión de Presupuesto, a lo que es la creación de cargos para que la relación docente-estudiantil en este momento fuera la misma que hace 40 años cuando nosotros cursábamos estudios médicos.

E.C. – *¿Cómo es eso? A ver?*

Prof. P. Carlevaro – Claro, porque Ud. tiene la posibilidad de aumentar la capacidad.

Por ejemplo: hace 40 años había sólo 2 Clínicas Pediátricas, ahora hay 3.

Hace 40 años había sólo 3 Clínicas Médicas, ahora hay 6.

Y eso implica aumento de docentes. La organización de la distribución de los estudiantes es mucho mejor. Las posibilidades de quehacer de los estudiantes en el ambiente extra hospitalario, es decir en lo que sería la práctica de la Atención Primaria de la Salud -cosa de la cual hablan pero no hacen-. Aquí se habla pero no se hace, no hay cultura en ese sentido. La cultura epidemiológica de los médicos es muy baja, la cultura comunitaria es muy baja.

Sólo recientemente la Facultad ha hecho esos esfuerzos en el período anterior, dando una oportunidad a que ese número de estudiantes haga impacto. Sin embargo no lo hace por una mala organización en la distribución de los estudiantes y en el quehacer de los estudiantes en la comunidad. Nosotros estamos trabajando empeñosamente en el Cerro tratando de revertir totalmente esto.

Pero yo quiero contestar otra cosa que dijo el Sociólogo y que es falaz en la base, juzga como mala la calidad de la formación médica en este momento, y se basa en una encuesta que está hecha entre médicos. Entre médicos ¿graduados cuándo? Para hablar de esa calidad Ud. tendría que establecer generacionalmente ¿cuándo cursaron?, porque si yo le digo: durante la dictadura fue una enorme vergüenza nacional. Pero es que la dictadura en la Universidad hizo un tremendo atropello a la cultura. Entonces, yo le diría, cuando vine aquí a Montevideo, era una vergüenza la calidad de los estudios médicos, hasta ponían exámenes repetidos, por 2ª vez, que los vendían a una cuadra de la Facultad!!

E.C. – *Qué dice el Sociólogo Serra a propósito de este argumento del Dr. Carlevaro?*

Soc. J. Serra – Que no leyó la encuesta, porque la pregunta es: “En los últimos 5 años la calidad de la formación del pregrado ha mejorado, ha permanecido igual o ha

empeorado”, y obviamente, quienes tienen una visión más crítica son los recién graduados que son los que conocen el tema de que hablan. Los médicos mayores, que no ejercen actividad docente, tienden a decir que no saben o a suponer que es mejor. Los actores, los docentes y los recién graduados son muchísimo más críticos que la gente que no está vinculada a la Facultad.

E.C. – *Dr. Carlevaro?*

Prof. P. Carlevaro – Le voy a contestar a la encuesta y le voy a contestar a todas las falacias, porque yo recorrí el país. Mire!

En los últimos 5 años, en el último período la Facultad instauró el Internado Obligatorio, que a lo mejor Ud. no sabe lo que es, porque es Sociólogo. Instauró el Internado Obligatorio que significa un año de práctica pre profesional hecho en las Clínicas de Montevideo y en las Clínicas del Interior del país.

La Facultad en este momento tiene actividad escolar en todas las cabeceras de Departamento del país, es decir, en los Hospitales del Interior y en 4 Centros Auxiliares más y en los Hospitales de Montevideo, desde el 1° de enero hasta el 31 de diciembre. Lo tiene cubierto todo el año con el grupo de estudiantes que se van a graduar. Eso fue una aspiración de los estudiantes y de los médicos durante décadas, una cosa tan vieja como 40 o 50 años para atrás, y todavía me debo estar quedando corto. 60 años para atrás, quizás. Y lo logró ahora, la Facultad esta. Modesta y sin recursos, consiguió instaurar el Internado Obligatorio que era un sueño de toda la vida. Y yo galgüé el interior del país, sabiendo cuál era la opinión de los médicos que tenían esos internos y puedo decirles que las respuestas de los médicos era afirmativa y positiva con respecto a los estudiantes que llegaban. Tal vez con poca práctica pero tal vez con una formación de base que les permitía ser útiles en el ejercicio de su tarea.

