

ASAMBLEA DEL CLAUSTRO

FACULTAD DE MEDICINA

Sesión del día 21 de agosto de 2003

ACTA N° 33

ASISTEN: **Por el orden docente:** Gonzalo ESTAPE, Gonzalo GIAMBRUNO, Francisco MORALES, María Noel ALVAREZ, Otto PRITSCH, Verónica ABUDARA y Laura BETANCOR.

Por el orden de egresados: Juan José DI GENOVA, Silvio RIOS, Ana Gabriela DE LEON, Juan Andrés BICO y Juan Pablo CESIO.

Por el orden estudiantil: Victoria CORDOVA, Martín FRASCHINI, Ma. Carolina LESCANO, Ana Sofía GABIN, Victoria FRANTCHEZ y Laura IRIGOIN.

SEÑORA PRESIDENTA (De León).- Habiendo número, está abierto el acto.

(Es la hora 13)

—Antes de entrar en el primer tema del Orden del Día, quiero recordar que el Claustro recibió hace algunas sesiones un documento sobre la Maestría en Medicina Perinatal. En la Mesa decidimos solicitar al doctor Giambruno que leyera, junto con alguien más, ese documento, ya que el resto del Claustro no tiene conocimiento sobre el tema, y que para la próxima sesión trajera un pequeño informe.

Docencia en Comunidad

SEÑORA FRANTCHEZ.- La semana pasada nos reunimos el doctor Di Génova, dos integrantes de la Asociación de los Estudiantes de Medicina y quien les habla, con el doctor Bielli y con el profesor Ibarburu, del Departamento de Medicina en Comunidad. En dicha reunión se nos aclaró bastante el tema de la estructura de dicho Departamento, sobre el que teníamos dudas.

El Departamento cuenta con treinta y cuatro cargos docentes, distribuidos de la siguiente forma: un Profesor Director, nueve Profesores Agregados —tres de Pediatría, tres de Ginecología, dos de Salud Mental y uno de Epidemiología—, diecisiete Profesores Adjuntos —tres de Pediatría, tres de Ginecología, seis de Medicina, tres de Salud Mental y dos de Epidemiología—, y cinco Asistentes, de los cuales uno es epidemiólogo y los demás son de Medicina General. Es raro que haya solo cinco Asistentes, pero ello se debe a que solamente esos cinco cargos de Medicina General pertenecen al Departamento. Los demás asistentes dependen de sus respectivas clínicas. La mayoría son cargos de carácter titular.

Actualmente, el Departamento recibe aproximadamente seiscientos estudiantes de CICLIPA II y otros seiscientos de CICLIPA III, que se distribuyen en la policlínica de Casabó, de la Intendencia; en la de La Paloma, también de la Intendencia; la de Piedras Blancas, en el Centro de Salud del Hospital Maciel, y en la de la Cruz de Carrasco. La mayoría recibe estudiantes de Materno Infantil y de Medicina, en simultáneo. Dos reciben estudiantes solo del CICLIPA II y otro solo de CICLIPA III.

Los objetivos fijados por la Comisión eran proponer estrategias para fortalecer el programa de Docencia en Comunidad. Los objetivos específicos serían definir el perfil de los docentes del Departamento y su modo de acceso a la carrera docente; fortalecer el programa de formación clínica del pregrado, priorizando el primer nivel de atención; y analizar la posibilidad de realizar acuerdos con organismos públicos y privados, en los lugares de inserción del Departamento.

Inicialmente se identificaron los siguientes problemas: gran heterogeneidad en la formación de los equipos en cada policlínica y que la formación del pregrado no cumple con el perfil del médico aprobado por el Claustro.

En la reunión con los profesores Bielli e Ibarburu se establecieron algunos puntos que dificultaban el desarrollo del Departamento, entre ellos la docencia con equipos de trabajo completos. Supuestamente estos deben tener un docente con orientación hacia Medicina General, otro de Pediatría, otro de Ginecología, otro de Salud Mental y otro de Medicina Preventiva y Social. A su vez, nos explicaron que la mejor forma para hacer asistencia y docencia era teniendo un Grado 3 y un Grado 2 en cada centro, de Medicina, Pediatría y Ginecología.

SEÑOR ESTAPÉ.- O sea que ahí se están pidiendo ocho epidemiólogos más.

SEÑOR GIAMBRUNO.- Es complejo este tema porque hay que determinar la cantidad de horas que se hacen a nivel primario. Además, hay que tener en cuenta que el doctor Bielli se va el año que viene.

SEÑORA FRANTCHEZ.- El déficit de docentes es mucho más acentuado en Salud Mental y en Epidemiología, aspecto que ha quedado más al descubierto, y por eso pensamos que ahí están las fallas más grandes.

También se vio ausencia de definición de los perfiles docentes a la hora de hacer los llamados, lo que trae aparejado carencias en la metodología específica de trabajo en el

ámbito comunitario. Asimismo, hay carencias de recursos materiales y locativos, y un déficit en las tareas de investigación y extensión.

La propuesta de trabajo de la Comisión es, en base a los objetivos y problemas detectados, abordar los siguientes puntos. En primer lugar, fortalecer el Departamento de Docencia en Comunidad. En segundo término, promover la conformación de las unidades docentes básicas para cubrir las necesidades del Departamento. Esas unidades deberán ser móviles y rotar por los diferentes lugares de práctica. En tercer lugar, promover la obligatoriedad de la rotación de los asistentes de Clínica Médica, Pediatría y Ginecología por lo menos durante un año, y esto no podría ser negociable. En cuarto término, concentrar la docencia del primer nivel de atención en el tiempo. Esto comprendería asistencia en el primer nivel de atención y pasantías por el sistema de urgencia, en el propio centro. También se incluye el tema de seguir a un paciente cuando este pasa al tercer nivel de atención. Para los traslados se han hecho nuevos convenios con el Ministerio. Otro aspecto fundamental es definir los perfiles para los Grado 3 y Grado 4 del Departamento.

