



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE MEDICINA

1

## ASAMBLEA DEL CLAUSTRO FACULTAD DE MEDICINA

Sesión del día 3 de noviembre de 2005

### *ACTA N° 40*

ASISTEN: **Por el orden docente:** MARINA MACEDO, DANIEL BORDES, CARMEN CANDREVA, ANGELA CIRILLO y PATRICIA CASSINA.

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

**Por el orden estudiantil:** MARIO ROMERO, DAIANA PAULINO, DANIEL MARQUEZ y HORACIO AMORIN.

---

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

(Es la hora 12 y 45)

### **Aprobación de Actas**

—El primer punto del Orden del Día es la aprobación de las actas números 25 a 30. Según nos han planteado, los Órdenes estarían en condiciones de votar la aprobación de las actas números 25, 26, 27, 28 y 29. Si todos están de acuerdo, pasamos a votar.

(Se vota)

—AFIRMATIVA. Unanimidad.

---

### **Declaración de la Asociación de Docentes de la Facultad de Medicina**

**SEÑOR BORDES.**- Quiero poner un tema en conocimiento del Claustro. Repito: solamente poner en conocimiento. En el día de hoy dio comienzo una huelga por tiempo indeterminado de los médicos afiliados al Sindicato Médico del Uruguay que desempeñan tareas en el Ministerio de Salud Pública. Además, hoy y mañana se realiza un paro de los trabajadores de la Federación de Funcionarios de Salud Pública. Debido a eso hubo inconvenientes varios para el ingreso de los estudiantes a los hospitales del Ministerio de Salud Pública.

La Asociación de Docentes de la Facultad de Medicina redactó la siguiente declaración, firmada por la doctora Ana María Acuña, en representación de la Comisión Directiva de ADUR-Medicina:

*“La Asociación de Docentes de la Facultad de Medicina hace saber que respeta las*

*medidas de lucha votadas en la última asamblea del Sindicato Médico del Uruguay frente a reivindicaciones salariales a las cuales adhiere.*

*“Asimismo aclara que los docentes no hemos resuelto realizar paro alguno, por lo que concurriremos a nuestros puestos de trabajo.*

*“Solicitamos a los gremios fraternos del SMU, la FFSP y la AEM tratar de coordinar nuestras respectivas acciones a fin de no dañar nuestra propia labor docente”.*

Esta nota fue enviada a los funcionarios de Salud Pública, a los estudiantes de la Asociación de los Estudiantes de Medicina y a los docentes que se desempeñan en los distintos hospitales para tratar de solucionar esta situación.

**SEÑOR MÁRQUEZ.-** El martes, en el plenario de la Asociación de los Estudiantes de Medicina, invitamos a los funcionarios y ellos nos contaron sobre su situación. De todas formas, el plenario pasó a intermedio y se convocó una asamblea general de estudiantes para el miércoles a fin de continuar la discusión del tema.

**SEÑOR ROMERO.-** La situación se hizo más problemática en el día de hoy y también lo será mañana. Hay una decisión de los funcionarios de Salud Pública de no dejar entrar estudiantes los días de paro. En el Hospital Pasteur se nos planteó una situación bastante violenta, ya que consideramos se trata de una medida un poco autoritaria. Fue por eso que en la Asociación de los Estudiantes de Medicina resolvimos mantener una reunión con los funcionarios, para que nos explicaran los motivos y sus reivindicaciones, que no pasan solamente por el tema salarial. De todas formas, hemos tratado de realizar nuestras actividades en otro lugar para no generar un enfrentamiento que no queremos. Estamos en un momento de diálogo y la idea es generar propuestas para que podamos funcionar.

El primer motivo, según los funcionarios, para que no ingresen los estudiantes es que la responsabilidad en la Sala la tienen los trabajadores y, como se trata de guardias gremiales, la situación no es igual al resto de los días y se complica por el número de estudiantes. Por otro lado, dicen que al estar las salas llenas de estudiantes no se nota el efecto de la medida de paro. De todas formas, me parece que es una medida bastante totalitaria que puede generar situaciones feas de violencia entre estudiantes y funcionarios. La idea es que eso no ocurra y por eso planteamos seguir dialogando para encontrar salidas en común.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** Tal como dijo el profesor Bordes, este es un tema para conocimiento del Claustro porque no es algo que nos competa. De todas formas, una cosa es un paro y otra una ocupación. En este último caso sí corren las responsabilidades a las que hace mención la Federación de Funcionarios de Salud Pública, pero cuando se trata de un paro ese argumento no es válido. Es cuestión de hablar gremio a gremio, porque no existe ningún acta que establezca qué debe hacer cada uno. Además, existen servicios asociados, como es el caso de las cirugías neoplásicas, y se ha planteado una huelga por tiempo indeterminado.

Me llama la atención lo que sucede con los estudiantes en algunos hospitales. Por eso recogemos el planteo del profesor Bordes y de los estudiantes y sugerimos que los gremios busquen la forma de entenderse.

---



### **Presentación del póster e informe sobre la 7a. Conferencia Argentina de Educación Médica, por parte del Orden Estudiantil**

**SEÑOR MÁRQUEZ.-** En la 7a. Conferencia Argentina de Educación Médica, realizada los días 25, 26 y 27 de agosto, presentamos un póster. Quien les habla fue en representación del Claustro de la Facultad de Medicina y participamos en calidad de autores. El año anterior habíamos concurrido a la Conferencia, que fue en Buenos Aires, pero solamente como asistentes. El temario de la conferencia fue la responsabilidad social de las entidades formadores de profesionales en el equipo de la salud y la acreditación de las carreras de medicina. Este último es un punto interesante porque forma parte del proceso que está atravesando nuestra Facultad.

