



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE MEDICINA

1

**ASAMBLEA DEL CLAUSTRO  
FACULTAD DE MEDICINA**

Sesión del día 1° de abril de 2004

**ACTA N° 6**

ASISTEN: **Por el orden docente:** ANGEL GINES, ROSALIA RODRIGUEZ, MARTA ALBERTI, CARMEN CANDREVA, GONZALO ESTAPE, VICTOR SORIA, GONZALO GIAMBRUNO, ANGELA CIRILLO, ALFONSO CAYOTA, PATRICIA CASSINA, ROSARIO CAVAGNARO y DEBORAH KESZENMAN.

**Por el orden de egresados:** JUAN J. DI GENOVA, SILVIO RIOS, ANA G. DE LEON, MYRTHA FOREN LOTUFFO y JUAN P. CESIO.

**Por el orden estudiantil:** GUILLERMO RODRIGUEZ, LUIS ALDERETTE, PABLO BEHEREGARAY, VICTORIA FRANTCHEZ, NATALIA BERNARDI, MARIO ROMERO, DAIANA PAULINO, HERNAN CERVETTO, PATRICIA GUERISOLI y JOAQUIN MAUVEZIN.

---

**SEÑOR PRESIDENTE (Ríos).**- Está abierto el acto.

(Es la hora 12 y 30)

**Calendario anual de actividades**

—En la reunión anterior se nos solicitó la elaboración del calendario anual. En principio nos manejamos con el primer y el tercer jueves de cada mes, pero luego hubo que hacer alguna modificación. La próxima sesión será el 22 de abril. En mayo, sesionaremos los días 6 y 20; en junio, los días 3 y 17; en julio, los días 8 y 22; en agosto, los días 12 y 26; en setiembre, los días 9 y 23; en octubre, los días 7 y 21; en noviembre, los días 11 y 25; finalmente, en diciembre propusimos sesiones los días 2 y 16, porque el cuarto jueves sería el 23, muy cerca de la navidad.

Esto va a permitir que los integrantes del Claustro puedan hacer los arreglos necesarios en sus trabajos. Por supuesto que este calendario se puede modificar en caso de que surja algún inconveniente o que esas fechas coincidan con algún evento.

---

**Asuntos Entrados**

—Tenemos algunos Asuntos Entrados que datan de 1997 que, aunque tienen una connotación histórica, son importantes. Hay un informe de una evaluación sobre diez años de trabajo del CEFA, realizado por el profesor Benedetti, quien estuvo años al frente de esa coordinación. Recuerdo que el profesor fue un baluarte de la Comisión de Coordinación Curricular, donde todo el mundo daba su punto de vista y se manejaban más o menos los mismos problemas que hay ahora. Ya solicitamos a los compañeros del Orden Estudiantil que leyeran el documento para más adelante realizar un comentario.

Luego vamos a informar sobre otros Asuntos Entrados, ya que ahora el doctor Di Génova nos solicitó la palabra para informar sobre algunos puntos muy importantes tanto para el Claustro como para la Facultad.

**SEÑOR DI GÉNOVA.-** El año pasado en el Claustro emitimos una declaración sobre el tema del tabaquismo, que es un asunto fundamental en lo que nosotros queremos realizar, que es la medicina preventiva. Prácticamente el 25% de la población uruguaya muere por causas directa o indirectamente relacionadas con el cigarrillo. El convenio marco de lucha contra el tabaquismo, que fue aprobado por unanimidad por ciento noventa y dos países del mundo, ha entrado en este momento a la Comisión de Salud del Senado, por lo que esperamos que tenga un trámite rápido.

En este Claustro tratamos de ayudar en la elaboración de planes de estudio y en la discusión de diversos aspectos. Sin embargo, en estos días se sucedieron cuatro hechos que creo sería egoísta si no los volcara aquí, ya que considero tienen gran importancia en cuanto a su influencia en los resultados de lo que la Facultad de Medicina aspira, esto es, la formación lo más excelente posible de los recursos humanos. Tuve en mis manos un informe del Fondo Nacional de Recursos respecto de una encuesta realizada entre médicos uruguayos, tanto de Montevideo como del interior, sobre el conocimiento que existe en el tratamiento del tabaquismo. Dicha encuesta dio como resultado que el 87% de los médicos en actividad no sabía cómo tratar el tabaquismo. Esto es, no sabían qué responder cuando un paciente que fumaba mucho les preguntaba qué debía hacer. Eso es grave.

Por otra parte, hay una carta enviada al Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay por una bachiller —no interesa quién— que cursó el CICLIPA I. La carta está escrita con mucha altura y denuncia una cantidad de irregularidades tan importante que, aunque solo el 50% fueran comprobadas como reales, ya estaríamos ante una situación bastante deficitaria. Creemos que este es uno de los elementos que lleva a los déficit de conocimiento. Hemos analizado la carta a nivel del Sindicato Médico y es realmente fuerte.

Otro tema es que en estos días fue el aniversario de la Comisión Nacional de la Lucha Contra la Tuberculosis. En general se tiende a pensar que dicha enfermedad no existe o que está prácticamente extinguida en el Uruguay, y no es así. En el Uruguay ha seiscientos nuevos casos de tuberculosis al año, lo que implica prácticamente dos por día. Existen buenos tratamientos y medicación suficiente pero, según el Presidente de la Comisión Nacional de Lucha Contra la Tuberculosis, el peor problema es la falta de conocimientos de diagnóstico por parte de los médicos. El decía que los pacientes que surgen pasaron por cinco médicos antes de lograr que uno le hiciera un diagnóstico, y no se realiza algo tan sencillo como un análisis de expectoración, cuando se trata de personas con expectoración por más de quince días. ¡Eso que es tan sencillo es ignorado por la mayoría de los médicos! Ese es un elemento que muestra la realidad de las cosas.



El último punto refiere a un artículo de la "Revista Médica del Uruguay" realizado por el Departamento de Farmacología y Terapéutica de la Facultad de Medicina y titulado "Uso racional del medicamento. ¿Qué conocen los médicos residentes sobre los fármacos de uso corriente?". Se trata de una encuesta practicada a sesenta y nueve médicos residentes —treinta y ocho de pediatría y veintiuno de medicina interna—, que utilizan los medicamentos como herramienta primordial, donde se les preguntó por el nombre genérico, la dosis, los efectos adversos y las contraindicaciones. En el caso de pediatría, se les preguntó por Beclomol inhalador, Ibupirac solución, Kalitrón jarabe, Zinnat suspensión y Tegretol comprimidos, que son medicamentos de uso común. En medicina interna se consultó sobre Naprilan comprimidos, Zantac comprimidos, Voltarén comprimidos, Arzomicin comprimidos, Licor de Brompton solución y Valium comprimidos, medicamentos de batalla. De esos médicos, el 82% conocía el nombre genérico y el 18% no. Sin embargo, solo el 42% supo responder sobre las dosis de esos medicamentos, por lo que un 52% no conocía esas dosis. Por otro lado, el 84% ignoraba las contraindicaciones y efectos adversos. Si los médicos en el segundo o tercer año de la residencia desconocen esto, no quiero ni pensar qué podría pasar si tomáramos cien médicos al azar.

Es importante resaltar que este tema está siendo llevado adelante por el propio Departamento de Farmacología y Terapéutica, pero habla de un déficit de conocimiento bastante importante en la realidad. Esto no condice con las aspiraciones de la Facultad de Medicina, sobre todo pensando que el médico debe ser efectivo en dos aspectos: como médico tratante y como ordenador de los gastos en salud. Esto es, debe tener el conocimiento de los estudios de los pacientes, la clínica y cómo administrar los recursos en salud para contribuir a curar a los enfermos que hoy sabemos no se tratan correctamente.

Quería informar sobre esto porque es una realidad que creo todos debemos conocer.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** Estos puntos tiran sobre la mesa temas cuya discusión va a llevar mucho tiempo. De todas formas, creo que el Claustro se puede dar cinco minutos para realizar algunas consideraciones.

**ESTUDIANTE.-** En lo que hace al tema de CICLIPA I, se trató de hacer una nueva modalidad de examen para aspirar a un mejor resultado. En principio eso nos pareció bien porque se nos dijo que se iba a tener mejoras y se planteaba a fin de año hacer un examen de clínica o de farmacología. Nosotros elegimos, pero no se trató de una elección totalmente libre. Se plantearon ciento veinte preguntas y perdió el 75% de la generación, lo que produjo un caos. Se dijo que era muy poco tiempo para tantas preguntas, por lo que pedimos un informe. Este tardó mucho en llegar, por distintos motivos. Había muchas preguntas que estaban mal planteadas. Se cuestionaron treinta preguntas y realmente se cambiaron catorce.