SEÑOR MORALES.- Quisiera saber cuál es la opinión del doctor Bielli sobre cómo se podría desarrollar la Medicina en Comunidad, independientemente del pedido de cargos. ¿Él tiene algún plan en ese sentido?

SEÑORA FRANTCHEZ.- En la Comisión no se discutió demasiado eso porque fuimos a buscar información. Lo que nos parece fundamental es que si la Facultad resuelve que los estudiantes se van a formar en el primer nivel de atención, eso debe ir acompañado de una estructura adecuada. La parte más descubierta es el área de tecnología, y eso se nota terriblemente en la metodología. Los estudiantes que hacemos nuestro trabajo de investigación "de campo" —entre comillas— tenemos una carencia que está siendo hiatrogénica. Eso se lo planteamos al doctor Bielli y él estuvo de acuerdo con nosotros, pero nos dijo que se trataba de un Departamento muy nuevo, que solo tenía cinco años, y que en el Uruguay había poca gente formada para esto.

Nuestra idea es fortalecer el Departamento. No sé si lo que hace falta son más cargos o una reestructura de los que ya existen. Además, hay que ampliar los centros, porque hay nueve para mil doscientos estudiantes.

SEÑORA ÁLVAREZ.- ¿Cuál es la limitante para que haya solamente nueve centros?

SEÑORA FRANTCHEZ.- La limitante es el hecho de que la Facultad no ha vuelto a rediscutir el tema del Departamento y de los docentes.

SEÑOR DI GÉNOVA.- El tema de Medicina en Comunidad pasa, ya en este momento, a un primer plano por la importancia que tiene dentro de la carrera de Medicina. Eso se desprende, por lógica, del análisis de la situación actual de la asistencia y de lo que puede ser su futuro, y de la definición del médico generalista que el Claustro ha establecido para lo que debe ser el médico del futuro. Sin embargo, chocamos con la estructura y contra algo que se mencionó hace un momento, esto es, que el profesor Bielli está en vías de retiro. Cada cosa tiene su ciclo en la vida y él no está ahora para planificar cambios importantes. En la reunión le preguntamos que visión tenía de futuro y él se fue por las

ramas, sin aportar nada. Creo que la cosa va a pasar por la discusión de futuro que nosotros demos sobre el tema.

Este es un tema que debe pasar a primer plano y tener un largo período de enseñanza. También deben buscarse los ámbitos posibles, fuera de la enseñanza hospitalaria. El primer nivel es algo fundamental y su instrumentación deberá darse a través de una reorganización. Debemos analizar la extensión, la profundidad y los objetivos fundamentales de la Medicina en Comunidad.

SEÑOR BICO.- Parte de lo que iba a preguntar sobre la actitud del doctor Bielli, ya lo contestó el doctor Di Génova. En esa reunión, ¿hablaron con alguien más, aparte del profesor y del Grado 4?

SEÑORA FRANTCHEZ.- No. Hemos tenido charlas informales con algunos Grado 2 del Departamento, pero oficialmente como claustristas no hemos tenido otras reuniones. Se pidió una reunión con los residentes de Medicina en Comunidad, porque es un aspecto que pasó a la órbita del Departamento, cosa que no sabíamos. Ellos tienen muchas sugerencias y cosas para contar sobre esto.

SEÑOR GIAMBRUNO.- Quiero hacer un aporte para dimensionar el tema. Tenemos siete años de carrera, cada año con treinta y seis a cuarenta semanas de actividad.

El Departamento de Docencia en Comunidad se creó, inicialmente, con el objetivo de formar al pregrado. Actualmente dedica al pregrado cerca de doscientas horas en el CICLIPA, que son cuarenta o cincuenta jornadas de cuatro horas. De las treinta y seis semanas de Materno Infantil, le dedica dos de los seis días de la semana, en un régimen de cuatro horas. Ello implica un 33% del tiempo. O sea que hablamos de una carrera de siete años, para la que queremos un médico nuevo, donde dedicamos un tercio del último año al tema, con los problemas de calidad, profundidad y organización. La señora Decana nos envió una carta sobre este tema, con la idea de redimensionarlo para que sea útil para el futuro médico. Por supuesto que el problema epidemiológico existe. Otro gran problema es que de todo lo que se hizo en estos años hay pocos documentos con resultados y aportes epidemiológicos. Hay un epidemiólogo por un lado, un cirujano por otro, un obstetra por otro, y en vez de trabajar en equipo, están cada uno en lo suyo. En este Claustro hemos tenido la suerte de que terminamos todos juntos votando los lineamientos generales, con una unidad de criterio.

Este es un tema complicado. Creo que el asunto es ver cómo articular situaciones distintas. Uno no va a visitar subsectores y ese es el gran problema de los tutores del primer año, que estaban un poco descolgados porque no trabajaban allí. Conocían la unidad, sus aspectos sociológicos, psicológicos y epidemiológicos pero no trabajaban en ella.

Debemos ver cómo, con los recursos propios y combinados, logramos potenciar lo que se está haciendo y darle calidad. Por supuesto que se necesita más tiempo. El

régimen de rotación por esos sectores debería ser de tres y tres días, pero hay que ofrecerle a la gente los mejores contenidos. Eso se logra con recursos humanos motivados. Centros comunitarios hay muchos, pero están vacíos de contenido. El Ministerio de Salud Pública estará agradecido si la Facultad comienza a participar.

SEÑOR MORALES.- ¿A qué se refiere el doctor Giambruno con la expresión "vacíos de contenido"?