Fue una experiencia muy enriquecedora, que nos permitió conocer diferentes realidades y mostrar la nuestra en la región, ya que participaron los países del MERCOSUR. El material recogido en los talleres está a disposición de quienes tengan interés. Había representantes de universidades públicas y privadas de la República Argentina y de países de la región.

Presentamos un póster que mostró lo que es nuestra Facultad de Medicina, fundada el 15 de diciembre de 1875, pública, gratuita, autónoma y cogobernada, e información relativa a las Jornadas institucionales de evaluación y aprendizaje del estudiante. El contexto en el que nos encontrábamos en aquel momento planteaba una reforma del Plan de Estudios en proceso, con la mejor aplicación de instrumentos de evaluación y la acreditación de la carrera de medicina en el MERCOSUR. Los objetivos generales eran informar y difundir aspectos relacionados con la evaluación del aprendizaje del estudiante de medicina, y poner en discusión las evaluaciones del aprendizaje en la Facultad de Medicina. Los objetivos específicos eran informar y difundir la forma en que son evaluados los estudiantes en cada ciclo o unidad temática integrada, así como la actividad del Departamento de Educación Médica con relación a la evaluación y los conocimientos relacionados con metodologías de evaluación, relacionar las evaluaciones del aprendizaje con los objetivos educacionales y las metodologías de aprendizaje, y generar propuestas que sirvan como insumo para mejorar las metodologías de evaluación en la Facultad de Medicina.

Asistieron 612 personas. Se realizaron 20 talleres, hubo 25 trabajos en forma de pósters, además de las presentaciones del Departamento de Educación Médica, de la Asociación de los Estudiantes de Medicina, del Departamento de Anatomía y del plenario final. Entre las conclusiones se destacan la revitalización de un ámbito masivo entre docentes, estudiantes y egresados; la necesidad de trabajar en los objetivos a nivel de cada servicio docente y de integrar los objetivos de la evaluación a las prácticas docentes y utilizarlos para la selección de las metodologías de evaluación; la necesidad de implementar estrategias para la adquisición de los conocimientos necesarios, las metodologías y las herramientas adecuadas a la actividad que se evalúa; y el compromiso institucional para realizar esas actividades periódicamente.

Más allá de presentar este póster, se nos dio la posibilidad de concurrir a un plenario de estudiantes donde se iba a discutir el contexto de las diferentes Facultades. Sin embargo, cuando estuvimos en la conferencia realizada en Buenos Aires vimos que en ese plenario había mucha presencia de universidades privadas, lo que lo convertía en una especie de instancia de marketing. Fue por ese motivo que nos negamos a participar del plenario, y no nos equivocamos, porque estuvo presente solamente una universidad pública. De todas formas, recogimos el material sobre las instituciones privadas y pudimos ver que esa situación está más avanzada que en nuestro país.

En cuanto a las repercusiones, la Facultad de Rosario propuso realizar unas Jornadas similares a las nuestras, a las que nos quieren invitar. Dado que ellos no tienen esta instancia de intercambio entre docentes, egresados y estudiantes, les pareció muy enriquecedor contar con algo así el año que viene. También se nos invitó a participar en el 1er. Congreso Peruano de Educación Médica, para presentar nuestro trabajo. Sin embargo, como el congreso se hará ahora en diciembre y no nos dan los tiempos, enviamos el trabajo para ser expuesto y que se conozca nuestra realidad.

El trabajo del Claustro aún no terminó. Estamos trabajando en una publicación donde estarán todos los resúmenes de los pósters presentados y de las exposiciones de la Asociación de los Estudiantes de Medicina, del Departamento de Educación Médica y del Departamento de Anatomía, además de las conclusiones. También estamos preparando una página web, ya que la semana pasada recibimos la versión taquigráfica de las Jornadas y la vamos a incluir. También habrá una dirección para que nos puedan enviar opiniones. Mucha gente quedó afuera de las Jornadas y nos reclama información. Planteamos el compromiso de continuar trabajando y realizar otras Jornadas el próximo año. Otra propuesta que queremos hacer -lo discutimos en la Asociación y con los claustristas que van a asumir dentro de poco tiempo- es trabajar sobre otra deuda que tiene la Facultad de Medicina, que es la evaluación docente. Por eso sería muy bueno que las segundas jornadas fueran sobre evaluación y capacitación docente.

**SEÑOR DI GÉNOVA.-** El trabajo que están haciendo los estudiantes es excelente y totalmente apoyable. Sin embargo, ¿han establecido alguna fecha límite para que las conclusiones -que son muy buenas- no queden solamente como algo escrito en un papel? ¿Han pensado en evaluar cada determinado tiempo lo que se haga en la práctica para concretar esas valiosas resoluciones? Toda esta concepción teórica es maravillosa pero, si no se lleva a la práctica, no sirve de nada. Lo planteo porque nuestra historia permanente y nuestra idiosincrasia nos hace tender a actuar así.