E.C. – *Sociólogo Serra?*

Soc. J. Serra – El Dr. insiste en descalificar, en tratar de falaces mis argumentos e insiste en hacer un discurso ideológico y no dar datos y hechos. El curso de internado es cierto, se instauró hace algunos años,

Prof. P. Carlevaro – Es un hecho! Y no lo había mencionado Ud.

Soc. J. Serra – Y también es un hecho de la realidad que en los últimos años se instauró una prueba de suficiencia. El internado hay que recordar que es luego que el médico finalizó todos sus cursos curriculares, donde teóricamente ya ha completado gran parte de su formación. Así se hizo para asignar el lugar que le correspondía al médico ejercer su internado una prueba de suficiencia. El 20% de los estudiantes no llegaron al nivel mínimo de calificación aceptado para hacer el internado. Este es otro indicador de calidad de formación.

Prof. P. Carlevaro – Deben quedar atrás.

Soc. J. Serra – El ex Decano de la Facultad de Medicina creo que obviamente no conoce el mercado de trabajo en la salud. Dice por ejemplo que las enfermeras universitarias deben este..., atribuye al multiempleo en enfermería al problema de los salarios de hambre. Yo simplemente voy a dar datos y que cada uno juzgue si son

salarios de hambre o no. Una nurse universitaria en una institución grande de nuestro medio está ganando con compensaciones \$ 8800 nominales al día de hoy. En una institución pequeña ese mismo cargo está retribuido a \$ 7000.

Prof. P. Carlevaro – Y en los hospitales públicos?

Soc. J. Serra – En el sector privado una enfermera G° 1 está retribuida a \$ 5300 con compensaciones. Y en esta institución grande a \$ 6100.

Prof. P. Carlevaro – Y en el Hospital de Clínicas?

Soc. J. Serra – Que cada uno juzgue si son salarios de hambre o no. En el Hospital de Clínicas y en el Ministerio de Salud Pública enfermería tiene sueldos efectivamente de hambre. Y esto es un problema.

Prof. P. Carlevaro – Ahí está!!!

Soc. J. Serra – También tiene sueldo de hambre el médico en el Ministerio de Salud Pública, tal cual lo hemos denunciado y hemos elaborado documentos que están disponibles en el Sindicato Médico. Elementos que nos han llevado a crear una comisión con el Ministerio de Salud Pública para mejorar las retribuciones del médico. Ese tema por supuesto que existe, pero creo que el Dr. realmente no conoce lo que es el mercado.

Prof. P. Carlevaro – Al fin empezó lo que existe!!

Soc. J. Serra – Otro dato: una hora efectiva de trabajo de Policlínica en el mutualismo se paga \$ 130 la hora. Esto quiere decir que con 26 horas de trabajo se ganan \$ 3400 pesos nominales un médico de Medicina General en la actividad de consultorio. Obviamente \$ 3400 no satisface a un médico, ni un médico puede vivir con ese dinero. Estamos hablando de 26 horas mensuales. Si este médico trabajara 200 horas, 8 horas x día, estaría ganando con el valor hora actual \$ 26000 nominales.

Prof. P. Carlevaro – Y eso porque hay muchos estudiantes!!!

Soc. J. Serra – Esto ¿por qué es? Porque el Sindicato Médico y las distintas gremiales médicas, para mantener el tema de la ocupación debieron negociar reducción de la carga horaria de los cargos. No fue suficiente, ¿porque?

Prof. P. Carlevaro – Con los desocupados!!

Soc. J. Serra - Luego generamos 2 efectos perversos: generamos médicos desocupados, el 40% de los médicos montevideanos están subocupados, pueden acceder a un solo cargo y su retribución es completamente insuficiente para poder vivir. Pero a su vez generamos el multiempleo, y concentramos el ingreso médico en otra pequeña franja.

E.C. – *Sí o no a mecanismos de limitación de ingreso en la Facultad de Medicina, una de las decisiones que los médicos del SMU van a tomar mañana en plebiscito. Vamos a seguir escuchando los argumentos a favor del Dr. Joaquín Serra, asesor del Decano actual de la Facultad de Medicina, Eduardo Touya, y en contra del Dr. Pablo Carlevaro, ex Decano de Medicina. A propósito del diagnóstico podríamos seguir discutiendo toda la mañana, y seguramente no habría coincidencia entre ambos,*

pero hay algo que sí me queda claro, Dr. Carlevaro, es que desde su punto de vista el problema no está en la cantidad de estudiantes que alberga la Facultad de Medicina, sino en el Sistema de Salud uruguayo. Y entonces, qué es lo que Ud. propone?