SEÑOR GIAMBRUNO.- Es cuando un grupo de personas va a un área comunitaria y no aprende una semiología básica, ni a hablar con el paciente y su entorno familiar. No hay una medición de la calidad de lo está haciendo, porque ha costado mucho caminar en esto. El esfuerzo que hizo el doctor Bielli con el equipo que se incorporó lo conocemos bien porque en aquella época la Facultad y el Consejo resolvieron traer a un internista motivado en el tema. Por eso resolvió meterlo en la comunidad. No es fácil lograr que los internistas se interesen por el tema. El doctor Bielli ha dedicado muchos años a esto. Ahora hay que tomar esta posta y mejorarla. Hay muchas visiones, pero lo que se necesita es un trabajo en equipo. Tenemos ese Departamento, que inicialmente se creó para el pregrado y ahora tiene otros objetivos, que se ha cruzado con lo del médico de familia. Es un tema para el que hay que encontrar un lugar y despolitizarse. Es cierto que este es un mal momento, porque hay poca plata y, en el próximo año, la campaña electoral va a plantear el tema de la atención primaria. Nosotros tenemos una carrera de siete años que dedica a eso un tercio de su tiempo en el último año, y mucho menos en el CICLIPA. Los estudiantes dicen que el curso de Medicina en Comunidad es ir a visitar los cantegriles y la pobreza, pero que no pueden hacer nada. La gente que les da soluciones teóricas no está inserta como para encontrar soluciones prácticas.

SEÑOR ESTAPÉ.- En primer lugar, el hecho de que se retire o no el doctor Bielli no tiene por qué influir en esto. No vamos a esperar un año a que se vaya para luego empezar a cambiar las cosas. Si está bien lo que se hizo hasta ahora, lo prolongaremos. De lo contrario, habrá que cambiarlo.

En segundo término, todos hablamos del pregrado y en este momento van a entrar veinticinco residentes nuevos en medicina familiar, que debemos formar.

En tercer lugar, el primer nivel y la comunidad tienen puntos de contacto que son cosas totalmente diferentes. Primer nivel es la policlínica que tenemos en el Pasteur, donde viene una persona porque le duele la cabeza y donde luego se comienza con todo el estudio y los exámenes complementarios. Por supuesto que en la comunidad se hace atención de primer nivel. Cuando aumenta la complejidad de los casos, se debe recurrir a otros centros de segundo o tercer nivel.

Por lo tanto, primer nivel, comunidad y medicina familiar son tres cosas diferentes. Sin embargo, debemos tratar, en lo posible, con esta cantidad de cargos, de darle cierta homogeneidad, para que pueda ser de provecho para los pregrados y también para los residentes. Yo me puse un poco nervioso con el tema de los nuevos cargos porque es

posible que un epidemiólogo alcance para atender a varios centros y no tenga que estar permanentemente al lado del equipo de salud que atiende a la persona que tiene un dolor de cabeza o abdominal. Seguramente en algún centro de Montevideo hay un médico, que no va todos los días, y que atiende a la población de un barrio muy numeroso. Lo primero que hay que realizar es una investigación de los centros que hay en Montevideo para incorporarlos al nuevo plan, independientemente de quién dependan. Luego, con los docentes de las distintas especialidades que tenemos, habrá que tratar de darles contenido. También hay que ver qué índice de demanda tiene cada uno. Si mejoramos el equipo de salud, seguramente la demanda va a aumentar, pero si existe un centro donde solo hay un pediatra, la familia estará acostumbrada a ir a otro lado donde le resuelven el problema. Debemos ver cómo podemos llenar esos cargos en cada centro, para que eso tenga luego influencia en la comunidad y haga que la gente acuda.

El otro tema es ver cómo incorporamos a las policlínicas de cada uno de los hospitales que están funcionando ahora. El problema que se plantea aquí es que a los Grado 2 nadie los saca de los hospitales, porque ellos quieren estar donde está toda la cátedra funcionando y donde saben que van a aprender. Es muy difícil que un Grado docente no venga al hospital y vaya a un centro de salud de un barrio a brindar atención primaria. Hay que obligarlos a hacerlo, y algunos lo hacen con buena cara y otros no. Sin embargo, si van a un centro bien constituido, donde haya un Grado 3 de Ginecología o de Pediatría, verán que eso es tan productivo como estar en el hospital, donde normalmente se ven enfermos complejos y muy pocos del primer nivel. En el caso de las especialidades es diferente, porque son enfermos que se ven a todos los niveles. Sin embargo, en Medicina el 80% de los problemas se resuelve en la atención primaria, sin necesidad de mucha cosa ni de ingresar a un centro de segundo o tercer nivel.

Deberíamos ver cómo se puede hacer para que todo esto se lleve a la práctica. Puede parecer muy engorroso pero todas las cosas engorrosas, una vez que participa la gente que sabe, se simplifican. Nosotros, como claustristas, no podremos hacer más que decir que estamos de acuerdo en que se haga una combinación positiva de todos estos ingredientes. La Comisión, con el doctor Giambruno como pediatra y algún ginecólogo que pueda integrarse, podría dentro de dos o tres semanas traer un plan más o menos estructurado de lo que hay. No podemos pretender que la Facultad, que no puede llamar los concursos porque no tiene disponibilidad presupuestal, cree nuevos cargos. Eso va a salir de los cargos que se eliminen, como pasó con los residentes de familia. El volumen de dinero que tiene la Facultad es finito y hay que hacer arreglos internos, pero nadie puede pensar que vaya a venir una inyección de dinero de otro lado. El informe es un conjunto de puntos que se trajo al Claustro para calentar la discusión.

SEÑORA PRESIDENTA.- Creo que debemos aceptar la propuesta de trabajo que la Comisión trae como meta, porque constituye una buena línea de acción.