**SEÑOR MÁRQUEZ.-** Una de las carencias fundamentales que se detectó en las Jornadas fue la falta de objetivos al inicio de los cursos. Eso fue tomado como prioridad por el Departamento de Educación Médica, que está redactando los objetivos de los cursos. Quedan muchas cosas por evaluar, ya que las Jornadas no pudieron abarcar todo lo relacionado con el aprendizaje del estudiante, pero es fundamental no perder el hilo conductor. Las conclusiones deben ser evaluadas y no terminar solamente en la elaboración de los objetivos de los cursos y nada más, como estamos acostumbrados a que pase. Hay que llevar todo eso al día a día y no limitarnos solamente a las Jornadas. Los estudiantes vamos a seguir trabajando en este tema, aunque las próximas Jornadas sean sobre evaluación docente.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** Este fue un trabajo que surgió luego de la inquietud que plantearon los estudiantes de organizar estas Jornadas institucionales y que debe continuar. En el contexto de un nuevo Plan de Estudios, la evaluación es un capítulo importante sobre el que hay que hacer modificaciones y especificaciones. Es algo sobre lo que se viene trabajando con fuerza. Por otro lado, la evaluación docente es un tema que interesa al propio cuerpo docente y que es importante llevar adelante.

---



### Informe de la Comisión de Plan de Estudios

**SEÑORA FOREN LOTUFFO.-** Pedí permiso a la doctora Candreva para plantear que esta semana se realizó el Congreso de Pediatría. Yo salí de él movilizada por varias de las cosas que escuché y que me pareció conveniente informar al Claustro.

Fui a una conferencia que dio un consultor de la Organización Panamericana de la Salud, donde se mostró una pirámide que me dejó impactada. En la punta estaba el primer nivel de atención, donde se debería resolver el 80% de las patologías. El 50% de las personas tiene accesibilidad al sistema pero un 30% ni siquiera llega a dicho nivel. En esa área participa un 10% de los recursos humanos en salud. En el medio de la pirámide estaría el segundo nivel de atención, con un 20% de accesibilidad y un 20% de recursos humanos. En su parte más baja figuraría el tercer nivel, al que llega el 4% de la población y donde se concentra el 60% de los recursos humanos en salud. Si queremos disminuir la mortalidad y que la promoción y prevención se adecuen para mejorar la calidad de vida y la salud de la gente de nuestro país, me parece que con un sistema como el que planteé estamos ante una contradicción impresionante.

Por otro lado, concurrí a unas Jornadas de residentes de pediatría -hablamos de médicos recibidos que están haciendo su especialización- donde se habló de la responsabilidad médico legal. Allí una residente planteó la responsabilidad que tenían como médicos en la puerta del Hospital Pereira Rossell porque, en realidad, ellos no eran pediatras sino que ejercían un cargo formativo. Comentó que no es igual la responsabilidad de alguien que trabaja en la Emergencia de un hospital del tercer nivel de atención que la de otra persona que trabaja en una policlínica periférica. Al escuchar eso casi me vino taquicardia y me sentí muy mal. Si ahora están egresando posgrados con esta mentalidad, ¿cuándo tendremos recursos humanos para poder realmente implementar un sistema de salud justo y accesible para todos, que es por lo que luchamos?

No sé si como claustristas no deberíamos elevar algo al Consejo de nuestra Facultad sobre este tema. Quedé contenta por haber concurrido al congreso pero me fui de él con mucha desazón. Esa es la realidad sobre la que estamos parados. La Facultad de Medicina, que debería ser la pionera en la formación de recursos para asesorar al resto de la población, está yendo de atrás. Es para mí un tema gravísimo y me permitió ver realmente dónde estamos parados. Además, estuve hablando con el doctor Tito Pais, que es el único que queda del Departamento de Medicina General Familiar y Comunitaria, y me repitió que el año que viene no van a poder siquiera empezar con el CICLIPA.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** En cuanto a la pirámide de recursos humanos mencionada por la doctora Foren Lotuffo, debo decir que nuestro sistema de salud fue planificado con un criterio asistencialista. No es por casualidad que todos los médicos que se reciben se anotan para realizar una especialización en forma inmediata. Esa especialización se vuelve cada vez más segmentada y la gente termina recurriendo a ese tipo de profesional. Este es un desafío que pasa por los laudos médicos. Si el médico general continúa con un sueldo de \$6.800 o, como se plantea ahora, de \$ 12.000, y el especialista sigue ganando mucho más, vamos a tardar bastante en cambiar.

En cuanto a la responsabilidad del acto médico, la persona que es médico tiene de por sí una responsabilidad. El problema es que hay una cantidad de demandas penales y civiles que crece de manera exponencial, que ha llevado a que los médicos deban brindar una medicina defensiva que, a la larga, perjudica, porque sale de los cánones que deben seguir. El médico empieza a solicitar una cantidad de exámenes para tratar de cubrirse. Eso afecta gravemente a los sistemas de salud y la única solución es la instalación de un proceso

de mejora continua en los Servicios, ya sea en Emergencia o en cualquier otro lado. La única manera de brindar una asistencia ética, acorde con el desarrollo de la medicina, es esa. También hay que tomar en cuenta el componente de gestión, para no dilapidar los recursos.

Todo esto lleva su tiempo. Ahora estamos ante el embate de las demandas. Este Claustro se tuvo que ocupar de un caso notorio, donde dos residentes fueron a prisión por este tema. Ahora todos los residentes tienen temor a tomar decisiones en los servicios donde trabajan porque la Facultad no ha conseguido darles un respaldo para que puedan formarse de manera natural.

**SEÑORA FOREN LOTUFFO.-** Quizá no fui clara en lo que quise expresar. Estoy totalmente de acuerdo con lo que plantea el señor Presidente. Sin embargo, si la formación del médico que egresa ahora le enseña que es mucho más importante el trabajo en una Emergencia o en un CTI que el que se realiza en una policlínica, no estamos priorizando para nada el primer nivel de atención. Debemos formarlos para que comprendan que debemos invertir la actual pirámide. Es indudable que eso va de la mano de los salarios, pero hay que formarlos para que podamos priorizar el primer nivel.