Hubo varios problemas con la Cátedra porque se demoraron en enviar las preguntas modificadas y pasó tiempo entre que se hizo el examen y se conoció el prototipo original y sus cambios. Todo el tema pasó al Consejo porque en la coordinación eran receptivos en escucharnos pero no al momento de modificar las cosas o de plantear propuestas reales o explicaciones de por qué había pasado esto con el examen. Ahora hubo un segundo período en el cual habrá vuelto a perder un gran porcentaje, aunque no conozco todavía los números. Es evidente que la falla está en el planteo del examen. A mí todavía no me queda claro qué pasó o qué es lo que estuvo mal, si las preguntas o el tiempo. De pronto habría sido necesaria una formulación que permitiera contestarlas de manera más rápida o acotada. En el informe se planteó que la falla fue que había muchas personas académicamente retrasadas, pero eso no nos convence demasiado. También se dijo que había mucha gente que daba el examen por primera vez. Todos los dimos por primera vez. ¿Cuál sería entonces la población adecuada para dar ese examen?

Ahora pasó lo mismo con el segundo período, con las mismas características. Se plantearon preguntas de verdadero/falso que no estaban incluidas en el modelo de examen. Se nos dijo que había sido un acuerdo entre la Coordinación y el Departamento. Fuimos a la Coordinación y ellos nos manifestaron que estaban atados de pies y manos y que el problema era de la Cátedra de Cirugía. Se fue a plantear que no usaran ese tipo de preguntas y ellos dijeron que nadie les iba a enseñar cómo armarlas. Se dijo que todo el problema se debía a la libertad de cátedra. La contestación de la Coordinación fue que ellos sugerían un modelo de preguntas y, si la Cátedra no lo aplicaba, no podían hacer nada.

Otro de los temas sobre los que la gente se queja es Farmacología. Los exámenes son de niveles muy elevados y el informe realizado mostró que esa es la Cátedra con el nivel más alto de dificultad. Se pregunta siempre lo más difícil, sin tener en cuenta que el curso empezó con dos meses de atraso.

**SEÑOR SORIA.-** En cuanto al tema del tabaquismo, creemos que en la Facultad debería existir un control de las decisiones. Digo esto porque la Facultad de Medicina debe ser uno de los sitios donde más se viola en forma permanente la prohibición de fumar. ¿Cómo podemos golpearnos el pecho con la prevención cuando el estudiante, convertido en protagonista de una comunidad, se encuentra con que hay docentes que fuman? He visto gente fumando en la Facultad, tanto en la Sala del Consejo como en otros lugares. Nos consta que hay docentes que fuman en público. Ese es un tema que nada tiene que ver con la libertad. La Facultad de Medicina se ha expedido al respecto y hay resoluciones del Consejo que progresivamente se han dejado de cumplir. Vale la pena mencionar este tema en algún momento, pero no podemos seguir emitiendo resoluciones que luego nadie cumple. No es un tema vital pero sí forma parte de un conjunto de normas y conductas que hacen a la coherencia de los pensamientos.

**SEÑOR CESIO.-** En el Claustro anterior traje una fotocopia del artículo de un medio de prensa donde se analizaba la famosa encuesta a los residentes. Me enteré del tema no por la lectura del mismo sino porque una periodista de Salto me lo hizo llegar y me invitó a una entrevista. La periodista estaba preocupada porque, si esos eran los mejores exponentes de una determinada generación, ¿qué podía esperar la población de los médicos que estaban trabajando? La entrevista duró una hora y media y tuve que revolverme entre la leña para intentar dejar al cuerpo médico más o menos bien parado. Lo que dice la encuesta es verdad, ya que quien hace policlínica receta dos o tres de los medicamentos mencionados.

Este tema se vincula con el de qué profesional o qué médico estamos formando y cuál es la calidad del producto final. Eso sí nos compete a nosotros y al resto de la Facultad, que está pensando en los Planes de Estudio.

Sin embargo, hoy me encuentro con la evaluación curricular del primer trimestre del ciclo de internado obligatorio, realizada por la coordinación del internado. Se trata del escalón previo a los residentes que contestaron de no muy buena forma la encuesta. En las conclusiones, los coordinadores marcan la presencia de un alto porcentaje de evaluaciones con calificación de excelencia, que no consideran esté acorde con el grado de competencia de los estudiantes. No sé dónde está el problema. ¿Estamos evaluando mal la salida de los internos? En el año 2002 solamente siete personas, de más de doscientas noventa, reprobaron el curso, y la mayoría de ellas por problemas de faltas.

Estamos complicados porque si en el escalón previo a contestar tan mal una encuesta sobre la utilización de medicamentos comunes tenemos un alto grado de



excelencia en la evaluación, hay algo que falla. Eso es algo que compete al Claustro.

Por otro lado, los estudiantes de Salto estaban muy preocupados porque en la prueba de CICLIPA I que nuevamente rindieron volvió a haber un alto grado de reprobación. Ellos tenían incluso el formulario con las preguntas. Evidentemente, a medida que se avanza en la carrera hay detalles que se olvidan, pero había preguntas concretas vinculadas a la práctica médica o definiciones de enfermedades que realmente estaban mal planteadas o eran muy confusas. Al ver el protocolo, nos dio la sensación de que más que una evaluación de conocimientos era una evaluación de la rapidez mental de los estudiantes para contestar. Más allá de las libertades de cátedra, lo que debe preocupar al Claustro es qué producto estamos formando y cómo lo evaluamos. Aquí tenemos ya dos problemas de evaluación en dos ciclos distintos.

No soy técnico ni especialista en evaluación ni en docencia, pero cuando uno ve un alto grado de reprobación como este, que ronda el 80%, tenemos dos problemas: o se enseñó mal o el examen está mal planteado. No puedo creer que el 80% de una generación de estudiantes no haya estudiado, no haya aprendido o tenga dificultades para entender el examen. Evidentemente, hay un claro problema docente, siempre y cuando no se comience a atribuir otro tipo de intenciones frente a la formulación del examen, tema sobre el que también se podría hacer algunas consideraciones.

**SEÑOR ALDERETE.-** A nivel del cogobierno se necesita una Comisión de trabajo para evaluar qué está mal, sin entrar en las cuestiones del DEM. Pero estoy de acuerdo con el doctor Cesio en que si pierde el 80% de la generación no es un problema de los estudiantes.

**SEÑOR BEHEREGARAY.-** Además, no hay un reglamento claro que establezca si se puede dar el teórico en un período y el práctico en otro. No se sabe qué se puede hacer o no.

**SEÑORA FOREN LOTUFFO.-** Estoy totalmente de acuerdo en que debemos respetar el calendario de trabajo, pero todo lo que se ha planteado hoy refiere al trabajo de todas las Comisiones: masificación, Plan de Estudios, docencia en comunidad, etc. Trabajando en la Comisión de Plan de Estudios pudimos discutir y ver un poco el tema de cómo formar un médico, y hay conceptos que no se les brinda a los estudiantes que ingresan a la Facultad de Medicina. Entre ellos está el concepto de equidad, de que la salud es un derecho y, por lo tanto, toda la población debe tener acceso a ella. Ese es uno de los conceptos básicos y va de la mano de la eficacia y de la eficiencia de los servicios. En la realidad, la mayor parte de la población tiene gran dificultad para acceder a los servicios de salud y a una tecnología mínima. Por otro lado, hay otro grupo que mediante otras formas puede acceder a una tecnología que rebasa los requerimientos de nuestro país. ¿Acaso necesitamos mil tomógrafos o resonadores? ¿O precisamos médicos que puedan resolver situaciones comunes en una policlínica? Ese es el cuestionamiento sobre el que debemos ponernos a pensar.

Por otro lado, el internado obligatorio es algo que se contradice un poco con las residencias. En ese caso, ¿dónde se hacen las pasantías? ¿Se hacen en mayor cantidad a nivel hospitalario o a nivel de la comunidad? El 80% de los pediatras que trabajan en comunidad deben manejar esa área, porque quien va a hacer segundo o tercer nivel de asistencia se va a especializar en epidemiología o perinatología, y podrá optar por trabajar donde quiera. Pero los médicos que egresan deben tener esos conceptos generales.

**SEÑOR ROMERO.-** Con respecto al tema de las evaluaciones, hay algo claro y es que no se respetan las técnicas que se quieren aplicar, porque hay una manera de hacer los tests de múltiple opción.

El problema es que los docentes que redactan esos exámenes no están formados en

esa área. Aquí hablamos de este ejemplo porque se trató de un examen que perdió mucha gente, pero hay otros casos que no se conocen porque la mayoría no pierde. En el ESFUNO esto es cosa de todos los días. En Neuro hubo un parcial con dos preguntas de múltiple opción. Eso es un disparate desde el punto de vista de la aplicación del método. Vamos a tener que conversar todo eso porque está dentro de lo que debe ser la formación del docente, que debe conocer los aspectos pedagógicos pero también las técnicas de evaluación.