SEÑORA FRANTCHEZ.- Exactamente, es una propuesta de trabajo. Si al Claustro le parece bien, seguiremos profundizando en eso. Por otro lado, vamos a solicitar reuniones con los Profesores de Clínicas Médicas de Pediatría y Ginecología.

SEÑOR DI GÉNOVA.- También sería importante que la Comisión se reuniera con la Decana de la Facultad de Medicina.

SEÑOR MORALES.- Tengo claro el tema de la asistencia pero no qué tipo de docencia se hace. Sé que puede suceder que venga un paciente con fiebre y alguien dé una clase sobre cáncer de esófago. También puede suceder que falten todos los docentes y los muchachos estén toda la semana trabajando con un psicólogo. Si existe un programa de Docencia en Comunidad, debemos analizarlo.

SEÑOR CESIO.- La relación estudiante-centro, ¿es la adecuada?

SEÑOR GIAMBRUNO.- En el séptimo año, la relación docente-estudiante es de uno a diez o de uno a doce, si se hacen bien las cosas. Los centros periféricos a nivel primario son una esponja más grande, que si se trabaja bien permitirían lograr esa relación o incluso algo menos. El problema es que hay otro tipo de situaciones. Por otro lado, la cifra de seiscientos estudiantes que se manejó para el CICLIPA III no es correcta. Son doce grupos por las tres clínicas, que no pasan de los cuatrocientos estudiantes.

Lo que tenemos es un problema de cantidad y de calidad. Hay muchas situaciones que están fuera de control. Por ejemplo, un docente del CICLIPA lleva un muñeco de reanimación y enseña eso a sus estudiantes porque se encontró con que nunca se les había dado un curso de reanimación, en lugar de realizar promoción, prevención y entrevistas con los pacientes. Con el nuevo Ciclo Básico eso seguramente va a cambiar.

SEÑORA FRANCHEZ.- El 90% de la actividad de los estudiantes en los centros es asistencial. No tenemos ninguna estrategia de comunidad. El trabajo de campo es variable y algunos ni siquiera lo hacen. No es lo mismo hacer asistencia en el primer nivel de atención que medicina comunitaria. Sin embargo, la Facultad no está preparada para hacer otra cosa que no sea asistencia en el primer nivel, y la Medicina en Comunidad se hace mal.

SEÑORA CÓRDOVA.- En las policlínicas hay gran variedad de situaciones, pero en el CICLIPA II del año pasado no hacíamos un 90% de asistencia. Era un día a la semana asistencia y el otro una instancia de seminario. Creo que hay poca seriedad en ese sentido, porque hablamos de policlínicas donde no se hicieron cosas que supuestamente estaban pautadas y el trabajo de campo fue realmente vergonzoso. No pretendo hacer una exposición de mi vida pero me siento en la obligación de plantear lo que fue mi experiencia, para que se vea que no se trata del panorama precioso que nos pintan los docentes.

SEÑORA ÁLVAREZ.- Desde el punto de vista del funcionamiento, ¿los centros interaccionan entre sí o son totalmente independientes? ¿No hay una unión académica?

SEÑORA FRANCHEZ.- Los que interaccionan un poco son los centros del Cerro.

SEÑOR RÍOS.- A raíz de otro asunto, tuvimos una entrevista con la señora Decana y se habló de tema de Comunidad. La preocupación que tiene la Facultad es cómo hacer caminar el Departamento de Comunidad. Nosotros participamos en el proceso de formación, que ya venía mal. El hecho de que pasaron cinco años muestra que no hubo avances, que sigue el mismo desorden de antes y que no se lograron los objetivos.

Aquí hay dos responsabilidades. Una es que en el Plan de Estudios está definido el perfil de médico que queremos para el nuevo modelo asistencial. Desde el punto de vista de la formación de pregrado, ese médico tiene que salir con un criterio prevencionista, de promoción de la salud y no tan asistencial. El estudiante, cuando entra a la Facultad, debe estar mucho más horas en la comunidad que en el hospital. Sin embargo, por lo que se dijo aquí, los Jefes de los Servicios tiene dificultades en enviar a los Grado 2. Es una realidad que existía antes y que sigue existiendo hoy.

Hay otra responsabilidad porque internamente no hemos podido resolver el tema de la Comunidad. Cuando se nombró el grupo de trabajo en ese tema, quedó afuera gente muy valiosa y, con la cabeza que colocamos, no logramos poner el cascabel al gato. No pudimos conseguir quién otorgara la importancia doctrinaria que debe tener la atención en comunidad. La Facultad no dio ese paso.

La otra responsabilidad viene de afuera. Al retorno de la democracia, al Ministro Ugarte se le ocurrió ir a Cuba y vino de allí enloquecido con los médicos de familia, y lo planteó al Partido Colorado y al Partido Nacional, que rápidamente tomaron la idea. Hubo un grupo de gente que trató de hacer las cosas bien, pero hubo otro que no. Eso fue creciendo y se pidieron residencias. Se planteó que cómo íbamos a tener residencias si no había posgrados, y por eso se crearon los posgrados. La Escuela de Graduados diseñó un programa de posgrado de cuatro mil cuatrocientas horas, algo aberrante. Entonces, ¿quién se hace cargo del Departamento de Comunidad? Las residencias pasaron de cuatro a veinticinco, se creó el posgrado y todavía seguimos con los mismos problemas de conformación del Departamento. Debemos asumir la responsabilidad. O hacemos un Departamento de Comunidad, y logramos un acuerdo con los profesores de las Clínicas para alcanzar el perfil de un nuevo médico, o seguimos formando médicos con los criterios de ahora, hablando de patologías que no se ven nunca. Debemos encontrar a la gente preparada para lograr los objetivos.