**SEÑOR BORDES.-** Estas son las cosas que nos movilizan y que el Claustro debe tomar como suyas. Ustedes recordarán lo que comenté hace algunas sesiones sobre el resultado de las inscripciones en la Escuela de Graduados. Luego le pasé a la Secretaria un documento donde figuraban los números que había mencionado, pero algunos me quedaron grabados. El 85% de la generación que egresó en julio de 2005, un mes después de su graduación ya se había inscripto para algún curso de especialización. Y estoy seguro de que el 15% restante no lo hizo porque no le dio el tiempo. Evidentemente, es mucho más tentador un título de especialista.

Hay dos definiciones de especialista que me gustaría mencionar. Helios Pardell dice que especialista es todo aquel que dice saber de una cosa a más de mil kilómetros de su casa. Es por eso que la gente piensa que solo un extranjero puede ser especialista. ¿Cómo va a ser especialista este que vive al lado de casa? Otra definición dice que especialista es aquel que sabe muchísimo de cada vez menos cosas, hasta llegar al summum de saber absolutamente todo de nada. Es por eso que tenemos una formación de especialistas en un nivel cada vez más acotado. La persona no se quiere exponer a muchas cosas, y por eso se dedica solamente a la luxofractura del codo y no a la traumatología. Además, en nuestro país la cultura de la especialización es muy pesada. Aquí, si alguien no se especializa es un médico de papelera.

Por otro lado, los sueldos de los especialistas son mucho más tentadores. Comprándose un aparatito, el médico va a ganar mucho más que metiéndose en una policlínica de Pajas Blancas. La imagen del médico generalista no se ve como algo tentador sino que ha sido devaluada, académica y económicamente. Vamos a tener que reacreditarla. La Escuela de Graduados tiene un programa de educación médica continua cuyas miras están puestas fundamentalmente en el médico generalista. Eso es algo que deberemos ponernos como meta porque, de lo contrario, un sistema nacional de salud con énfasis en la atención primaria de salud y desarrollo en el primer nivel de asistencia no va a funcionar. Debemos lograr médicos generalistas capacitados y con ganas de trabajar. No hay duda de que las especialidades se precisan, pero siempre en su justo término.

**SEÑOR DI GÉNOVA.-** Las cosas que dijeron el doctor Bordes y la doctora Foren Lotuffo son complementarias. El hecho de no poder avanzar en el nuevo Plan de Estudios es culpa



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE MEDICINA**

7

nuestra, de la Facultad de Medicina en la que todos estamos involucrados. No podemos escupir para arriba. Sin embargo, en este tema hay más de cien años de medicina curativa, hospitalaria, a la que en los últimos veinticinco años se ha agregado el neoliberalismo en el mercado de la salud, primero vía la dictadura y luego a través de ciertos dirigentes políticos. Eso ha hecho que la mayor especialización y la tecnología sean lo más redituable, donde se concentra el 60% de los recursos humanos en salud. Eso lo decidió el mercado y quienes se lo permitieron. Sin embargo, ahora hubo un cambio político que recién comienza a dar impulso contra viento y marea. ¿Cuál es ese viento y marea? El hecho de que la Facultad de Medicina no forme recursos para ese sistema. ¿Cómo va a formar médicos para el primer nivel de atención sin recién ahora se comienza, muy lentamente, a demoler esas estructuras para construir un plan de salud que privilegie la atención primaria en salud?

Si tuviésemos un hada buena que con su varita mágica lograra que los especialistas ganaran diez veces menos y que los médicos generales pasaran a ganar diez veces más, a partir de ese momento nos llenaríamos de médicos generalistas. ¿Cuándo empezaron a formarse nefrólogos a montones? Cuando aparecieron las hemodiálisis. ¿Cuándo empezó a haber cardiólogos a montones? Cuando surgieron las emergencias móviles. Lamentablemente eso sigue una corriente económica, ya que no hay direcciones por parte de un Ministerio de Salud Pública que siempre privilegió el libre mercado. Estamos cosechando lo que sembramos.

El tema no es tanto plantear estas cosas sino buscar soluciones. Ahora que hablamos de la medicina en comunidad como uno de los ejes, vemos que ese Departamento tiene tales problemas que se corre el riesgo de que el año que viene no se puedan iniciar los cursos. No hablamos de oftalmología o neumología, sino de medicina en la comunidad, el eje de las transformaciones. Debemos intentar incidir para que se den las transformaciones necesarias dentro de la Facultad que permitan acompañar el futuro sistema nacional de salud.

**SEÑOR CESIO.-** Lo que se ha planteado hoy tiene relación con los restantes puntos del Orden del Día, que hablan de flexibilización y duración de la carrera de medicina. Sin embargo, voy más atrás. Desde el Plan 68 se habla del cambio teórico en la formación del médico. Tenemos una preciosa definición del médico generalista, y si se la damos a leer a alguien esa persona va a pensar que ese médico es el individuo indicado para desarrollar su tarea en el primer nivel de atención. Sin embargo, hete aquí que la propia Facultad inventa un posgrado superespecializado. ¿Qué otra cosa hace ese posgrado que reforzar lo que ese médico debería haber aprendido en nueve años de carrera? Hemos visto que ese posgrado es prácticamente otra carrera. Entonces, en algún lado le estamos errando. Estamos enviando mensajes contradictorios a la gente que está en la Facultad de Medicina, ya que nosotros mismos no creemos en el producto que estamos formando.

Todo esto también está vinculado con el tema de la masificación estudiantil ¿Acaso podemos formar ese médico generalista definido por el Claustro en 1985 con la cantidad de gente que tenemos metida dentro de los hospitales? No tenemos siquiera docentes para formar a esa gente en el primer nivel de atención. Nuestra propia Casa de Estudios es incoherente en los mensajes que envía.