**SEÑOR ESTAPÉ.-** Aquí estamos hablando de tres temas distintos. En lo que hace al tabaquismo, las normas están todas aprobadas en el mundo entero, en este país y en la Facultad. Lo que hay que hacer es cumplirlas. El martes pasado estábamos reunidos con la Comisión y teníamos la puerta abierta, por lo que podíamos ver que pasaba gente con el cigarrillo en la mano. Las normas antitabaquismo las instituyó un enorme fumador como el doctor Touya, que como no pudo dejar el vicio daba la vuelta manzana para poder fumar un cigarro. Hacía un esfuerzo muy grande para que las normas se cumplieran. En este momento el cartel de Universidad sin humo desapareció y los dos bidones que había en el hall ya tienen plantas, por lo que quien entra a la Facultad ni siquiera tiene el incentivo de tirar el pucho en ellos. Creo que a esta altura no hay nada que agregar porque, por más fumador que se sea, nadie puede defender un vicio de esta categoría.

En cuanto al artículo que mencionó el doctor Di Génova, el problema fue el manejo que se dio a los datos. Al salir publicado, un órgano de difusión pública como "Búsqueda" sacó un artículo y una carta, y ahora los propios autores de la investigación están en conflicto por haber hecho ese trabajo. Me parece bueno que se haga este tipo de investigación y que nos enteremos dónde están las falencias de la gente que formamos, pero no podemos poner la mecha a una bomba, porque cuando terminen los incendios o el fútbol y haya poca información los diarios van a tomar eso y harán lo que se llama un "refrito". Sacarán un artículo de página entera sobre la formación universitaria, lo unirán a otro problema como el de la masificación y armarán una nueva composición sobre un dato puntual que es muy útil pero que ha sido muy mal manejado.

En lo que hace a los exámenes, ancestralmente ha habido problemas como el de ahora. Conozco bien el tema de CICLIPA I porque mi Servicio lo está cursando y he tenido directamente más datos a través de los estudiantes. Evidentemente este examen está mal planteado. ¿Por qué? La coordinadora deberá informar, así como el DEM, porque no puede ser que de una generación que viene salvando todos los exámenes con un 70% de aprobación, salve ahora el 15%.

Los períodos de exámenes son todos cortos. Nosotros terminamos el examen de clínica la semana pasada y este lunes empezamos de vuelta, o sea que puede darse el caso de un estudiante que dé dos veces un examen en una semana. Esto es un absurdo, porque las normas establecen que debe haber más de treinta días entre período y período, pero como no se ha calculado que hay períodos que demoran un mes y medio, a veces hay que atrasar el segundo porque no se terminó con el primero. Si todos los estudiantes perdieron hace un mes, ¿qué resultado vamos a tener al mes siguiente? El mismo, porque las preguntas van a ser similares y los estudiantes no tendrán tiempo de aprender lo que no sabían o de acostumbrarse a lo que no estaban acostumbrados. En este caso la coordinadora hizo lo mismo que en el período anterior y por eso obtuvo el mismo resultado. Debemos ver con la coordinadora y con el DEM qué es lo que pasa, porque este problema lo pagó, sin quererlo, una generación entera de estudiantes.



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE MEDICINA**

7

Otra cosa que sigo sin concebir es que den la prueba escrita quienes perdieron el examen práctico. Hasta que un estudiante no salve el escrito no puede dar el práctico. De lo contrario, habrá cuatrocientos estudiantes que salvaron una parte pero, como deben la otra, van a tener que repetir todo el año, ya que no hay otro período hasta el año que viene. ¿De qué les sirve tener salvada una prueba, cuando van a tener que cursar otra y estarán un año atrasados? Esto me parece un mamarracho y es una situación que no está aclarada en ningún lado. Sé que no es un tema del Claustro pero, como todos hablaron, quería decir estas cosas porque las viví directamente.

**SEÑOR RODRÍGUEZ.-** Queremos que esto se discuta en el cogobierno, a través de las Comisiones. Estoy en sexto año de Facultad y no puede ser que cada año tengamos problemas con los exámenes, se llegue a la conclusión de que están mal planteados y todo quede ahí. De aquí en más debemos determinar dónde está la falla, ver si el DEM no está funcionando bien y buscar una solución. No puede ser que pierda esta cantidad de estudiantes y se junten luego con la siguiente generación, porque estamos acumulando problemas y esto se vuelve un desastre. Además, hay que tener en cuenta el costo que ello implica y el hecho de que la Facultad pierde prestigio.

**SEÑORA CAVAGNARO.-** Para poder abarcar el tema se requiere analizar más y leer todos los documentos al respecto. Es un problema grande que tiene que ver con todos los exámenes de la carrera y con la formación docente, porque ahí se incluye qué evaluar y cómo, esto es, la relación entre lo que uno quiere enseñar y lo que estudiante aprende y se evalúa. Esto incluye a todos, y el DEM debe incidir en esa capacitación. Todos debemos tratar de ver cómo hacemos para capacitar a los docentes, no solo en educación médica sino también en evaluación. Se pueden hacer talleres, pero el problema es que a ellos no concurren todos los docentes. La situación es complicada porque, si se plantea hacer una cosa y los docentes no están compenetrados con la manera de hacerlo, es muy difícil que eso salga adelante. Sería bueno contar con una Comisión para el tema de la evaluación y que también estudiara lo referente a la capacitación docente.

**SEÑOR GINÉS.-** Me parece bueno que tratemos de volver a los temas que debemos discutir hoy, pero a veces hay cosas que inquietan y de las cuales no hay más remedio que hablar. En estos temas hay que atender lo que está mal pero en ocasiones lo malo no nos permite ver el panorama. Si estudiáramos la conducta amorosa de los médicos —no solo la de los cirujanos—, se podría generalizar que somos de conducta desordenada, pero eso no es cierto. Lo mismo pasa con los sistemas de evaluación y con la capacidad de los médicos que asisten a la población. Hay que tener mucho cuidado en cómo se hacen las evaluaciones. De los médicos recibidos, con los que más contacto tengo es con los que entran al residentado luego de una prueba de evaluación que los selecciona. Estoy encantado con la formación médica que tienen muchos de los residentes que vienen a hacer Psiquiatría. Antes, los que se dedicaban a esa rama no sabían nada. Ahora estoy muy conforme, y eso lo puedo ver más con la gente que trabajo mano a mano que con la masificación que hay en el pregrado. Su modo de moverse en el Servicio y de trabajar muestra una buena formación, incluso una buena calidad de aprovechamiento y desarrollo de las acciones. Eso también forma parte de la realidad. Por eso digo que este tema debe ser discutido en un contexto más amplio.

Este tema es un comodín que viene a sustituir el centro de la actuación médica, que es la evaluación con el paciente. Los que nos formamos en otras épocas sabemos que había exámenes donde debíamos mostrar un nivel de capacitación elemental, pero el que mostraba lo que uno sabía era el examen de clínica. O sea que la evaluación en medicina siempre debe ser sobre el ejercicio del servicio.

Como anécdota quiero decir que nosotros hacemos una prueba de pregrado en segundo y tercer año, que es de múltiple opción, que en general no se arma sobre la base de conocimientos sino de cómo se aborda un problema clínico, o sea que los médicos tienen que pensar y no pueden responder automáticamente. Y pasaba algo curioso: en algunas preguntas de sentido común puntuaban mejor los estudiantes de medicina que los posgrados, lo que muestra que la formación distorsiona un poco. Son todos elementos que hay que manejar con mucho cuidado y es verdad que en ciertos momentos del aprendizaje se producen sesgos. Estos sistemas de evaluación son malos para ver qué está pasando, y por eso digo que hay que mirar todo el panorama. Por eso lo central es discutir el tema de fondo y bajar la pelota al piso.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** Quiero decir algo sobre la inquietud de los estudiantes de que hay algunos órganos propios de la Facultad para tratar estos temas. El Departamento de Educación Médica tiene una Comisión de Coordinación Curricular, donde hubo toda una discusión sobre si los estudiantes debían integrarla o no. Muchos docentes decían que no debían intervenir porque el ámbito de actuación de los estudiantes eran las Comisiones en cada uno de los Servicios. Eso está previsto en el Plan 68, donde hay una Comisión de Ciclo Básico con un delegado estudiantil. Muchas de estas cosas se resolvían en ese ámbito y, cuando no era posible hacerlo, pasaban a la órbita de la Comisión de Coordinación Curricular, que era docente. Dicha Comisión adolecía de un defecto, ya que se nombraba un coordinador que muchas veces no era Grado 5. Este podía integrarla o delegar en un Grado 4 su opinión, pero sucedía que él no la integraba porque tenía una opinión contraria de los temas que se discutían ahí. Entonces, cuando llegaba el momento del examen, el Grado 5 planteaba el sistema que le parecía. Por eso digo que el ámbito estudiantil es la Comisión de Coordinación Curricular, donde se debe dar el cuerpo a cuerpo de estas cosas, que hay que reactivar.