SEÑORA ABUDARA.- No me queda claro si hay gente preparada o no para hacer el posgrado. De no haberla, creo que la Facultad de Medicina no puede seguir avalándolo. Si lo va a definir, sería importante que se trabajara con gente del exterior, que sabe cómo desarrollar otro tipo de áreas. Pero si solo es una fuente laboral para que ciertas personas tengan trabajo, la Facultad no debe seguir sosteniendo esto.

SEÑOR GIAMBRUNO.- Creo que no debemos ponernos apocalípticos. La voluntad de cambio existe. El tema es bajar a la realidad y hacerlo en las áreas en que sea necesario, con la gente más competente y trabajando en equipo. El problema es que en este asunto se ha dado una tormenta, porque la idea de la Facultad es la de realizar un cambio vigoroso. Tanto es así que en estos veinte años ha existido una voluntad teórica de cambio pero esta no se ha podido plasmar. Gente preparada hay, incluso aquí, que ha sido bien formada. Se han hecho esfuerzos que hay que valorar y ver cómo se pueden continuar.

SEÑOR MORALES.- Cuando empezó esta reunión, yo no sabía bien cómo resolver los problemas. Los teníamos más o menos bien identificados pero no veíamos como solucionarlos, hasta que escuché al doctor Ríos. Hay que tener en cuenta que en el Claustro no todos somos expertos en esta materia.

Debemos manifestar nuestra decisión de mejorar y organizar pero, ¿por qué no llamamos a los especialistas, que nos dirán cómo cumplir con nuestros objetivos? Hay dos tipos de especialistas. En primer lugar, están los que se han formado afuera o los que ya tenían vocación para dedicarse a este tipo de medicina. Además, ¿por qué no llamamos a aquellos profesores de los Servicios que manejan la responsabilidad docente de la Facultad?

Debemos identificar, de las muchas soluciones, las que el Claustro y luego el Consejo puedan elegir. Hay que definir qué queremos hacer y por qué. Eso es muy fácil, ya que está definido en los lineamientos generales del Claustro. Queremos un médico que sepa atender el primer nivel, formado científicamente. Nos falta el instrumento, pero yo no sé cómo crearlo. Seguramente los profesores de Clínica, más los especialistas que trabajaron, trabajan y trabajarán en Comunidad, lo podrán hacer.

Propongo que la Comisión sobre Trabajo en la Comunidad organice la reunión con esas personas e incluso visite algunos centros hospitalarios. El planteo es juntar a los profesores para preguntarles qué docentes podrían mandar, en el caso de que el tema de la enseñanza en comunidad se aplicara en serio, o cómo podría organizarse la enseñanza del primer nivel en las policlínicas. Estoy seguro de que los médicos que están en las trincheras saben cómo enfrentar y resolver esos problemas. Sería riquísimo que la Comisión recogiera el desafío de empezar a preguntar a los que saben cuál sería la solución.

Entiendo que eso debemos hacerlo ahora, porque paralelamente vienen las modificaciones al Plan de Estudios. Una de las posibilidades, dado que queremos un médico como el que fue definido por el Claustro en 1995, es enviar precozmente a una generación a trabajar en el primer nivel de atención. Pero si lo hacemos, deberemos ofrecer cursos más que decorosos y una organización muy seria.

Si no tenemos el instrumento acabado, no podremos hacer un cambio del Plan de Estudios que contemple la necesidad de que los estudiantes empiecen a trabajar precozmente en el primer nivel de atención, y condenaremos a toda una generación a no aprender. Las dos cosas son paralelas. Los estudiantes van a ir, pero siempre y cuando tengamos un Departamento de Medicina en la Comunidad trabajando bien. Para eso necesitamos consultar a los expertos y a los profesores.

SEÑOR DI GÉNOVA.- Esta es una etapa de transición para todos nosotros. El otro día dije, y alguien se rió, que estamos viviendo una etapa histórica. Todos quienes estamos aquí hemos sido formados en una medicina curativa e intrahospitalaria y, a pesar de que estamos en esto, no tenemos el concepto acabado de una atención primaria en salud. La sociedad y la medicina uruguaya no lo tienen. El doctor Morales acaba de decir que tenemos que ir a los hospitales a hablar con los profesores de Medicina, pero estos tienen una medicina intrahospitalaria en la cabeza. Estamos pasando por un período de transición y vamos a chocar contra paredes muy grandes de incomprensión, producto de la enseñanza que hemos tenido. Debemos entender esa incomprensión, que existe genéricamente en todos nosotros, para poder solucionar las dificultades.

También es muy importante hablar con la gente que hoy atiende en el primer nivel, que trabaja en las policlínicas de barrio, que tienen montones de cosas para enseñar y podrían ser puntos de referencia. Voy a dar el nombre de la doctora Jaqueline Ubal, que ha dedicado toda su vida a trabajar en policlínicas de La Teja. Es una excelente persona y una excelente profesional, y creo que nos aclararía muchas cosas.

SEÑORA PRESIDENTA.- Propongo dejar el tema en manos de la Comisión para que siga trabajando en las líneas propuestas.

Plan de Estudios

SEÑOR CESIO.- El hecho de que haya un acomodo de las horas de comunidad en los distintos CICLIPA, ¿puede ser considerado una modificación al Plan de Estudios?

SEÑORA PRESIDENTA.- No, porque son ámbitos diferentes de enseñanza.

SEÑORA ÁLVAREZ.- La Comisión de Plan de Estudios se reunió la semana pasada y hubo un vuelco en la discusión que teníamos planteada porque nos enteramos, luego de todo el lío jurídico sobre la modificación del Ciclo Básico, de que lo que está aprobado a nivel del Consejo Directivo Central es apenas un esquema del Plan. Apenas es una descripción ciclo a ciclo de la carrera, con algunos contenidos. En el caso del Ciclo Básico, habla de ciencias biológicas y métodos, y en el ESFUNO habla de ciencias fisiológicas y morfológicas. Es algo muy menor y cualquier cambio entra dentro de ese esquema. El problema con el Ciclo Básico se suscitó porque se habían quitado las ciencias del hombre y se planteó que no podía ser un Ciclo Básico sin esa disciplina. Se trata de un tema casi burocrático y no de discusión académica.