Por otro lado, no voy a abjurar de la especialidad porque soy intensivista ni tampoco del avance de los conocimientos y de las posibilidades que la medicina da a la gente. Antes no había nefrólogos porque no existía la hemodiálisis. Ahora sí la hay y por eso tenemos nefrólogos. Habría que ver si no estamos fallando en algo para evitar tantas insuficiencias renales. De ser así, deberíamos fortalecer ese aspecto para que haya menos gente que se tenga que dializar. Sin embargo, las dos puntas son necesarias y las estrategias de atención primaria las podemos usar a todos los niveles.

Además hay un cambio en la sociedad. ¿A quién no le ha pasado concurrir a una reunión donde a uno lo presentan como médico y, a los tres minutos, ya le preguntan qué especialidad tiene, porque el médico generalista no vale? ¿A quién no le ha pasado estar en una Emergencia de una mutualista -que es el hueso que le tiran a los médicos como comienzo de trabajo- y que la gente venga y exija ver a un oftalmólogo, aunque solamente tenga una conjuntivitis? A la tercera vez que pasa eso, para que el Director Técnico no lo reprenda, el médico de guardia llama al oftalmólogo. Es la sociedad la que exige la presencia del especialista.

Tampoco hemos tomado en cuenta los criterios de formación. Por año se forman tres o cuatro oftalmólogos, pero existen lugares en el interior donde no hay ninguno. ¿Quién le pone el cascabel al gato, en una Facultad de Medicina de libre acceso pero con un embudo al momento de egresar, cuando las especialidades están con las canillas cerradas?

**SEÑOR BORDES.-** La medicina general no se complementó con la medicina familiar y comunitaria. El especialista de medicina familiar y comunitaria es un médico general que hace una especialidad en particular. Eso no implica haber mejorado su desempeño en lo asistencial, terapéutico y diagnóstico. De lo que se trata es de entregar a ese médico de medicina general otras herramientas para poder liderar una estrategia de atención primaria en salud. El médico especialista en medicina familiar y comunitaria no es el médico de familia del Ministerio de Salud Pública, sino quien va a tratar de liderar esa estrategia en su zona. Por supuesto que deberá saber tratar la neumonía comunitaria, pero es quien va a conseguir los interlocutores en la comunidad como para desarrollar atención y promoción. Es un médico que va a hacer otra cosa, y no exclusivamente atención primaria en salud. El que va a hacer eso es el médico de medicina general.

Es cierto que la Facultad de Medicina no tiene cupo en su ingreso ni en su egreso. También es cierto que hay pruebas de ingreso para las especialidades, muchas de las cuales sí tienen cupo. De todas formas, la persona que egresa de la Facultad de Medicina es el médico de medicina general. Sin embargo, la mayoría de las especialidades quedan con lugares libres. No se cubren todos los cupos, ni siquiera en nefrología. El año pasado hubo ocho lugares pero ingresaron tres personas. Por ejemplo, en este año no hay ni un inscripto para oncología radioterápica o para farmacología.

**SEÑOR CESIO.-** El tema es el debate de todo lo que estamos generando. Podemos discutir largo y tendido sobre el especialista. Algunas cosas las puedo entender pero no las comparto. Se está formando un especialista para el primer nivel pero no se está siendo coherente con la formación del médico generalista. Este último también podría generar y llevar adelante un relacionamiento con la comunidad. Que luego le demos más armas o elementos, es otra cosa.

Aprovecho la oportunidad para decir que hemos pasado dos años de trabajo, con algunas rispideces y diferencias, pero estas se fueron encauzando en el entendimiento del demos universitario. Hemos avanzado mucho. En una reunión el doctor Di Génova planteó que estamos en un edificio que no tiene solo una base sino varios pisos. Debemos estimular a los que vengan al próximo Claustro para que no empiecen de cero porque, de lo contrario, los cambios planteados en los que estamos más o menos de acuerdo no se van a generar nunca. Agradezco el buen compañerismo y la paciencia que nos han tenido.

**SEÑORA FOREN LOTUFFO.-** Entiendo que este es un problema que tiene muchas puntas. Sin embargo, siento que hay un doble discurso. Una cosa es lo que se quiere hacer y



otra la energía que se aplica para que eso salga adelante. Estoy de acuerdo en que hay que lograr mejores remuneraciones, pero de alguna manera hay que hacer el “clic” para poder revertir eso. Es importante que todo se vea plasmado en acción, porque es una contradicción que la Comisión de Plan de Estudios haya trabajado en la integración del estudiante en la comunidad desde los primeros años de la carrera y ahora no pase nada. Hay que ver en qué se utiliza el presupuesto asignado a la Facultad y debemos reclamar que se invierta mucho más en lo que es el primer nivel.

Estoy de acuerdo en que los cambios son lentos y que convencer a la población de que no consulte al especialista y confíe en su médico implicará todo un proceso. Sin embargo, si nosotros no nos convencemos de eso y ni siquiera tenemos un Departamento de Medicina General, Familiar y Comunitaria fuerte, con una organización apoyada en las diferentes cátedras, estamos ante una contradicción. Pensamos una cosa pero no la hacemos.

**SEÑORA CASSINA.-** Es cierto lo que se ha dicho, pero quiero volver al tema del doble discurso. Hablamos de que todos los estudiantes recibidos en el 2005 han optado por una especialidad. Sin embargo, cuando entre 1990 y 1993 se recibió mi generación, todos optamos por una especialización ya que, de lo contrario, no teníamos posibilidad laboral. Hay un entorno exterior que regula eso.