**SEÑORA CAVAGNARO.-** La Comisión de Coordinación Curricular del DEM existe y funciona todos los martes, desde hace poco más de un año, y los estudiantes tienen su delegado. Sin embargo, este concurrió solamente una vez. Además, las CIDES funcionan en forma permanente en muchos ciclos.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** Lo que digo es que hay instrumentos para avanzar en estos temas.

Por otro lado, para ser fieles con las resoluciones adoptadas sobre tabaquismo, en las reuniones plenarias y en las Comisiones de este Claustro no se va a permitir fumar. Por lo tanto, cualquiera de nosotros podrá actuar como inspector de esas decisiones.

**ESTUDIANTE.-** Yo fui varias veces a la Comisión de Coordinación y no estaba funcionando y, además, la coordinadora me dijo que no me correspondía ir.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** Hay una resolución del Consejo de la Facultad que establece que los estudiantes integran esa Comisión.

**SEÑORA CAVAGNARO.-** Son los consejeros estudiantiles quienes la integran como delegados.

**SEÑOR SORIA.-** Si en definitiva terminamos tratando el tema en el Claustro, tengo que decir algo. No podemos seguir hablando de Plan de Estudios refiriéndonos pura y exclusivamente a los contenidos. Creo que hay una filosofía dentro de la cual se lleva adelante un Plan de Estudios y la evaluación es uno de los pilares en los que se sustenta.



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE MEDICINA**

9

Debemos decir en forma crítica que en este momento todo el mundo sabe que no hay coherencia en la evaluación ni en cada uno de los ciclos que existen en la Facultad de Medicina. Las diferentes unidades temáticas y los ciclos se están evaluando de diferentes formas. Lo que estamos escuchando aquí es la consecuencia lógica de una serie de problemas.

También quiero decir que a esta altura nadie va a poder discutir algo que es indiscutible. La evaluación es un tema de índole técnica y no es algo que se pueda prestar a que todo el mundo opine. Por eso no voy a hablar más, pero sí agregaré algo. Me gustaría que cuando se plantearan estos temas existiera la sensibilidad como para que alguna vez dentro de este propio Claustro se decidiera hablar de la evaluación. Lo que pasa —eso lo vivimos quienes somos viejos en la docencia— es que en determinado momento no existe un interlocutor válido. Aquí acaba de suceder que en un momento se planteó que había que ir a una Comisión a hablar de esto, pero dicho organismo tampoco tiene esa finalidad. Quizá en los principios de fundación del DEM, como el nombre lo indica, debería haber un organismo que regulara y condujera la evaluación a lo largo de toda la carrera. No puede haber quinientas evaluaciones.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** Vamos a continuar con los Asuntos Entrados.

Uno de ellos refiere a que se cumplen diez años del CEFA, por lo que vamos a entregar estos documentos a los estudiantes para que ellos trasmitan la información en la próxima sesión.

Ha llegado, para que el Claustro tome conocimiento, un expediente de la Escuela de Graduados sobre distintas diplomaturas de investigación, psicoterapia en servicios de salud, medicina nuclear, infectología pediátrica y citología clínica. Se trata de cursos de novecientas horas curriculares, seiscientas de ellas presenciales, no solamente para médicos sino también para otros profesionales de la salud. No queremos que el Claustro solamente tome conocimiento de esto sino que los distintos integrantes del Cuerpo realicen un breve resumen. Por eso pensamos pedir al doctor Giambruno que tomara el tema de investigación en salud; la parte de psicoterapia y de psiquiatría sería informada por el profesor Ginés, y la de medicina nuclear por la doctora De León. Vamos a solicitar que la parte de infectología pediátrica sea comentada por las doctoras Alberti y Foren Lotuffo, y la de citología clínica por la doctora Cassina.

Hay también un expediente de 2001, del Departamento de Psicología Médica, que versa sobre la participación de dicho Departamento en la etapa preclínica.

Tenemos un pedido de la Cátedra de Medicina Legal, que solicita la incorporación curricular tanto en el pregrado como en el posgrado de Bioética. Es un planteo que viene del año 2001, que no tuvo andamio y ahora la propia Cátedra lo solicita formalmente. Pensamos que es de tal importancia que habría que entregar una copia del expediente a cada uno de los Ordenes, para que así pudieran discutirlo.

---

### **Docencia en Comunidad**

—La señora Decana solicitó expresamente una expedición de este Claustro sobre el tema de docencia en comunidad, que este Cuerpo ha trabajado con seriedad, tanto en la Comisión del Claustro como en la del Consejo. Se había fijado una fecha límite —el 31 de marzo—, pero vamos a solicitar al profesor Estapé que dé algún avance. Luego tendremos los informes de las demás Comisiones y el planteo de cómo instrumentar la interrelación entre los distintos temas y dar unidad al trabajo. Para eso vamos a necesitar una reunión de la Mesa del Claustro, que probablemente se haga el 15 de abril, a la hora 13. Son reuniones abiertas, por lo que si alguien quiere venir puede hacerlo.

**SEÑOR ESTAPÉ.-** En primer lugar, voy a informar sobre la relación de nuestra Comisión con la del Consejo. Concurrí a la última sesión, donde se estaba finalizando el informe que les había encargado el Consejo. No voy a decir que no fui bien recibido pero mi presencia, aparentemente, no condecía con la finalidad que la Comisión considera que tiene, que es redactar un informe de cómo se llevará a cabo este año la enseñanza en la comunidad, cómo seguirá trabajando el Departamento, cuál será su estructura y cómo se va a atender a los estudiantes de CICLIPA II y de Materno Infantil, que son los que actualmente concurren a la comunidad. La Comisión estaba terminando ayer el informe y me dijeron que no lo iban a entregar al Claustro sino que lo iban a llevar al Consejo, porque ellos se debían a ese órgano, y que si el Consejo consideraba oportuno que lo conociéramos, el Claustro iba a acceder a él. Por eso no me sentí muy cómodo porque, a pesar de haber sido designado junto con el bachiller Romero como integrante de la Comisión del Claustro, no me quedó otra cosa que decirles que nosotros íbamos a seguir trabajando en el tema.

Quedó claro que nosotros estamos en el Claustro para impulsar las reformas que nos parezcan, estudiar la inserción, los cambios de contenido, etc. y la Comisión del Consejo se va a encargar de ver cómo instrumentar este año lo que ya está hecho. Todos estuvieron de acuerdo en eso, por lo cual nosotros estamos a la espera. La Comisión del Consejo no va a trabajar más porque ha terminado el informe y van a presentar una estructura —que consideran más conveniente— para atender a los estudiantes de CICLIPA II y de Materno Infantil. Como nosotros planteamos otra cosa, como era la inserción más precoz del estudiante, ver cómo extender esto a otros centros, los contenidos, etc., queda en manos de la Comisión del Claustro hacer eso.

En segundo lugar, lo que hicimos fue corroborar lo mínimo que concurren los estudiantes de la carrera a la comunidad. De esa forma, vimos que hay cuarenta semanas de CICLIPA II y cuarenta semanas de CIMI, que en la práctica en realidad son treinta y seis, porque en Materno Infantil hay cuatro semanas de curso inicial, donde no se va a la comunidad. En el otro caso, como el CICLIPA I siempre viene atrasado y los exámenes se están tomando en marzo y en abril, esas cuarenta semanas también se reducen a treinta y seis. A dos días por semana, tenemos un total de setenta y dos días en cada ciclo, lo que nos da veintidós semanas. De ese período, la mitad se desarrolla dentro del centro de atención y los dos cuartos que quedan, el estudiante pasa uno en el seminario y el otro en la comunidad. O sea que estamos hablando de cinco semanas y media que el estudiante pasa en la comunidad, en una carrera de ocho años. Esto lo digo para impactar al Claustro y para que se vea de qué estamos hablando. Si queremos que los médicos sean expertos en atención primaria, debemos tener claro que a eso se le dedican cinco semanas y media de ocho años. Por eso dijimos de separarnos de eso, que es lo que estudia la Comisión del Consejo, para ver cómo podemos hacer para que los estudiantes empiecen a aprender atención primaria, porque todo lo que estuvimos viendo durante dos años sobre la parte de



enfermedades prevalentes y todo lo demás queda reducido a cinco semanas y media.