A raíz de una propuesta del doctor Rama a la Comisión, nos planteamos evaluar lo que ha llegado hasta el momento al Claustro y cuál es el esquema posible. La idea es ver si existen grandes acuerdos que se puedan plantear como, por ejemplo, la definición sobre la duración de la carrera o la modificación de algún año de la misma. Es como el trabajo inverso al que nos habíamos planteado. No se trata de describir todas las modificaciones que queremos hacer, sino de ajustar un esquema sobre el que estemos de acuerdo y que eso se analice a nivel del Consejo Directivo Central. Eso nos permitiría que, a partir del año 2004, el Ciclo Básico fuera algo mejor a lo que se hizo este año y que esa generación empezara a correr con ese nuevo tema.

Ahora bien, las modificaciones a ese esquema también tienen sus puntos de discusión y eso es lo que debemos trabajar en la Comisión. Tenemos que ver cuáles son los aspectos más compatibles, para así establecer un esquema parecido al actual, porque no estamos planteando modificaciones profundas.

Queremos preguntar al Claustro si hay acuerdo en trabajar en esa línea, en lugar de revisar todas las propuestas. Se trata de separar el esquema en cuanto a contenidos de lo que es la discusión sobre metodología. Digo esto porque si no enviamos al Consejo Directivo Central una modificación a fin de año no habrá cambios para la generación 2004. Se trata de lograr una modificación más fácil, que nos dé más tiempo para la discusión política de cómo instrumentarla. ¿Hay acuerdo en trabajar de esa manera?

SEÑORA PRESIDENTA.- Se trata de lograr algo que pueda llegar al Consejo Directivo Central y ser aprobado.

SEÑOR GIAMBRUNO.- Entonces, deberíamos llegar a un final apocalíptico en diciembre para poder lograr un cambio.

SEÑOR PRITSCH.- Habría que estudiar bien el marco del Plan actual para ver qué es lo que está aprobado. Estoy casi convencido de que el actual Plan nos permite una flexibilidad muy grande. Por ejemplo, cuando se aprobó el Plan 68, el Departamento de Comunidad no existía, pero se creó. ¿Vale la pena elevar todo al Consejo Directivo Central y esperar que este lo apruebe o tratar de trabajar en el marco que está fijado? Hay cosas que tienen que cambiar, pero hay muchas otras que podemos modificarlas dentro de este marco.

SEÑORA ÁLVAREZ.- Creo que se podría conectar el CEFA y el CIMI, que es uno de los puntos más importantes de la discusión actual.

SEÑOR MORALES.- Habría que determinar cómo ve la Comisión que debería ser el Ciclo Básico y el ESFUNO. En el CICLIPA tenemos dos grandes problemas: qué se hace con CEFA-CIMI, que es un entrevero sobre el que la Comisión deberá trabajar, y qué se hace con Medicina en la Comunidad, si se inserta precozmente o no.

SEÑORA ÁLVAREZ.- Eso ni siquiera hace falta ponerlo. Si se ponen los contenidos, no importa aclarar dónde se va a hacer. Lo más sano sería hacer algo así, pero igualmente hay que estar convencidos de que esa discusión se va a dar.

SEÑOR MORALES.- Si ya estuviera ordenado el Departamento de Medicina en Comunidad, me gustaría especificar que junto con la definición del Plan de Estudios empezaríamos a implementar el primer nivel de atención.

SEÑORA ÁLVAREZ.- Está también la posibilidad de que la carrera, en vez de ocho años y medio, dure siete.

SEÑOR MORALES.- Lo que se podría hacer en ese caso sería fijar una duración máxima o mínima, en horas. De esa forma, obviaríamos el paso de fijar la duración antes de estudiar los contenidos. Hay que escapar de ese problema. No va a ser muy difícil organizar esto porque tenemos identificados los sitios problema. Uno sería el Ciclo Básico y el otro CEFA-CIMI.

SEÑOR RÍOS.- Me afilio a la propuesta de la doctora Álvarez, en el sentido de que hay que apuntar los titulares al Plan de Estudios. Estuve presente cuando la Asociación de los Estudiantes de Medicina hizo su importante propuesta de modificación. Allí se discutieron fundamentalmente aspectos metodológicos, y fue invitado a participar el Rector de la Universidad, el ingeniero Guarga. Él se alegró de que hubiera un fermento tan importante en ese tema de la modificación del Plan de Estudios, pero manifestó que para lograr que las cosas fueran aprobadas por el Consejo Directivo Central había que incluir en la propuesta las grandes ideas muy resumidas. De lo contrario se generaría toda una discusión que postergaría su aprobación.

Por otra parte, quiero mencionar también el sistema de previaturas de la Facultad de Medicina. Habría que buscar la forma para que una persona que hizo el Ciclo Básico y luego perdió el ESFUNO pudiera seguir avanzando, con un sistema de previaturas que no sea tan difícil como el actual. Mi planteo es incluir el tema del sistema de previaturas, porque es algo que ocupa poco espacio pero es importante para los estudiantes rezagados o con dificultades. Además, el fenómeno de la masificación se da por la gran cantidad de muerte académica que se da en la Facultad, y dificulta la realización de los cursos porque se va acumulando la gente.