Todos los docentes, básicos y clínicos, somos un ejemplo de vida para los estudiantes. No lo digo en el sentido romántico sino de desempeño laboral, y eso influye mucho. Cuando hice comunidad, en 1989, nadie quería ir hacia allí. A los Grados 2 había que correrlos con un lazo. Eso es algo que el estudiante percibe. Yo trabajé en la policlínica del Cerrito y tuve una experiencia fantástica, pero el resto de mi generación protestaba por tener que ir allí. Entonces, los docentes, que somos quienes debemos ir a ese lugar, enviamos un mensaje contradictorio. Eso no se arregla con cursos sino con accionar, porque todos perciben la ética de funcionamiento que uno tiene. Por eso digo que hay un doble discurso en todo, porque hablo sobre una cosa pero hago otra.

En esto hay que ser autoritario. Soy democrática pero hay un punto en el que hay que tomar decisiones autoritarias. En las Jornadas tan maravillosas que hicieron los estudiantes -que a mí no me parecían tan maravillosas- escuché a gente diciendo una cosa, cuando sabemos que al momento de accionar hacen otra totalmente distinta. Ese es el doble discurso al que me refiero y con el que debemos terminar.

**SEÑORA FOREN LOTUFFO.-** Fui a la comunidad en 1992, cuando el doctor Tito Pais era Grado 3. Hoy, catorce años después, está todo exactamente igual. ¿Cómo hacemos para mover ese bloque?

**SEÑORA MACEDO.-** El tema es que se sigue pensando que la medicina en comunidad es para los pobres. Se hace en el Cerro, en la Teja y no en el Hospital Británico o en otros lugares donde se paga muy bien. Lo que va a solucionar eso es el cambio en el sistema nacional de salud, cuando empiece a haber policlínicas en el centro de Montevideo o en lugares accesibles.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** Ese doble discurso solo va a cambiar si hay un cambio político general. La formulación histórica de Alma Atta fue en el 78. Por lo tanto, ya hemos recorrido un tiempo histórico como para haber logrado éxitos o fracasos en la materia. Si realizamos un balance veremos que la tecnología tuvo un triunfo absoluto sobre los sistemas de atención primaria. Para cambiar esto debe haber un convencimiento de abajo hacia arriba y viceversa. Las propuestas de cambio en las políticas de salud deben ser no solo gubernamentales sino del Estado.

Estoy convencido de que el primer nivel de atención está considerado como una medicina para pobres. De pronto se dice que no lo es pero cuando se va a la práctica vemos que es así. Además, se habla de un 80% de resolutiveidad en el primer nivel pero no es tan así. La resolutiveidad se consigue si hay un sistema referencial donde se pueda contabilizar, dentro de ese 80%, muchas de las cosas que hay que referir al segundo y al tercer nivel. Para lograr una interconexión entre los niveles debe haber un sistema. De lo contrario será imposible lograrlo porque cada grupo lo hará a su manera. Uruguay corre con algunas ventajas en esto porque el tercer nivel de atención está centralizado en el Fondo Nacional de Recursos. Sin embargo, los aportes fueron siempre desiguales porque provienen de los ciudadanos del mutualismo pero no del Ministerio de Salud Pública.

Para tener éxito en la resolutiveidad del primer nivel se hace necesario una interconexión con los demás niveles porque, de lo contrario, terminamos haciendo una asistencia para pobres. Le decimos a la persona que nos consulta que se vaya tranquilo para su casa, que ese dolor en el vientre no es nada y que no es necesario realizar ningún examen. Y a los seis meses esa persona tiene un neoplasma de colon. ¿Cómo se arregla esa conducta médica? En el primer nivel de atención debemos manejanos con lo mejor y no solo por parte del médico, porque en él participan otros actores.

Cuando en la Facultad de Medicina se empezó con el tema de la medicina general familiar y comunitaria no había ningún Departamento que resolviera. Se pidió un proyecto y el primero planteó un curso de 7.100 horas, lo que implicaba casi otra carrera de medicina. Lo que tenemos ahora es un planteo de 4.100 horas, con un 70% de horas presenciales, que es otra cosa absurda que hacemos en la Facultad con las especialidades.

Un brasileño de Minas Gerais habló sobre la atención en el primer nivel y el desarrollo profesional continuo del médico. Brasil tiene dos millones y medio de nacimientos por años. Esta persona nos contó que en la Universidad se planteó la necesidad de cierta cantidad de médicos para atención primaria, y los formó en un curso de 360 horas. La evaluación la hacía la Facultad, con pruebas, y luego de finalizado el curso el personal entraba a trabajar en atención primaria. ¿Por qué los uruguayos tenemos esa particularidad de que debemos formar un médico de medicina familiar y comunitaria para un liderazgo? Es imposible formar a alguien para el liderazgo. Podemos dar las bases técnicas, pero los liderazgos dependen de las condiciones personales y se ganan en la cancha. Ahora que estoy en la Dirección de un hospital, he visto que el liderazgo lo tiene una nurse que le lleva varios cuerpos a todos los médicos.

En cuanto al tema del Departamento de Medicina General, Familiar y Comunitaria, la Facultad de Medicina tiene que dar un paso que está muy asociado con el cambio en el Plan de Estudios. La gran readecuación será ver qué se le va a dar a las básicas y a las clínicas. Por ejemplo, la duración de la carrera depende de los contenidos y de la dedicación del estudiante. Si tenemos estudiantes *part time*, la carrera será más estirada. Si logramos que se incluya la formación por créditos, eso permitirá el acceso democrático y la realización de la carrera en menos tiempo. Sin embargo, siempre habrá gente que podrá cursarla *full time* y lograr su formación en menos tiempo aún. Los ocho años y medio que dura actualmente me parece que es un exceso. Deberíamos lograr una carrera como máximo de seis o siete años. Ahí necesariamente se deberá negociar la readecuación de los contenidos, para que los básicos puedan dar los cimientos necesarios para que luego el estudiante siga su formación. Todo eso depende de la negociación.