Prof. P. Carlevaro – Por eso, por eso, mire! Yo voy a decir lo que propongo y lo que propuse, porque además, la gente que ahora está preconizando la limitación es muy injusta con la historia, e incluso con la historia reciente, porque si examina las actas del Consejo de la Facultad de Medicina, y el Sindicato Médico incluso examina dichos de algunos de sus ex presidentes, verá que ha adherido a propuestas que yo hacía en relación con lo que sería la canalización con lo que sería el recurso humano en la Facultad de Medicina. De manera que yo no estoy inventando estas cosas para este programa o para este episodio.

Volvamos a lo que es fundamental, ¿cuál es el objeto?

Si la limitación es cosa fea, y aquí el Licenciado Serra lo admite, ¿porque este empuje? ¿Por Qué este empuje?

Incluso esta aclaración de que limitación pero sólo en la Facultad, no es para toda la Universidad, no! no! No vamos a renunciar a nuestro liberalismo, ¿por qué este empuje ahora? Y para educar mejor a los médicos por un lado y para resolver los problemas principales de la atención de salud.

Entonces, paso a contestarle. Para educar mejor a los médicos, y digo ¿sólo a los médicos?

Si el principal problema en materia de recursos humanos para la atención de salud no es el exceso de médicos. A mí no me gusta el exceso, pero no es ese, el principal problema es que no hay enfermeras. Vaya Ud. al Hospital Maciel, vaya al Pasteur, vaya al Pereyra Rossell, vaya a Neonatología, vaya a los lugares claves en relación con la atención de la salud en los hospitales públicos y Ud. verá que lo que no hay son enfermeras. Ud. verá que del Maciel se van los Auxiliares de Enfermería hombres a vender frankfurters y helados a la playa durante el verano, porque ganan más que en el Hospital Maciel. Fíjese que hay desertión y tienen que poner una compensación de presentismo. ¿Porqué? Porque el individuo no siente que está realizando un trabajo que lo satisface. Y son trabajos de la mayor abnegación. Porque le digo: si en la cultura se dice: el médico apóstol; ¿sabe cuál es el más apóstol de todos? ¿De todos? Ni siquiera la enfermera, es la auxiliar de enfermería!! Porque ese es el que apechuga permanentemente con las dificultades del que está enfermo. Sabe quién hace de auxiliar ahora, de auxiliar hacen los parientes, los familiares, porque pobre del enfermo que no tiene familiares que le hagan de auxiliar.

E.C. - Entonces, por el lado de la formación de los médicos, dice Ud. no está lo más grave. Qué más?

Prof. P. Carlevaro – No está lo más grave. Y le digo lo otro. El otro objetivo: contribuir a resolver los principales problemas de atención de salud. Entonces, le voy a mencionar muy rápido esos problemas. El caos estructural, ¿lo resuelven limitando el ingreso? El nivel indecoroso de los hospitales, esto que le acabo de decir, ¿lo resuelven

limitando el ingreso? El despilfarro de recursos, esto que existe en medio de la pobreza, como expresión de mala administración, ¿lo resuelven limitando el ingreso?

La baja dedicación horaria, los docentes de clínica que tienen 24 horas semanales, eso es porque hay muchos estudiantes, ¿o es toda una concepción de dedicación horaria?

Y yo le diría, yo como Decano hice los mayores esfuerzos por extender la dedicación horaria, pero qué es lo que pasa? Que como el salario universitario es la tercera parte, o cuarta, o quinta, del salario mutual, del salario del mercado laboral –ese que yo no conozco pero sé que es así la cosa- entonces si Ud. le extiende el horario al de 24, lo lleva a 36 o a 40, Ud. lo que le hace es extenderle la miseria, y eso es un lujo que sólo un hombre rico se lo puede dar. Entonces, fíjese! Ese problema de la dedicación horaria y de la retribución salarial de los docentes, que además son ambos factores que llevan al multiempleo porque si Ud. tiene baja dedicación horaria, luego tiene que completar su cuota trabajando en otra cosa. Y si Ud. tiene una retribución salarial mala, tiene que tener otro empleo aunque sea antihigiénico. Entonces, esto contribuye al multiempleo, y esto es un cáncer.