**SEÑORA FOREN LOTUFFO.-** Lo que estamos planteando es formar un médico en el que se pueda aplicar la estrategia de atención primaria de la salud, que no es el primer nivel de atención. Es una estrategia con tres niveles de complejidad. La comunidad es el primero, pero luego vienen los otros dos que son las especialidades. No podemos formar un médico que sepa solo comunidad, sino que maneje todos los aspectos. No es lo mismo primer nivel de atención que atención primaria de la salud. Es una estrategia de la Organización Mundial de la Salud, que apunta a lograr el acceso de toda la población a la atención en salud, a través de un sistema equitativo y justo.

**SEÑORA CAVAGNARO.-** Con respecto a lo que dice el doctor Estapé y que tratamos en la Comisión, lo que debemos hacer es tratar de ampliar el tema, porque nos parece que es poquísimo. Todos estamos de acuerdo en que se debe hacer policlínica, pero además hay que hacer otras cosas. Hay tareas comunitarias fundamentales que van quedando para atrás y, a la larga, no se realizan.

Lo que está elaborando la Comisión del Consejo —de la que no terminamos de entender nuestra relación con ella— tiene que ver con las posibilidades reales que hay y las necesidades del Departamento para poder mantener lo que ya existe. Con esto no estamos diciendo que eso sea lo ideal.

**SEÑOR ESTAPÉ.-** O sea que consideramos que lo que hay actualmente es insuficiente. Eso no lo va a cambiar la Comisión del Consejo pero sí creemos que lo podemos hacer nosotros.

Luego pasamos concretamente a la parte de inserción del estudiante. En el informe del doctor Giambruno, que repartimos la semana pasada, están las aspiraciones, que son muy grandes y no sé cuánto tiempo nos llevará concretarlas. Toda la Comisión está de acuerdo en una inserción más precoz, porque cuanto antes vayan los estudiantes a la comunidad, más estudiantes vamos a tener. Si lo hacemos en el primer año, van a ir mil cuatrocientos; en el segundo, irán mil, y así sucesivamente. Por eso hay que buscar alguna manera de darles una inserción o alguna tarea, porque no se puede pretender que un estudiante de primer o segundo año conozca los medicamentos —ya vimos que no los conocen ni quienes deberían hacerlo— como para poder atender en un centro de salud, pero sí pueden tener otra relación con la comunidad.

Hubo varias propuestas. Una era realizar pasantías programadas desde mucho antes, y que haya una continuidad que hoy no tienen. ¿Qué pasa ahora? De diciembre a marzo no concurre nadie, porque los estudiantes tienen vacaciones y exámenes, y la gente se va a atender y no encuentra a nadie más que a un médico de Salud Pública o a aquellos médicos de familia que entraron a dedo. Preguntan por las personas que estaban antes y les dicen que están dando exámenes o están de vacaciones. Por eso debemos buscar una continuidad, para lo cual hay varias opciones.

Algunos miembros de la Comisión plantearon que si los estudiantes van desde los primeros años, cada equipo podrá estar formado por estudiantes de segundo, tercer, cuarto o quinto año. Cada uno tendrá diferentes inquietudes y utilidades para la comunidad y, sin necesidad de concurrir todos los días, podrá ir durante los tres años, una vez cada quince días o cada semana. De esa forma tendrán continuidad y podrán conocer al barrio y a la comunidad, ya que de lo contrario no se puede conocer la problemática de la zona en la que se está actuando. La permanencia en el tiempo de un flujo de estudiantes de los tres años nos parece algo útil y es un tema que podemos empezar a discutir.

Los médicos de familia y los residentes de medicina familiar sí hacen casi toda su actividad en la comunidad. Salvo una guardia semanal en el hospital, que es importante porque les permite ver una cantidad de cosas que no se ven mucho en los barrios, el resto de su labor se desarrolla en la comunidad. Esos médicos de familia podrían ser "docentes guía" —entre comillas— de grupos de estudiantes que irán durante toda la carrera a la comunidad.

Esto es una tormenta de ideas. Aquí no definimos nada sino que se trata de conceptos que fuimos recogiendo durante las reuniones, sobre los que creo estamos todos de acuerdo. Ahora debemos empezar a avanzar en cada una de esas opciones para poder expedirnos. Hay que recordar que la señora Decana designó la Comisión del Consejo en diciembre y esta comenzó a trabajar el 15 de enero. Nosotros empezamos en marzo y, aunque nos reunimos todas las semanas durante dos horas, no nos pueden pedir un proyecto elaborado en tan poco tiempo. Por supuesto, los demás miembros de la Comisión podrán agregar otros elementos a este resumen.

**SEÑORA CAVAGNARO.-** Me pareció muy buena la síntesis del doctor Estapé. El tema de la docencia en comunidad no puede estar aislado del Plan de Estudios. Estamos de acuerdo en qué es lo que queremos, pero los detalles de la cantidad de estudiantes y los cursos que deberán realizar son parte del Plan de Estudios. Podemos decir qué quiere la Comisión, pero si no existe un Plan es muy difícil dar detalles.

**SEÑOR ESTAPÉ.-** Nosotros somos parte de la Comisión de Plan de Estudios, por lo que podemos adaptar dicho Plan a todas estas inquietudes que se nos presentan.

**SEÑOR GIAMBRUNO.-** La resolución del Consejo que nombró una Comisión para ver qué pasaba con el Departamento de Comunidad era más amplia y proponía un análisis de cómo se iba a seguir con el tema. Tanto es así que el cargo de Director de ese Departamento no fue llamado y la ejecución de todos los concursos está suspendida, porque se estaba debatiendo si ese Departamento iba a seguir existiendo o no y con qué características.

La parte fácil —que fue la que encaramos nosotros— es qué se hace con los estudiantes. En ese aspecto, desde 1988 no se cambió nada más, ya que el documento de ese año planteaba el CICLIPA II y el CICLIPA III rotando en áreas comunitarias. O sea que estamos como congelados en el tiempo y, como mucho, con posibilidad de retroceder. El año pasado fue este Claustro el que cambió un poco la manera de aproximación a la comunidad y es algo en lo que estamos trabajando.

El otro tema es si ese espacio comunitario se hace a punto del médico de familia, sin más interacción —como se supone debería haber— con pediatras, internistas o ginecólogos. Es un asunto muy amplio que los pediatras hemos planteado, no por una cuestión de corporación, porque estamos muy contentos con lo que hacemos en nuestro espacio de trabajo, sino en defensa de los derechos humanos del niño. El niño debe ser atendido por el profesional que sabe de ese tema y que está mejor preparado, no por quien hizo una carrera más sencilla o tiene una aproximación simbólica mejor elaborada. En este año que pasó hubo más mortalidad porque, normalmente, uno ataca la mortalidad dura en los lugares donde nacen los niños, pero luego el niño se va a su hogar. Es distinto hablar del hijo de alguno de ustedes que del hijo de una familia pobre. Este último no tiene posibilidad de prevención y cuidado, de un médico que se preocupe por su salud y de contar con un equipo de educadores y nutricionistas. Es un tema muy complejo y la Facultad, por un problema de masificación y de otras cosas, no lo ha podido enfrentar. De hecho, el médico de familia es una figura que tuvo mucho apoyo internacional en los planes del Banco Mundial y del



Banco Interamericano de Desarrollo, como sostén al Ministerio de Salud Pública.

El Ministerio realizó un manejo totalmente desprolijo del tema y ahora la Facultad de Medicina está tratando de corregir eso, pero en una especie de blanco y negro, en vez de hacerlo en tonos de grises.

En el Uruguay hay once mil médicos. Cinco mil realizan especialidades y luego están los médicos generales. Pero es gravísimo que los médicos de familia se estén formando de esta manera, que no tiene nada que ver con el perfil que el Claustro definió en 1995. De todas maneras, la formación de los estudiantes ha mejorado un poco porque, más allá de las críticas, ha habido una mejor interacción. Quienes conocen bien los aspectos de la carrera saben lo que es esta especie de mapamundi de temas clínicos. El problema es que los estudiantes que vinieron eran de los primeros años y no manejaban los insumos que se habían utilizado hasta el año pasado. Por ejemplo, se hablaba de cómo cambiar o integrar el Plan de Estudios y cómo integrar los ciclos básicos con los clínicos.

O sea que la Comisión está aportando a los objetivos dispuestos por el Claustro, porque se está limitando a ver qué se va a hacer con los estudiantes este año.

**SEÑOR ESTAPÉ.-** Quiero aclarar que los llamados a Grado 3 de este año ya se hicieron.

**SEÑOR CESIO.-** Como el doctor Giambruno planteó el tema, me gustaría hacerle una pregunta. El médico que sale hoy de la Facultad de Medicina, en teoría con el perfil definido por el Claustro, ¿está o no capacitado para hacer atención primaria y atender niños en la periferia?