Desde el punto de vista de la discusión en la Facultad, llegamos a un momento en que lo hemos tratado en el macro y ahora hay que bajar un cable a tierra, para que se produzca el cambio. Hace treinta y cinco años que estamos en esto, a pesar de que hubo una dictadura de por medio. Creo que estamos en tiempo. El Plan 68 modificó el de 1945, y es cierto que los cambios nunca son bruscos, pero tampoco podemos seguir eternamente con lo mismo.

SEÑOR ESTAPÉ.- Nuevamente acaba de estar en Montevideo Brailovsky, dando una conferencia sobre los métodos de evaluación. Lo escuchamos con interés para ver cómo lograr una evaluación buena pero más corta, en lugar de pasarnos el 40 % del tiempo evaluando y el resto enseñando.

Esa fue la base de la conversación con Brailovsky, que nos dijo que en Canadá, en los Estados Unidos y en algunos lugares de Europa se están utilizando otros métodos diferentes, sobre todo para las materias clínicas. Aquí los sistemas de evaluación llevan mucho tiempo. En el caso del CIMI o del CEFA, que duran un año, el tiempo de enseñanza se reduce a tres meses o menos. Los estudiantes llegan a las clínicas en agosto, siempre y cuando el CEFA haya terminado todos sus cursos. A su vez, es difícil que un curso —salvo el primer año— pueda empezar antes de abril, porque los períodos de exámenes llegan hasta marzo, inclusive. Entre diciembre y abril hay toda una serie de evaluaciones eternas, que no sirven para mucho porque salva todo el mundo. Habría que ver un método más justo. Además, no sé por qué los cursos no pueden empezar en febrero. Eso permitiría que el CEFA pudiera dictar sus cursos correctamente y se lograría todo un año, que ya podría ser CIMI y CICLIPA I, porque seguir pensando en el 2003 que la semiología está separada de la clínica y de la patología es un absurdo. No hay ningún estudiante que, cuando ve un hígado agrandado, no pregunte qué tiene. Fusionar CICLIPA I con semiología es muy fácil, si se cursa de marzo a diciembre, pero no

podemos fusionar dos ciclos con tres meses cada uno. Además, la enseñanza debe ir al ritmo del estudiante que estudia y no esperar al que estudia poco o que no concurre, porque eso es lo que demora muchos de los ciclos. Por reglamento tiene que haber cuarenta días entre un período de exámenes y otro. Eso quiere decir que si fijamos uno en diciembre, el 1º de marzo podemos establecer otro. De ese modo, el 10 o el 12 de marzo podríamos estar empezando los cursos. Por otra parte, lo de los cuarenta días se podría modificar.

SEÑOR MORALES.- Las modificaciones del Reglamento de Cursos y Exámenes no tienen que ir al Consejo Directivo Central pero deben pasar por el Rector. Este las aprueba y las pasa al CDC, para que se den como comunicadas, y luego vienen a la Facultad.

SEÑOR ESTAPÉ.- No es una materia demasiado discutible. Es algo que se aceptó en su momento y se sigue aplicando.

SEÑORA ÁLVAREZ.- Los contenidos del CEFA, en lo que es patología general, podrían ir a lo largo de todo el año. No nos debemos embretar por el tema de dar una duración determinada al curso.

SEÑOR ESTAPÉ.- Detrás de este tema viene la masificación. Sé que no es fácil porque hoy estamos hablando de generaciones de mil cuatrocientos estudiantes. El tema es hablar con los docentes. En el CEFA, en lugar de dar cursos de abril a julio, lo haremos de febrero a mayo.

SEÑORA PRESIDENTA.- Lo que el Claustro debería aprobar es que la Comisión siguiera trabajando en esa línea. Creo que para la próxima sesión podremos traer algo más.

SEÑOR FRASCHINI.- No debemos olvidar que en la Facultad y en la Universidad hay situaciones que a veces demoran la realización de los cursos. Si establecemos cursos más largos, va a seguir sucediendo lo mismo.

SEÑOR ESTAPÉ.- Nosotros debemos legislar para situaciones de normalidad. Hay que fijar la duración de los cursos en horas y no en meses.

SEÑORA PRESIDENTA.- Eso se va a definir, además, con el tema de los créditos. Lo que estamos planteando ahora es que nuestras vacaciones no pueden seguir siendo como en la escuela.

Masificación

—Pasamos ahora al tema de la masificación. Mi interés en este tema es que se integre más gente a la Comisión que lo está tratando, porque ahora está trabajando solamente el doctor Di Génova.

SEÑOR DI GÉNOVA.- La reunión que tuvimos con el Rector Guarga, instrumentada a través de los compañeros de FEMI, fue muy importante porque ofrece una posibilidad real de salida al tema.

Históricamente, esta ha sido una lucha absolutamente estéril entre los limitacionistas y los no limitacionistas, que siempre ha terminado empatada. En ese caso, ¿qué solución hay? Ninguna. Por eso digo que la opinión del Rector es muy importante y abre una posibilidad de solución. A la reunión concurrieron el doctor Silvio Ríos, la doctora Gabriela De León, el doctor Poletti, el doctor Noya, el doctor Bermúdez —integrante del Consejo—, el doctor Sica Blanco, como invitado especial, y quien habla.

El Rector estuvo absolutamente de acuerdo en que el tema de la masificación es un problema real, al que hay que buscar solución. Él nos informó que los estudiantes de la Facultad de Medicina constituyen el 8,4 % de los estudiantes de la Universidad. El 35 % de la tasa bruta de escolarización —el número de estudiantes entre los jóvenes de 18 a 24 años— lo integran los estudiantes terciarios. El promedio en el mundo desarrollado es de 70 %, y hay países como Canadá, donde esa tasa llega al 100 %. Lo que se gasta en enseñanza en el Uruguay es menos del 3 % del PBI, por lo que tenemos en honor de estar, en toda América, junto a Honduras, Guatemala y Haití, como los países con el menor gasto en educación. En el Uruguay se gasta por cada estudiante universitario US\$ 1.000 por año. En países como Canadá y Estados Unidos, ese gasto es de US\$ 11.000.