Y yo hice propuestas concretas, incluso al Sindicato Médico, en la época en que era presidente el Dr. Cid. Por ejemplo, yo les voy a poner una, sólo una porque no tiene tiempo. Yo proponía que el salario de un docente de clínica, de cualquiera de las clínicas, que trabajara sólo para la Facultad de Medicina y el CASMU, fuera bonificado, en reconocimiento del significado social de la función docente. Es decir, evitando con la bonificación que esa persona tuviera que tener que acceder a un tercer cargo. Y con esa bonificación y con esa mayor dedicación en la institución, pudiéramos desarrollar en ella la Residencia Médica también. Cosa que en este momento se está logrando. Porque los avances se hacen de a poco, los avances no empiezan en la Facultad de Medicina, o las inquietudes por avanzar cuando este Decano terminó su ejercicio. Habían empezado antes. Y van a seguir. Entonces le digo, esto ha sido propuesto, el Dr. Cid era el Presidente del Sindicato Médico, y le pareció una buena iniciativa. Y esto contribuiría por lo menos a reducir. Porque ¿sabe cuál es la aspiración sensata en relación con los docentes con respecto al multiempleo? Que tengan sólo 2 empleos.

E.C. - Dr. Carlevaro: en titulares nada más, otras propuestas?

Prof. P. Carlevaro – Otras propuestas: bueno, yo le diría. Nosotros hicimos en su momento otras propuestas, y las hicimos en su momento, y si la lectura y el estudio de las Actas de la Facultad de Medicina no es un ejercicio del cual no estén impedidos los sociólogos, yo le recomiendo al Licenciado Serra que rebusque, busque y rebusque en las Actas de la Facultad de Medicina, el sentido de esas propuestas.

E incluso las afirmaciones que al respecto dijo la Dra. Graciela Dighiero cuando era presidenta del Sindicato Médico del Uruguay.

Le voy a decir: el plebiscito también es falaz.

Porque el plebiscito dice: “Voto por que se mantenga ingreso irrestricto”, que es lo que yo voy a votar, y seguramente muchos van a votar porque es nuestra cultura.

Y luego dice “Vote porque se respalde la adopción de medidas tendientes a planificar y racionalizar la formación de nuevos médicos, según necesidades asistenciales del país y la posibilidad de brindar una correcta formación”, y eso mismo, por esas mismas medidas tendientes a racionalizar estuve luchando yo durante 12 años.

De manera que es falaz, porque esto opone una tesis contra qué, contra otra que no es la opuesta. Entonces tendrían que decir “Voto por la limitación del alumnado” y sacarse la careta definitivamente los neoliberales.

E.C. - *Pasamos a escuchar ahora al Soc. Joaquín Serra, asesor del actual Decano de la Facultad, Dr. Eduardo Touya. Ud. ¿entiende que la consulta es falaz?*

Soc. J. Serra – No me voy a referir a la consulta. Voy a referirme, porque de falaz se acusó todo lo que yo digo.

Entonces, yo lo que estoy estableciendo es relación de causa-efecto. Esa es la forma que tengo que hacerlo por el tipo de trabajo que yo hago, que es técnico. Si ideológicamente, se entiende que por cuestiones valorativas hay que adoptar otro tipo de medidas lo respeto y soy tolerante de ese tipo de cosas. Lo que sí me parece, es que tenemos que estudiar y conocer las cosas cómo son, y admito también que en este caso se puede opinar y discutir, pero con argumentos.

Por ejemplo, yo he dicho que el número excesivo de médicos genera problemas asistenciales. En la comparación internacional nosotros tenemos actualmente 294 habitantes por médico, el Reino Unido que tiene un Servicio Nacional de Salud, que no hay caos asistencial, tiene 714 habitantes por cada médico. En Canadá que es otra forma de racionalizar un servicio de salud a través de un Seguro Nacional de Salud existen 450 habitantes por médico.

Prof. P. Carlevaro – ¿Y en Cuba?

Soc. J. Serra – En Canadá se ha entendido que hay sobreoferta también de médicos y se han generado una serie de medidas tendientes a racionalizar la producción de médicos. Nosotros aquí en Uruguay estamos en la mitad de ellos.

Prof. P. Carlevaro – ¿Datos de América Latina? ¿Cuba?

Soc. J. Serra – Yo no lo interrumpí, Dr.! Por favor! Entonces, lo que yo digo es que este factor está, y tiene que estar pesando, y es un factor que interviene a la hora de explicar la irracionalidad del sistema asistencial, la problemática laboral del médico y las formas de asistencia médica.