Hoy estuvimos con el Consejero del Orden de Egresados, el compañero González Yossi, y nos planteó que el Claustro pedía tal o cual cosa pero que el Consejo no tenía dinero. Tiene razón. ¿Cómo podemos conciliar las cosas si ubicamos como objetivo estratégico el desarrollo de la enseñanza en la comunidad? Toda la Facultad deberá adecuar sus acciones para que ese objetivo salga adelante. Ya nos dijeron que aun con los ahorros que se logren en el 2006, recién se podría implementar esto en el 2007. No es que el Consejo o la Decana no empujen hacia delante. El tema es que en nuestra cabeza debemos dejar claro que, si hay que modificar el Plan de Estudios, hay que hacerlo y se terminó. Y si hay que modificar los contenidos, habrá que iniciar las negociaciones para lograr un Plan de Estudios adecuado a nuestro tiempo.

Además, la teoría de que hay excesiva cantidad de médicos se viene abajo si pensamos que los médicos no solo salen de la Facultad de Medicina o de la universidad privada sino también del exterior. Por otro lado, cantidad de estudiantes que se gradúan en el Uruguay se van al exterior, por lo que existe gran movilidad en el área de la salud.

Los tres Órdenes que integran el Claustro debemos tener la fuerza para lograr que el año que viene se siga trabajando en el tema de Plan de Estudios, pero no desde cero. Debemos considerar que estamos en un momento en el que desde el Estado hay un acuerdo básico con todos los partidos políticos y se hace una propuesta para lograr todo esto. Si planteamos una Universidad democrática, sin matrícula y que dé posibilidades para que todos los hijos de este país se formen, debemos tomar una decisión. El brasilero nos dijo: "la democracia tiene sus tiempos para decidir". Se decide por consenso pero, si no se logra eso, se debe decidir por mayoría. Es la única forma de seguir adelante. Cambiar, organizar y gestionar en un contexto democrático no es fácil porque hay una gran diversidad de intereses. Si este Plan de Estudios no sale por unanimidad, que salga por mayoría, pero no podemos esperar más. Esto se tiene que decidir en el próximo Claustro. De lo contrario, se nos va a pasar la vida y cuando nos pregunten qué resolvimos, deberemos decir que no resolvimos nada.

**SEÑOR DI GÉNOVA.-** El tema es tan complejo y tiene tantos ángulos de vista que podríamos seguir hablando hasta pasado mañana y haríamos solamente enunciaciones. Cuando un tema tiene muchos puntos para solucionar, lo peor que podemos hacer es no poder arreglar el tema Z porque está el A, y no poder arreglar el A porque está el Z. Hay que ver qué de todo esto es solucionable o influenciado por el Claustro y buscar propuestas para cada punto. De lo contrario vamos a estar girando siempre alrededor de los comentarios.

En cada país hay soluciones distintas para los mismos hechos. Italia tiene un sistema de salud integrado desarrollado donde cada uno paga, de acuerdo a sus ingresos, para tener una atención en salud muy buena. Con esto no digo que aquí haya que hacer lo mismo. Es simplemente un ejemplo. El título de médico de familia en Italia se lo dan a quienes culminaron la carrera de médico generalista y realizan un curso de dos meses, quince días de pediatría, quince de medicina, quince de cirugía y otros quince de ginecología. Para el Uruguay eso sería una ficción, pero en Italia se hace así y todos están de acuerdo. Esto lo sé de primera mano porque estuve reunido con la Directora Regional de la Toscana.

**SEÑOR BORDES.-** En Italia, si no se tiene el título de médico de familia, ¿se puede ejercer igualmente la medicina?

**SEÑOR DI GÉNOVA.-** Sí, pero ese título otorga un aliciente económico, de acuerdo a una serie de variables.

En cuanto a las especializaciones y los cupos, no sé con qué criterio se han llevado

adelante. Ese es uno de los déficit que tiene la falta de planificación en salud en el Uruguay. ¿Alguien puede decir hoy cuántos médicos o especialistas se van a necesitar en determinada región del país? Nadie puede hacerlo porque no hay un solo trabajo hecho al respecto. Todo se hace por olfateo: “me parece que hay muchos médicos”. Por ejemplo, el profesor Soria integra una mutualista donde hay dos neurocirujanos. Dicha mutualista tiene muchos menos socios que la cantidad de habitantes de algún departamento donde no hay ni uno solo de esos especialistas. Esa es una muestra del "sálvese quién pueda”.

Creo que no sería difícil planificar cuántos especialistas se necesitarían en determinada región o departamento del país para que ese número fuera el cupo, establecido así sobre una base más real para lograr una atención integral para los habitantes del Uruguay. Ese sería un modo de lograr una proyección a futuro e ir formando cupos para las especialidades. No es el Claustro el que debe hacerlo pero por lo menos puede plantear su aspiración al Ministerio de Salud Pública de que se haga de esa forma.