El desarrollo del país hay que buscarlo en términos de crecimiento, y no hay crecimiento que no pase por el conocimiento de nivel terciario. Hay que buscar las formas de dar mayores posibilidades a las personas, hablando en términos universitarios generales. El Rector manifestó que una limitación, planteada como tal, desde el punto de vista real no sale. Esto es, el hecho de plantear una limitación en el ingreso a la Facultad de Medicina, por los mecanismos que debe seguir para llegar a concretarse, deberá pasar por ciertos sectores que impedirán su concreción. O sea que plantear la limitación implica volver al punto cero. Ese es un hecho real, nos guste o no.

Otra cosa que manifestó el Rector es que hay una realidad, dadas las circunstancias que todos conocemos, donde la sociedad uruguaya —sobre todo la juventud— está tan "cascoteada" que poner una limitación más a esa juventud sería algo absolutamente antipopular. Sin embargo, el problema de la masificación sigue existiendo.

El ingeniero Guarga propone, a través de la Comisión que reúne el Área de la Salud, estudiar el tránsito horizontal dentro de esa Área mediante un sistema de créditos. Él considera que ese es un elemento posible de lograr sin grandes modificaciones. Eso traería un descongestionamiento de la Facultad de Medicina y evitaría los fracasos estudiantiles.

El crédito es algo que ya está integrado en la Facultad de Ingeniería y en la Facultad de Química, para lograr un tránsito horizontal entre ambas instituciones, especialmente en la carrera de ingeniero químico. Un crédito implica quince horas de trabajo, incluyendo el estudio domiciliario, perfectamente evaluado como tal. El estudio por créditos en las distintas instituciones del Área de la Salud posibilitaría que un

estudiante que no pudiera continuar con la carrera de Medicina tuviera una habilitación para ingresar a otra, dentro de esa Área.

El señor Rector entiende que esto es posible y que no sería muy difícil. Su aplicación en la Facultad de Ingeniería no fue producto de genios —como él lo manifestó— sino de personas que están trabajando en el tema. Finalmente, el ingeniero Guarga nos dijo que él podía, si la Facultad de Medicina estuviera de acuerdo, impulsar la idea a través de todos los Decanos que integran el Área de la Salud.

SEÑOR ESTAPÉ.- Las otras instituciones del Área de la Salud, ¿están tan sobrecargadas de estudiantes como nosotros? Porque de ser así, al empezar el tránsito, se verán también desbordadas.

SEÑOR DI GÉNOVA.- Sí, lo están. El Rector dijo que los ingresos, en los últimos años, habían sido en mayor cantidad en el Instituto de Enfermería que en la Facultad de Medicina. Sin embargo, eso no ha hecho disminuir la masificación en la Facultad de Medicina. Se trata de un proceso que llevará tiempo pero que constituye una vía de escape, porque disminuirá la frustración académica de aquellos estudiantes que deben retroceder para empezar una carrera anexa. Con este sistema irían con un crédito obtenido para comenzar sus estudios en otro lado. Esto implica una conversación para que en el ámbito del Área de la Salud se discuta el tema, pero no hay que tratarlo el año del golero sino en un lapso corto.

SEÑORA CÓRDOVA.- Desde el punto de vista operativo, ¿qué cosas propuso el Rector? Pregunto esto porque el tema del tránsito horizontal hace mucho tiempo que se viene discutiendo, pero nunca se ha concretado.

SEÑOR DI GÉNOVA.- Él propuso impulsar personalmente el tema entre los Rectores del Área de la Salud.

SEÑOR RÍOS.- El Rector planteó que, así como el Orden de Egresados había solicitado la reunión con él, convocará formalmente a todos los Decanos del Área de la Salud y dijo que esta Área no había funcionado como se esperó. Quizá eso se deba a que no hay un elemento que haga que las cosas funcionen.

Aquí tenemos un objetivo bien claro: tratar de disminuir la masificación. El ingeniero Guarga habló de un "observatorio universitario" y nos dio un librito con estadísticas para ver cómo está la Universidad en cada uno de sus lugares. Incluso solicitó al Orden de Egresados que informara sobre la situación de los médicos. La entrevista fue importante en el sentido de que quedaron las puertas abiertas, por lo que no debemos dilatar este tema en el tiempo. Nosotros solicitamos la reunión como egresados porque el tema está inserto en este Claustro. Si logramos la convocatoria de los Decanos y una estructura mínima sobre lo que vamos a hacer, podremos avanzar.

SEÑORA PRESIDENTA.- Por más que esto no sea una solución a la masificación, implementará cosas que hemos planificado desde hace años, como es la flexibilización o el tránsito horizontal.

SEÑOR DI GÉNOVA.- En las Jornadas sobre el Plan de Estudios hubo una mesa en la que participaron Decanos y donde se habló del tránsito horizontal, y el Área de la Salud se comprometió a estudiarlo. Ese es un pequeño avance.

SEÑORA PRESIDENTA.- Nosotros tuvimos reuniones con gente de otros Claustros del Área de la Salud. Allí se planteó que había aspectos que no se entendían bien, como por ejemplo que en Medicina y en Enfermería se iba a estudiar la misma anatomía. Ahora esos aspectos están más claros. Debemos buscar un acercamiento y profundizar en el tema.

SEÑOR RÍOS.- Tengo aquí el Plan Estratégico de la Universidad de la República, el PLEDUR, y muchas de las cosas que se discutieron en el Claustro están explicitadas en este libro.

SEÑORA PRESIDENTA.- La próxima sesión del Claustro se realizará el jueves 4 de setiembre.

Se levanta la sesión.

(Es la hora 15)