E.C. - *Pero, perdón! Estamos hablando de propuestas... Yo quería salir del diagnóstico y entrar en las propuestas.*

Soc. J. Serra – Bueno, muy bien.

E.C. - *Qué es lo que Uds. están proponiendo? No sé si ya hay medidas resueltas.*

Soc. J. Serra – No. Proponemos realizar la discusión en dos etapas. Una primera etapa determinar si se debe o no regular y planificar en materia de formación de nuevos médicos a futuro.

Esto es si el Estado debe intervenir –a través de la Facultad de Medicina- en la formación de recursos médicos, o si no debe de hacerlo, porque hay quiénes, desde una visión liberal, pueden entender que no, que el Estado no puede intervenir. Pero entonces esa es la primer medida.

E.C. - *Pero ¿por la vía de la limitación del ingreso?*

Soc. J. Serra – No. No necesariamente. Hay distintos mecanismos. A través de que una vez que uno admite que hay que regular, y que en este caso hay un exceso, va a haber que seleccionar. Los mecanismos de selección pueden ser muchísimos.

Puede haber un examen de ingreso, puede haber un curso introductorio para nivelar a gente que venga de distintos sistemas de educación, del interior y de Montevideo, y que bueno, una vez que todos hayan adquirido un nivel de conocimientos homogéneos, se les aplique una prueba, a partir de la cual después...

E.C.- *Una prueba al primer año?*

Soc. J. Serra - Una prueba al primer año por ejemplo, en un esquema similar al francés. También se puede hacer un esquema...

Prof. P. Carlevaro – Esto lo está inventando, ¿no? Esto no es lo que se va a votar, ¿eh?

Soc. J. Serra – Esto no es lo que se va a votar. Se está ahora definiendo si se debe o no regular, luego que se haya resuelto este tema, se discutirá el mecanismo de regulación.

Pero la decisión debe ser adoptada por orden, de lo más general a lo más particular. En cuanto al discurso del ex Decano de la Facultad, yo quiero señalar que encuentro que es contradictorio, porque él se niega a la regulación y a la planificación en materia de salud, en materia de formación de recursos médicos, sin embargo, cuando insiste en el caos institucional del sistema sanitario uruguayo, da la impresión que está pensando en una planificación y una intervención estatal para resolverlo.

A su vez, el ex Decano, cuando él fue Decano, la Facultad de Medicina aceptó y utilizó el mecanismo del examen de ingreso, en la Escuela de Tecnología Médica. Entonces en un caso sí y en el otro no.

Para el sistema de salud sí, para la Facultad de Medicina no.

Para un estudiante de categoría C sí, para un estudiante de categoría A, no. Es contradictorio este pensamiento.

E.C.- *Dr. Carlevaro: ¿Por qué en la Escuela de Tecnología Médica hay examen de ingreso?*

Prof. P. Carlevaro – Hay varios errores históricos. No hay examen de ingreso en la Escuela de Tecnología. No hay examen. Justamente el examen de ingreso se removió en la Escuela de Tecnología cuando yo era Decano.

Además, yo proponía otros mecanismos de ingreso a la Escuela de Tecnología. Yo quiero reivindicar a una historia menor, no. Porque acá se está atropellando con todo.

Se está atropellando con todo. Yo por eso lamento que aquí por ejemplo, no estuviera discutiendo el Decano, el actual Decano de la Facultad. Yo no me considero de ninguna manera más que él, pero tampoco menos. Entonces es una lástima...

E.C.- *Ud. acusó hace unos minutos a los que sostienen esta posición de neoliberales, ¿al Decano actual de Medicina?*

Prof. P. Carlevaro – Escúcheme! No es que yo diga. ¿Sabe qué? yo utilicé una palabra en un artículo que publicó el Semanario Brecha que me parece que es la indicada, utilicé la palabra “filisteo”. Ud. sabe, filisteo, en el sentido en que usaba la palabra Marx. Ud. sabe lo que es un filisteo, no? Un filisteo es un individuo en el que predomina un espíritu vulgar, de escaso conocimiento y poca sensibilidad.