**SEÑOR GIAMBRUNO.-** Es un médico general, o sea que tiene una formación recibida en los siete años de carrera, más el internado. Con sus conocimientos se puede manejar con la posibilidad de realizar una actividad generalista.

**SEÑOR CESIO.-** ¿Puede o no atender un niño en la periferia?

**SEÑOR GIAMBRUNO.-** Bajo supervisión, sí, pero no puede atender una situación compleja con una formación general.

**SEÑOR CESIO.-** Entonces voy a plantear que se quite la pediatría de la formación del pregrado. Si un médico generalista no puede atender a un niño en la periferia, ¿para qué lo voy a tener haciendo pediatría un año? Lo mismo me pregunto con el médico que está en Vichadero, en Belén o en Constitución. De todas formas, ya me contestaron mi pregunta: el médico que sale de la Facultad de Medicina no puede atender niños, es un médico de adultos.

**SEÑORA FOREN LOTUFFO.-** Yo planteé en la Comisión que me parecía que los estudiantes debían realizar su inserción en la comunidad en el básico, en forma semanal o quincenal, para poder conocer esa comunidad. Por ejemplo, en un caso de hipertensión arterial, si el estudiante conoce que en la comunidad hay grupos de obesos, otros de hipertensos, ya sabrá cuando llegue al CICLIPA II que el médico, además de darle los elementos necesarios para su formación, deberá conectarlo con las redes que allí existan. Por eso creo importante que desde el vamos el estudiante vaya conociendo lo que es la comunidad, donde se da todo un trabajo vector de la sociedad. Me refiero a que cuando el estudiante llega se da cuenta de que hay cosas que no son realmente las que él tiene que hacer. Hay que abrir la cabeza a los problemas de la zona, las guarderías, los comedores, y esa es la visión que debemos dar al estudiante.

Debe insertarse en equipos interdisciplinarios, lo que implica que la persona no puede trabajar sola ni creerse el rey que va a resolver toda la problemática. No puedo resolver una desnutrición si no soy capaz de controlar a ese niño y saber si está bien alimentado o si la madre viven en la calle. Hay una cantidad de problemas que no podemos solucionar.

Otra cosa que me preocupa muchísimo es la actitud de algunos compañeros estudiantes que decían que ellos no iban a ir a la comunidad a buscar piojos en la cabeza de la gente. Pregunto: ¿un niño con piojos en la cabeza es un niño sano? Son cosas muy graves. Es un tema de concepto, esto es, qué queremos lograr como producto en la Facultad de Medicina.

En relación con la pregunta del doctor Cesio, los pediatras tenemos una formación de tres años, y tanto la Universidad como el país invierten en ella. Quizá dentro de treinta años haya menos pediatras y más médicos de familia formados en esa área, pero hoy en día el país tiene recursos pediátricos suficientes como para que todos los niños, desde Artigas hasta Montevideo, sean atendidos por especialistas. Es un problema del sistema de salud que es injusto, que pasa por un tema de gratificación no solo económica sino también profesional, ya que hay menos pediatras en la comunidad que en los hospitales.

Creo que el médico debe salir de la Facultad con la capacidad de atender a un niño. Si viene una embarazada con un parto, yo debo saber qué hacer, ya que son conceptos básicos. Sin embargo, no puedo controlar a una embarazada que supongo tiene un embarazo sano pero que no se controló durante los nueve meses.

**SEÑORA DE LEÓN.-** Aquí llama la atención lo que dijo el doctor Cesio, pero también debemos ubicarnos en lo que es la generalidad del país. Para mí sería genial tener siempre un pediatra disponible. Sin embargo, hay lugares en el interior donde va un pediatra dos veces a la semana. Yo considero que la Facultad me formó para poder atender niños. Lo que plantea el doctor Giambruno me parece bárbaro para Montevideo o para las áreas urbanas, pero la realidad del interior —no me refiero a las capitales— es totalmente diferente. En donde trabajo hay siete pediatras y en el hospital debe haber cuatro o cinco más, pero en las localidades rurales el pediatra no existe.

**SEÑORA FOREN LOTUFFO.-** Lo que yo decía era que para controlar a una embarazada hay gente lo suficientemente formada. El problema es que trabajar en esos lugares no está reconocido y por eso ningún médico se va a ir al interior por \$ 2.000. Si a un médico se le dice que debe irse a Cerro Chato, y se le da una buena remuneración, seguramente lo va a hacer y habrá allí pediatras, ginecólogos y otros especialistas. Este problema pasa por el hecho de reconocer el trabajo de las personas.

**SEÑOR GIAMBRUNO.-** El año pasado se había planteado este tema, y la pregunta que quiero hacer es la siguiente. ¿Quién queremos que atienda a nuestros hijos? Puede haber localidades aisladas que no tengan un pediatra, pero nosotros hemos trabajado muchísimo con los internos para tratar de cambiar los criterios. Cuando planteo la pregunta de quién queremos que atienda a nuestros hijos es porque quiero darles la posibilidad de que sean atendidos por las personas más capacitadas. El especialista es la persona que mejor puede resolver las situaciones más peligrosas. Este cambio está muy entroncado con el problema de la pobreza en el país y la mala distribución del Producto Bruto Interno. La cantidad de médicos que haya en Montevideo o en las localidades del interior son cuestiones que también van por fuera de lo que es la Facultad. Lo cierto es que muchas veces los médicos, al cursar una carrera tan larga,



dicen: "por suerte cursé Materno Infantil, porque allí aprendí herramientas fundamentales para poder trabajar".

No nos vamos a poner de abanderados de una cosa o de la otra, pero esto tiene un sostén en el conocimiento y en quién pensamos es el que puede cuidar más y mejor a nuestros niños.

**SEÑOR GINÉS.-** Con respecto a lo que se planteó sobre la función de la Comisión y de lo que habíamos previsto cuando este tema vino al Claustro, creo que hay alguna confusión. Es bueno que la Comisión del Consejo se encargue de resolver los problemas de resolución concreta y que no se mezcle con lo nuestro.

La propuesta de la Decana Ferrari era más amplia e incluía los dos aspectos. El Claustro debe separar lo que es la resolución año a año de esto y el Departamento de Comunidad, que corresponde a la Facultad y que esta no puede dejar de lado. Nosotros deberíamos dar un paso más elevado, ya que se trata de un tema central en lo que refiere a un sistema nacional de salud y a la formación de recursos humanos. Ese será un ingrediente clave del trabajo del Claustro y estará en todas las Comisiones. Esto supone un cambio radical del enfoque de la asistencia, que empieza a producirse en la segunda mitad del siglo XX, y que no ha podido, salvo ejemplos puntuales, avanzar mucho, porque implica una modificación grande en la concepción del trabajo médico y de cómo enfocar los fenómenos de salud y enfermedad de las masas posmodernas.

El primer grito fue la famosa declaración de Alma Ata, que va a dar sus frutos probablemente dentro de cincuenta años. En nuestro país, el primer intento fuerte se dio en el momento de la apertura democrática y fue hecho a pulmón. Sin embargo, fue imposible modificar la estructura y la mentalidad de funcionamiento de la Facultad y de los gremios. Por lo tanto, este va a ser un tema permanente, profundo y que va a influir en toda la discusión que los técnicos y nuestra sociedad se van a dar sobre el enfoque de la salud.

La introducción de la estrategia de atención primaria modifica una idea muy metida en la cabeza de los médicos. Nosotros vemos la alta complejidad en la alta tecnología y las cuestiones referentes a los problemas de la gente como de primer nivel, y es totalmente al revés. Las tareas que hacemos en el CTI son acciones con gran incorporación de ciencia y tecnología, pero altamente especializadas, donde los pasos están acotados o muy bien previstos. En cambio, el gran lío es el sector en contacto con la comunidad, porque es de alta complejidad. Cuando uno ve una situación en la policlínica, sobre ella están operando diez mil variables que son las que hay que abordar. En cambio, cuando ese paciente, por una complicación especial, pasa a la alta tecnología como sucede en un hospital psiquiátrico, esas variables se reducen a diez o doce, y están pautadas. Si no cambiamos la mentalidad es difícil cambiar estas cosas, y eso no solo nos pasa a nosotros sino que sucede en todo el mundo. Los países desarrollados no han logrado llevar esto adelante, salvo en zonas muy puntuales.

Otro elemento muy importante es que nosotros venimos de escuelas médicas que separaban la enfermedad y rozaban el tema de salud-enfermedad, pero que no consideraban como eje central los aspectos sociales, económicos y culturales. Ahora, en un barrio importa tanto que haya un teatro como que haya una policlínica. Aquí se habló de pediatría. ¿Cuándo funciona bien la pediatría? Cuando la madre y su entorno están bien educados en el cuidado del niño. El pediatra está para detectar cuándo esa situación se anormaliza. Estos problemas exigen que el Claustro se separe de los problemas concretos y empiece a volar.