**SEÑOR ROMERO.-** Aquí hay un tema de incapacidad de entender algunas cosas. Eso lo demuestra el nombre que se le dio al Departamento dedicado a la formación de los médicos de familia. Hay problemas para entender que es un médico de familia o un médico general integral. Podría ser un especialista de la generalidad o del abordaje integral de determinados sectores de la población. De todas formas, no es algo que esté claro. Estas cosas que no se entienden tienen que ver con una idiosincrasia nacional. He escuchado muchas veces decir: “esto se hace ‘a la uruguaya’”. Eso es así hasta en lo futbolístico. Si faltan 15 minutos y la selección va perdiendo, no hay nadie que se haga responsable de la pelota. Es un tema muy complejo y tiene un montón de aspectos. Por ejemplo, vemos que la gente reclama atención por lo que paga y no por ser un ser humano, mientras que quien no paga se conforma con cualquier cosa porque es “lo que me merezco”. Hasta se ve como algo religioso: es lo que Dios le dio a esa persona.

Antes de terminar quiero hacer mención a lo del doble discurso y las universidades privadas. El otro día abrí la revista “Noticias” y me encontré con una propaganda de la Facultad de Medicina privada. De pronto viene un delegado con la posición del sindicato y, por otro lado, se recibe dinero de una Facultad privada al incluir propaganda en una revista que llega a más de doce mil médicos. Otra contradicción es que se habla de que hay muchos médicos, pero no todos los uruguayos recibimos atención.

Por otro lado, ya que el señor Presidente mencionó a Brasil, quiero recordar algo. Este año fuimos al Foro Social de Porto Alegre y pudimos ver que en Brasil hay 80% de universitarios provenientes del área privada y solamente un 20% de las universidades públicas. Son tan pocos que el movimiento estudiantil casi no existe. Con esto quiero mostrar que en el MERCOSUR hay realidades e idiosincrasias distintas.

Se habló de que aquí se enseña lo básico para luego aprender lo clínico. Quizá el problema esté ahí y es algo que debemos tratar de cambiar. El tema es que la formación la tenemos escalonada y necesitamos aprender una cosa para luego poder aprender otra. Sin embargo, eso es algo que en el mundo ya no se maneja. Para poder integrar aspectos y atender seres humanos hay que integrar conocimientos de una situación determinada. No se trata de aprender una cosa por un lado y luego otra por otro. Debemos integrarnos. El compañero Márquez va a realizar una propuesta que va en el sentido de integrar los Claustros, para que estos temas no queden aislados.

**SEÑOR MÁRQUEZ.-** Ya que se mencionó el tema de las universidades privadas, debo decir que dentro de una publicación estudiantil pude ver una publicidad de la Universidad



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE MEDICINA**

13

de Montevideo sobre un posgrado de medicina familiar y comunitaria. O sea que lo que pasa en el Sindicato Médico del Uruguay pasa también en el Orden Estudiantil. Son contradicciones que existen en todos lados.

Por otro lado, una de las cosas que hace funcionar al Claustro como órgano es la continuidad. No puede pasar que terminemos y los compañeros que vengan empiecen desde cero. Lo trabajado por nosotros puede quedar como letra sin contenido para el próximo Claustro, si no hay una concreción. Por eso planteamos la posibilidad de invitar a los nuevos claustristas a una reunión para presentarles los documentos y exponer las líneas en las que hemos venido trabajando. Nosotros debemos actuar como multiplicadores de la información sobre el trabajo que hemos hecho, que no fue poco y sí muy enriquecedor. Si todos estamos convencidos de la urgencia de un nuevo Plan de Estudios, debemos ser capaces de lograr que el nuevo Claustro retome esa línea de trabajo, fortaleciendo la comunicación entre delegados del mismo Orden. La Asociación de los Estudiantes de Medicina va a realizar una reunión con los nuevos integrantes del Claustro la próxima semana. Entre los temas a discutir están las Jornadas que nos comprometimos a realizar el próximo año, la integración básico clínica, la formación por créditos, comunidad, masificación y sistema nacional de salud, además de presentar un resumen del trabajo de las Comisiones.

**SEÑORA FOREN LOTUFFO.-** Estoy de acuerdo con lo que plantea el Orden Estudiantil. Además de todo eso, este Claustro debería dejar por escrito su preocupación sobre el tema que hemos discutido hoy. Eso debería actuar como arranque para el próximo Claustro porque, de lo contrario, las cosas se diluyen. No nos podemos quedar en una posición de pasividad esperando que vengan los próximos claustristas. Me siento comprometida con el tema. Por eso planteo una declaratoria del Claustro, que se podría agregar al resumen de trabajo de las Comisiones y demás.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** Nos comprometemos a traer un resumen en la próxima sesión, que pasaremos por correo electrónico a los integrantes de la Mesa. Quizá se podría realizar una reunión de la Mesa el próximo jueves para ver cuáles son los bloques temáticos que no debemos olvidar y elaborar un documento.

**SEÑORA CANDREVA.-** Los integrantes de la Comisión de Plan de Estudios trajimos hoy un pequeño informe sobre la integración básico clínica, pero lo dejamos para la próxima sesión.

Por otra parte, quiero informar que el Consejo tomaba conocimiento esta semana de la nota enviada por el Claustro. Sin embargo, creo que el Consejo no recibió a los docentes del Departamento de Comunidad, que habían pedido audiencia.

**SEÑOR MÁRQUEZ.-** La propuesta concreta de la delegación estudiantil es realizar un Claustro conjunto entre sus actuales integrantes y los que formarán parte del próximo.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** De todas formas, antes que eso debe haber una proclamación de los futuros claustristas. Creo que la sesión conjunta se podría realizar en diciembre.

**SEÑOR MÁRQUEZ.-** ¿Hay acuerdo general para realizar esa sesión conjunta?

(Apoyados)

**SEÑOR PRESIDENTE.-** Se levanta la sesión.

(Es la hora 14 y 45)