Y entonces, aquí los filisteos son ingenuos o tecnocráticos, mercantiles o simplemente vacíos. Yo digo, hay mucho filisteísmo en esto, y además, hay una negación de la realidad histórica, porque yo le diría al actual Decano, tú te acordás Eduardo, cuando yo hice las propuestas de organizar los exámenes de las primeras unidades temáticas del Ciclo de Estructuras y Funciones Normales, estableciendo dos categorías en la aprobación. Estableciendo una categoría de aprobación que le daba al individuo aptitud para proseguir estudios médicos, porque era una exigencia compatible con el nivel de estudios profesionales ulteriores.

Porque la Unidad de Cardiovascular y Respiratorio, para poner una, lo habilitaba para entender luego la fisiopatología cardíaca, la farmacología, la semiología, la clínica y la terapéutica.

Pero es que hay de todas esas unidades, que además son comunes a los Ciclos de Estructuras y Funciones Normales de las Escuelas (de la Escuela de Enfermería, de la de Parteras, de los cursos de Tecnología, de Nutrición y Dietética).

Hay en esas unidades también un nivel de conocimiento cultural, que no le da para entender y razonar los problemas de la patología, la fisiopatología, la farmacología y la clínica, etc., pero sí le da para saber lo que tiene que saber ese profesional de ese contenido temático.

Entonces, yo lo que proponía era que hubiese dos niveles, un nivel técnico profesional y un nivel cultural. Cosa que se puede hacer perfectamente bien y que no me digan a mí que no se puede hacer, que fui años y años docente de materia básica, y no del todo malo.

Entonces, le voy a decir qué se puede hacer y qué ganamos con eso? La primer medida de reencauce, la primer medida de rescate del aprovechamiento del recurso humano. Porque el muchacho que hizo Biología Celular y no le dio, pero adquirió un nivel que acredite una formación cultural en Biología Celular, y luego hizo Biología Tisular y tampoco le dio, pero está en la misma situación. Y luego hace Neurobiología y otro tanto. Y así sucesivamente, al cabo de cierto tiempo, lo que hizo no le da para continuar estudios médicos, pero le da, y puede ser perfectamente acreditado en un sistema interno de reválida, para seguir otros estudios de las profesiones de la salud.

Porque yo le voy a decir una cosa que, la dijo Edward Grillo, un profesor norteamericano que vino aquí en las circunstancias en que se instalaba el nuevo Plan de

Estudios. Hay dos componentes en la vocación de los estudios médicos, uno es una componente de base científico natural, es decir el deseo de conocer. Diría Don Clemente Estable, es la componente fáustica de la vocación. Si yo dejo cursar pongo a prueba la capacidad del individuo de dar respuesta a esa componente, porque cuando anda mal en Neurobiología, y anda mal en Biología Celular, y anda mal en Cardiovascular y Respiratorio, no le da para la cosa científica.

E.C. – *Sociólogo Serra: ¿Mecanismos como éste?*

Prof. P. Carlevaro - Deje que diga la otra componente porque así termino.

E.C. – *Los mecanismos que maneja el Dr. Carlevaro ¿no son compartidos por los actuales responsables de la Facultad de Medicina?*

Soc. J. Serra – No se ha centrado el debate en eso porque se ha entendido que la forma de procesar el debate es el criterio por el cual se optó, primero discutir si había o no un número excesivo de médico. Una vez que se tome esta resolución se discutirá sobre los mecanismos concretos, en los cuales necesariamente tendrán que tener en cuenta...

E.C. – *¿Pero quiere decir que un mecanismo podría ser éste que ahora manejaba el Dr. Carlevaro?*

Soc. J. Serra – Podría ser, sin lugar a dudas...

Prof. P. Carlevaro – Pero hace varios años de esto, entonces sería bueno sacarle fotocopias a las actas...

Soc. J. Serra – Pero es una etapa posterior.

Prof. P. Carlevaro – Podrían invitar al viejo Decano para que fuera a discutir este punto. Y sacarle fotocopia a las actas. Y sacar una fotocopia de lo que dijo la Presidenta del Sindicato Médico. Pero déjeme decirle otra cosa que yo quería expresar.

E.C. – *Creo que por distribución de tiempo, le corresponde hablar ahora al Sociólogo Serra. Propuestas como éstas que maneja el Prof. Carlevaro, podrían ser puestas en marcha, incluso dentro del pensamiento del actual Decano y de quiénes encaran esta etapa con él. ¿Dónde está el conflicto? ¿El nudo de la diferencia?*

Soc. J. Serra – El nudo de la diferencia está en que en algún momento nosotros vamos a tener que determinar que el número de estudiantes que pueden continuar con sus estudios para ser médicos, tiene que ser inferior al que está actualmente estudiando. Ese es el elemento.