Como esto tiene que ver con el desarrollo social y cultural, no es lo mismo proponer esta fórmula en el Uruguay que hacerlo en Bolivia, en Rhodesia o en Estados Unidos, porque depende de la tradición previa. Por ejemplo, a nadie se le ocurriría decir que a los niños de

África los tiene que atender un pediatra, porque no tienen con qué hacerlo, pero en el Uruguay se puede afinar la calidad de la asistencia si el pediatra participa directamente.

Estas cosas solo se pueden resolver si paralelamente se soluciona el tema de los equipos de salud. Para mí el desarrollo de la medicina hacia el interior de la República está en la línea de la atención primaria, porque hay una estrategia totalmente distinta. Es importante la noción de equipo. En cada lugar, el médico que asiste tiene que manejarse con su comunidad, con sus pacientes y con los problemas del grupo, pero ese paciente debe estar conectado con el mejor nivel de asistencia que haya en el país para su caso concreto. Lo que da seguridad no es que el médico sepa todo sino que sepa que por teléfono o por otra vía tiene la posibilidad de realizar la interconsulta que quiera. Hay muchas situaciones que se resuelven exclusivamente con la consulta telefónica al especialista. Debe ser posible que el médico, no el paciente, pueda acceder al más alto nivel de consulta en el país. El Uruguay va a construir eso en base a una excelente tradición cultural, que incluye la medicina. Lo que genera más dificultades es que debemos cambiar nuestras cabezas respecto a cómo funcionan los actuales centros de salud.

**SEÑOR CESIO.-** Creo que estamos casi todos de acuerdo en que en el Claustro no vamos a descubrir la pólvora en cuanto a que la mejor estrategia en salud es la atención primaria o en la comunidad y que ese es el mejor lugar para la enseñanza de la medicina. Esas son cosas que se sabe han dado resultados en otros lados, ya que disminuyen mucho la morbimortalidad y los costos económicos de la medicina.

Por supuesto que cuando le pase algo a un ser querido quiero que lo atienda el mejor médico que haya en la vuelta. Es una pregunta de rápida y lógica respuesta. Tampoco cuestiono el concepto de si a un niño lo debe atender un pediatra o a una mujer con problemas ginecológicos la debe atender un ginecólogo. Lo que me pregunto en voz alta es qué médico estamos formando en la Facultad de Medicina y qué resultado está dando el concepto de médico generalista que el Claustro aprobó. ¿Estamos formando un individuo para cumplir qué tareas? Si un médico generalista no puede controlar a un niño sano o con una enfermedad común en una policlínica o un embarazo sin riesgo, entonces estamos formando un individuo distinto al que estamos planteando y alargando una carrera que ya es demasiado extensa. Dejo de lado la urgencia, porque todos debemos estar preparados para una emergencia ginecológica, pediátrica o de adultos. Todos debemos saber reanimar a una persona, hacer un parto o solucionar una crisis hipertensiva. No estoy discutiendo el fondo del razonamiento sino su efecto, ya que estaríamos gastando mal los recursos. Esa gente que no va a poder controlar a una embarazada o a un niño sano podría hacer un curso de urgencia y emergencia pediátrica y ginecológica en el último año de Materno Infantil. Con eso acortaríamos medio año de carrera.

**SEÑOR GINÉS.-** El médico que estamos formando es muy heterogéneo y los niveles y capacidades con que esas personas salen de la Facultad son muy diferentes. Algunos son bastante aceptables pero otros son de muy alto nivel, y esas son consideraciones que hay que tener en cuenta al momento de hacer los ajustes. Hay médicos que han logrado un bagaje de conocimientos en la Facultad que les permite, con la suficiente supervisión, resolver muchos de los problemas que se les presentan. Y entiendo que hay otros que no. Eso es algo que saben todos los docentes en los Servicios.

**SEÑOR CAYOTA.-** Hemos escuchado atentamente todo lo que se dijo aquí y queremos rescatar lo que dijo el profesor Ginés, que para nosotros es fundamental. Nos da la impresión de que no sabemos qué es lo que queremos producir. Debemos crear las Comisiones de trabajo, pero sin perder de vista algo muy importante. Me rehusó a seguir discutiendo el Plan de Estudios cuando no tengo definido qué sistema de salud vamos a tener. Si en el Claustro me



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE MEDICINA

17

piden que elija una tarea a la cual dedicar el 106% de mi esfuerzo, yo elegiría definir un sistema de salud a partir del cual podremos determinar por primera vez el famoso perfil del médico que necesitamos preparar. De acuerdo a eso será el Plan de Estudios y la estructura docente necesaria.

Por otro lado, hace algunos años toda la atención se centró en la asistencia terciaria, que considero extremadamente importante, y se dejó de lado la comunitaria. Temo que ahora nos vayamos al otro extremo. Hay que hacer un balance. Es tan necesaria una como la otra. La pregunta que hizo el doctor Cesio cae mal pero a veces hay que caer mal y ser provocativo para darnos cuenta de para qué estamos haciendo algo. Yo hice pediatría y para dar la clínica me encerré varios meses e iba todos los días a Sala. Eso me sirvió para darme cuenta de una falsa oposición y para poder diferenciar cuándo un niño necesitaba la asistencia de un especialista. En el barrio vi cuarenta veces niños que se estaban desnutriendo. Al ver un rosario costal aprendí a identificar esos casos en los que yo no podía actuar. Por eso creo que los ciclos de Materno Infantil son necesarios. Yo me recibí de médico y si no hubiese sido por el internado o porque fui a muchas guardias como "leuco", en forma totalmente honoraria, no sabría hacer nada, ni siquiera dar un inyectable.

Un componente fundamental es en qué momento de la carrera, en una época en la que el conocimiento médico crece vertiginosamente, se va a incluir la comunidad. Cuando me dicen que será en los primeros años, tiemblo porque eso va a significar una pérdida de eficiencia. Debemos apuntar a ganar más espacios. Cinco semanas y media es un tiempo extremadamente insuficiente, pero es más eficiente insistir en las herramientas para el estudiante. El hecho de contar con herramientas estimula más que empezar en los primeros años. De lo contrario los estudiantes parecerán unos Che Guevara vestidos de blanco, sin saber qué hacer, aunque suene mal decirlo de esta forma. La experiencia de la comunidad en los primeros años del CICLIPA deja en los estudiantes muchas veces una impresión negativa, contraria a la que sienten al entrar directamente a dicho Ciclo, donde se sienten más útiles y estimulados. Lo que nos preocupa es que se discuta bien dónde queremos incluir a la comunidad.

En cuanto a Farmacología, creo que se está dando poca y de mala manera, con cuarenta cursos a la vez. Los estudiantes tienen que dar exámenes e ir a varios lados al mismo tiempo, lo que no crea las mejores condiciones para la enseñanza en comunidad. Debemos buscar un espacio en el que solo se haga comunidad. Es lícito que otras disciplinas quieran tener más lugar en la carrera, pero lo que buscamos en los hechos es generar mejores condiciones para que se hagan los ciclos que están pensados adecuadamente, como la comunidad en el CICLIPA II y los conceptos de Materno Infantil.

**SEÑOR DI GÉNOVA.-** Aquí se mencionó el hecho de que debemos saber qué sistema de salud queremos para así saber qué profesional formar para dicho sistema. El sistema de salud no lo vamos a crear nosotros en la Facultad de Medicina. Podemos opinar y manifestar nuestros deseos pero, lamentablemente, nos guste o no, eso va a ser ejecutado por el poder político.

El otro hecho es qué vamos a formar. Creo que debemos seguir formando médicos generalistas. El equipo de salud que en teoría armamos —enfermeras, nutricionistas, etc.— constituye una situación ideal que se da en pocos lugares del interior. Hoy en día en el Uruguay hay lugares donde la gente ni siquiera tiene la asistencia de un médico. Hace unos días una enfermera universitaria que había realizado una gira por doce policlínicas de Cerro Largo me contó que se habían encontrado que en algunas de ellas concurría un médico cada quince días, en el mejor de los casos. En otras iba un médico por mes, por lo que la gente, si se enferma cuando el médico no está, debe recorrer setenta u ochenta kilómetros para ser

atendida. No podemos pensar en esas policlínicas con un equipo de salud integrado. ¡Ojalá fuera así! En el Uruguay hay tantos problemas —vivienda, trabajo— que los temas de la salud se vuelven menores.

En cuanto a la formación del médico general, la parte de pediatría, ginecología y obstetricia debe ser dada integralmente. Quedará en la conciencia del médico tratante saber hasta dónde puede llegar y dónde deberá intervenir el especialista. No creo en la lucha entre médico de familia y pediatra.