E.C. – *Y por supuesto ¿Ud. no comparte?*

Prof. P. Carlevaro – Qué barbaridad!! ,

Soc. J. Serra – Esa es la diferencia de fondo. Entonces, establecer eso significa aceptar que el Estado tiene que empezar a planificar cuántos son el número de médicos que tiene que formar.

Esa es la primer discusión en la cual están interviniendo una serie de cuestiones ideológicas. Pero aquí hay dos formas de hacerlo: solamente desde lo ideológico como

ha hecho el Dr. Por eso me ha descalificado permanentemente, por eso no ha hablado de hechos ni de números, y otra forma de hacerlo es intentar hacer un análisis racional de la realidad, tratar de conocerla, y en base a los valores, que sí son permanentes, intentar buscar la mejor solución, aunque a veces tengamos que tomar medidas que no nos gusten.

E.C. – El hecho de que durante la dictadura, durante la intervención haya existido examen de ingreso en la Facultad de Medicina, y de ese examen se haya levantado con el retorno a la democracia, ¿está jugando de alguna manera, es un factor que incide en esta decisión, en este debate?

Soc. J. Serra – Si incidirá que es una de las principales herramientas de descalificación que tiene el Dr. Cada vez que yo hablo dice, igualito a lo que hicieron los militares. Yo no tuve nada que ver con los militares.

Prof. P. Carlevaro – Es el pariente ideológico más próximo que tiene.

Soc. J. Serra – Sin embargo, hay antecedentes de este debate, ¿¿Ud. sabe? En el año 20 lo discutieron los médicos, lo discutieron en el 30, en el 40, en el 50, en el 60. En el Uruguay. Y no había ni Banco Mundial, ni había militares, ni dictadura.

Prof. P. Carlevaro – Lo que hubo siempre fue celo por el interés profesional y por cuidar el negocio. Escúcheme!

¿Quiere que le cuente una anécdota para divertir a sus oyentes, sobre el examen de ingreso de la dictadura? A mí me la contó el bedel de la Facultad en su momento. Hicieron el examen de ingreso y luego con mucho ceremonial, citaron a los canales de televisión para abrir las urnas en donde estaban los sobres con los exámenes, y entonces resultó que cuando abrieron la tal urna, aparecieron todos los sobres apilados, lo cual era una cosa desde el punto de vista probabilístico imposible, que se apilaran solos los sobres. Y entonces, el militar de turno que estaba supervisando el acto, dijo “Parece que anduvo Mandrake por aquí”. Fíjese! Ese es el antecedente más lamentable.

E.C. – Claro, es el antecedente más lamentable, no tiene porqué operar de esa manera.

Prof. P. Carlevaro – Más lamentable! Sí, porque el planteo de la regulación lo hicimos nosotros muchos años atrás, tiene 4 o 5 años atrás, y lo hicimos en el seno del gremio, y lo hicimos en el seno del Consejo, y lo hicimos ante todos los órdenes.

¿Qué pasó? Que a los estudiantes esto no les gustaba. ¿Por Qué no les gustaba a los estudiantes? Porque iba a suponer un nivel de exigencia en donde los que tenían una preparación indecorosa no podían pasar. Esa era la razón por la cual ellos no lo apoyaron. Y los docentes a lo mejor a muchos no les gustaba porque tenían que perder un poquito más de tiempo para corregir, un examen que tenía una parte de valoración cultural. Pero esto está planteado y es lógico. Quiere apuntar más lejos en soluciones, vayamos, no a esta atomización que tiene la Universidad, vayamos a macroagrupamientos de escuelas afines, y vayamos a construir –cosa que también nosotros propusimos- la Facultad de Ciencias de la Salud. Ud. verá cómo se regulariza naturalmente el ingreso.

Soc. J. Serra – Otro gran debate es la problemática universitaria, pero ya excederíamos. Quizás habría que ir en el sentido que plantea el Dr.

E.C. – *Gracias al Dr. Pablo Carlevaro, ex Decano de la Facultad de Medicina y Joaquín Serra, Sociólogo, Asistente Académico del actual Decano de la Facultad, por este intercambio de posiciones con vistas al plebiscito, uno de los plebiscitos de mañana en el Sindicato Médico del Uruguay.*

Prof. P. Carlevaro – Gracias por invitar.