El médico de familia tiene que integrar los aspectos de prevención y promoción en salud y al pediatra, pero también el médico general —yo fui médico en un lugar como Minas de Corrales, en Rivera, donde debo haber visto más niños que los pediatras y realizado más partos que los obstetras— debe poder resolver las situaciones. Si tengo cerca al especialista, mejor, porque podré hacer las consultas, pero los cursos de pediatría y obstetricia son fundamentales, porque no puede ser que la Facultad de Medicina forme médicos para el CASMU o para La Española y otros para Vichadero. Ojalá en el futuro sistema de salud el médico generalista integre el equipo de salud.

**SEÑOR ROMERO.-** Aquí se ha hablado de un cambio de mentalidad. De ninguna manera se puede generar ese cambio en un estudiante que entra a la Facultad si se hace una pasantía con el objetivo de conocer cuál es la actividad de los médicos luego que se reciben y se los manda a un hospital. Yo voy a querer ver enfermedades, y si mandamos a los médicos a un hospital estamos cumpliendo solo una de las funciones. Es lo que ha estado haciendo la Facultad y, por los temas que se han hablando aquí, no lo ha hecho muy bien. Si se quiere cambiar la mentalidad, deberá hacerse desde los primeros años. No se puede esperar hasta quinto o sexto para que alguien vea que la salud tiene otros aspectos, no solo el curar. Alma Ata fue en 1978 y la declaración de salud para todos fue para el año 2000, por lo que los cambios ya deberían haberse dado. Esto ya nos pasó por arriba y el Uruguay está llegando tarde.

**SEÑORA CAVAGNARO.-** Sobre el problema del aprendizaje en los distintos años, hay que definir primero qué objetivos queremos. No se puede pretender que el estudiante que ingresa aprenda cosas que sabe el que finaliza la carrera. En el ámbito comunitario hay actividades y destrezas que el estudiante tiene que aprender desde el inicio. De lo contrario, si se espera hasta el final, el estudiante está apurado, tiene exámenes y ya no importa la salud sino el hecho de aprobar esos exámenes. Además, es un estudiante que está dentro del hospital. Si uno no define los objetivos, evidentemente tampoco sabe qué va a formar. Si el tema se puede dar a lo largo de la carrera o se puede juntar todo en un año es algo que no sé. No estoy diciendo que no hay que ver pacientes durante un año, sino que debemos definir en cada momento qué hacer. Quizá no haya que distribuir el ciclo de la manera en que está armado, pero el tema de comunidad tiene que ver con todo el plan que se arme.

Me preocupa el sistema de salud pero eso es algo que no vamos a cambiar nosotros. Podemos decir cuál es el que consideramos mejor. El problema es si luego vamos a formar al médico como producto definido por nosotros o por el mercado. En ese marco debemos definir qué tiene que formar la Facultad de Medicina, sin que el mercado nos cambie.

Por otro lado, es muy importante que el médico que se reciba pueda hacer un montón de cosas —atender niños o embarazadas—, siempre y cuando no haya alguien más idóneo o un lugar donde derivar los casos. Eso no depende solamente de si existe o no el especialista sino que se define en cada país y en cada situación. Llama la atención que los países que invierten más en salud tienen mayor especialización y los partos no los realizan nunca los ginecólogos, salvo que sean de gran riesgo. En Suecia, el control de los partos, la prevención y la planificación familiar lo realizan las parteras, y es su especialidad. Si alguien dice eso aquí,



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE MEDICINA**

19

saltan todos los ginecólogos.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** En este tiempo hemos avanzado bastante. Quedó claro que la Comisión del Consejo de la Facultad de Medicina tiene una labor sobre la parte operativa y nosotros debemos seguir en la profundización del tema. En cuanto a eso quiero recordar que hay un esquema teórico, que está planteado desde hace muchísimos años, sobre una estrategia de atención a la salud. Uno supone que eso debería ya haber permeado la cabeza de los distintos actores del sector político y de la salud. Sin embargo, se sigue manteniendo como un caballito de batalla, como una supuesta salida para un sistema que maneja intereses económicos altísimos, con el 10% del Producto Bruto Interno.

Por más que insertemos en la comunidad al joven estudiante, debemos tener en cuenta que un salario médico básico vale \$ 6.400. El laudo del pediatra vale 1,2 y el más alto, que es el del cirujano, vale 1,8. En el Ministerio de Salud Pública el médico general, luego de toda una lucha, pasó a ganar \$ 4.500. Esto es un triunfo absoluto, condicionado por el mercado, de los grandes intereses económicos, que hizo que la gente terminara mirando la realidad a través de un fibroscopio. Es muy difícil unir el mundo ideal y la realidad de las personas, pero es un camino que debemos transitar para brindar la formación a los estudiantes.

La razón de este Claustro es el deber ser. Lo siguiente es una lucha cuerpo a cuerpo, política, gremial e institucional que debemos llevar adelante. Sí estoy convencido de quiénes podrán salir adelante en este futuro tan competitivo, donde la salud se toma como un derecho, en un país donde existe una ley de defensa del consumidor y donde se da la inversión de la prueba. Antes se partía de la base de que atendíamos bien y la persona debía probar que la habían atendido mal. Ahora es al revés: la persona reclama por una mala atención y nosotros debemos probar que hicimos las cosas bien. Esto ha creado una situación diferente sobre cuáles son los derechos de las personas. Además, estamos en un mundo regionalizado, con el MERCOSUR, que provocará el tránsito de profesionales. La gente seguirá pagando por la asistencia —no sé cómo— pero va a exigir calidad. Por lo tanto, los médicos que no comprendan que la formación debe tender a la excelencia, que luego de recibidos deberán seguir haciendo educación médica continua, van a quedar fuera del mercado de trabajo.

Este Claustro debe concretar lo que queremos para lograr un médico moderno, que sea capaz de insertarse en una sociedad que es una danza con lobos. La sociedad no es algo ideal; tiene sus intereses y las cosas se resuelven en el campo de batalla. La responsabilidad del Claustro es avanzar en el tema de la comunidad, que está inserto directamente en el tema Plan de Estudios. Aspiramos a que en este período podamos concretar una modificación en dicho Plan, pasando así del Plan 68 al Plan 2004, 2005 o 2006, y lograr como grupo de trabajo un aporte que recoja la experiencia de muchísima gente que ha peleado por estas cosas. De ese modo lograremos que salga un producto final acorde con lo que todos queremos. En los conflictos de intereses debemos tener la suficiente elasticidad como para llegar a acuerdos. Les recuerdo que debemos redactar un Plan de Estudios de una carilla. Por lo tanto, la inteligencia está en la capacidad de síntesis, que es lo que pedimos a todos. Y la única manera de lograrlo es con estos debates, donde se exponen las ideas.

**SEÑOR GINÉS.-** Además hay muchas cosas que quedan en las actas y que valdrá la pena rediscutir.

---

**Comisión de Investigación Científica**

**SEÑOR PRESIDENTE.-** Nos gustaría ahora que la Comisión de Investigación Científica hiciera un resumen de su actividad.

**SEÑORA CASSINA.-** Tal como dije en la sesión pasada, nos reunimos con la Comisión de Investigación Científica del Consejo, la que nos informó que habían financiado la contratación de un sociólogo para realizar un estudio de la inversión actual en investigación biomédica. Además, están trabajando en un anuario de publicaciones científicas de la Facultad y el Hospital, por lo que van a enviar a los distintos Servicios una nota. Están abiertos a reunirse con nosotros. Se encuentran también abocados a nombrar un tribunal para maestrías y doctorados de la Facultad, que no es lo mismo que el PROINBIO.

**SEÑORA ALBERTI.-** Hemos conseguido un material relativo a la medicina basada en la evidencia sobre el que vamos a trabajar en la semana.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** Quiero dar una información sobre la Comisión de Estructura Docente y que también refiere a la de Plan de Estudios. Estuve con mi hermano, Gilberto Ríos, que está a cargo del tema de la evaluación institucional. Hay una experiencia de las Facultades de Agronomía, Ingeniería y Medicina para realizar una evaluación del pregrado. Hay una Comisión que está trabajando en esto desde hace tiempo, integrada entre otros por el doctor González Yossi y la doctora Daniela Lens, y que cuenta con cantidad de material sobre la parte de estructura docente, horas, Servicios, etc.

Lo otro que se planteó es que si se va a realizar la integración del pregrado común en el área del MERCOSUR, el tema deberá pasar por este Claustro. Es importante ver los insumos para saber con qué material se cuenta.

**SEÑOR CAYOTA.-** Nos parece importante que el calendario de reuniones de las Comisiones se pase a todos los integrantes del Claustro y se los convoque.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** Agradecemos a todos su presencia.

Se levanta la sesión.

(Es la hora 15)