



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA

1

**ASAMBLEA DEL CLAUSTRO
FACULTAD DE MEDICINA**

Sesión del día 22 de marzo de 2007

ACTA N° 27

ASISTEN: **Por el orden docente:** Marta ALBERTI, Ema C. CANDREVA, Nora FERNÁNDEZ, Gabriel LORIER, Diana DOMÉNECH, Carlos DUFRECHOU POGGI, Carlos KETZOIAN, Ana KEMAYD y Mariana GÓMEZ.

Por el orden de egresados: Daniel SALINAS, Oscar CHAVARRIA VARELA, Silvio RÍOS FERREIRA, Myrtha FOREN LOTUFFO, Miguel COIRO PAOLETTI y Luis CARBAJAL ARRIAGA.

Por el orden estudiantil: Erika GONZÁLEZ, Soledad OLIVERA, Gonzalo FERREIRA, Daiana PAULINO, Valeria TOLOSA, Leonardo POLAKOF, Martín BIASOTTI, Paula FERNÁNDEZ, Martín NOVELLA, Eduardo GUIMARAENS y Leticia LASSUS.

SEÑORA PRESIDENTA (Alberti).- Está abierto el acto.

(Es la hora 13)

Asuntos Previos

—Debemos tomar conocimiento de la renuncia presentada por el doctor Pedro Cladera, del Orden de Egresados. Su nota dice lo siguiente:

“Me dirijo a usted tenga a bien considerar mi renuncia al Claustro por el Orden de Egresados, ya que pasaré a desempeñar funciones docentes en esta Casa de Estudios. Aprovecho para agradecer el honor que ha sido pertenecer a dicho Cuerpo”.

De acuerdo a la lista de suplentes, asumirá como titular el doctor Miguel Coiro, que concurre habitualmente al Claustro.

—Queremos informar sobre una invitación para participar en un Encuentro organizado por la Prorectoría de la Universidad de la República, en coordinación con el grupo Tuning Uruguay. Este grupo tiene como uno de sus objetivos difundir la temática vinculada al desarrollo de capacidades y competencias deseadas, generales y específicas, en el marco de los Planes de Estudios universitarios. La actividad tendrá lugar el viernes 23, a la hora 19, en la Sala 38 de la Facultad de Ciencias Económicas y de Administración.

SEÑOR BIASOTTI.- El grupo Tuning Uruguay trabaja sobre todo en la elaboración de Planes de Estudios, y tienen cuatro ejes. El primero es el Plan de Estudios basado en las

competencias y necesidades de la sociedad. Quieren realizar un trabajo en común con las Facultades vinculadas al Área de la Salud, sobre el tránsito horizontal. Como se ve, es muy parecido al trabajo que estamos haciendo nosotros. Las Facultades que integran dicho proyecto son Medicina, Arquitectura, Odontología, Economía, Química y Derecho.

SEÑORA PRESIDENTA.- El doctor Salinas va a informar sobre la videoconferencia que se realizó con miembros de la Universidad de Sherbrooke de Canadá.

SEÑOR SALINAS.- A dicho evento concurrimos varios miembros de la Comisión de Plan de Estudios. Allí se hizo una presentación de lo que es el Uruguay desde el punto de vista demográfico y social, cómo se organiza la Universidad de la República y la Facultad de Medicina, con qué elementos físicos se cuenta para la enseñanza, etc. Se hizo una somera descripción del Plan 68 y luego se pasó a tratar algunos puntos de la autoevaluación realizada con vistas a la acreditación, así como las soluciones que pensábamos implementar en el nuevo Plan de Estudios.

Esta videoconferencia tuvo lugar en el marco de un plan de colaboración entre la Universidad de Sherbrooke y la Universidad de la República, en principio con la Facultad de Medicina, con participación de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

Dentro de las actividades de la Universidad de Sherbrooke, muy destacada en el área de la medicina en Canadá, está un programa de residentes. Una de sus tareas es dar una mano a países en vías de desarrollo para la implementación de programas de colaboración a todo nivel. Es un camino interesante porque se prevén instancias de coparticipación y de intercambio a nivel de docentes y de estudiantes, estimulación de proyectos científicos, publicaciones, etc. Su alcance es muy amplio y son aspectos que se pueden ir trabajando en la medida que esto tenga andamio. Esto ya fue firmado por el Consejo de la Facultad de Medicina y esta semana será firmado por el señor Rector. Es interesante porque abre perspectivas de fortalecimiento para la Facultad de Medicina, tanto en lo que hace a conocimiento como al envío y recepción de becarios.

Se ha planificado un segundo encuentro para finales de abril o mayo, cuyo tema hay que determinar, que podría estar vinculado a la docencia. También vendría gente de Canadá al Uruguay para hacer un trabajo de campo. Existe la posibilidad de que ese intercambio sea de ida y vuelta y que delegados de la Facultad de Medicina vayan a Sherbrooke.

De todas maneras, no quiere decir que esa manera de ver la medicina sea algo para trasplantar a nuestra Facultad, ya que aquí tenemos una larga y rica historia. El hecho de que veamos cosas maravillosas que funcionan allá, no quiere decir que las vayamos a aplicar acá. Simplemente es una puerta que se abre hacia otra cultura y otra forma de ver la realidad.

En la Universidad de Sherbrooke tienen una deserción nula, de alrededor del 2%, con una carrera mucho más corta. Luego de cuatro años, la persona se recibe de médico pero no puede ejercer. Tiene que hacer una residencia cuya duración depende del posgrado. Medicina en familia, por ejemplo, dura dos años, y Neurocirugía son cinco años. Tienen un sistema de preselección por calificaciones y entrevistas. Ingresan alrededor de doscientos estudiantes por año, aunque luego de cuatro años no todos pasan al residentado. Lo hacen luego de pasar una serie de entrevistas y un filtro de calificaciones.



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA**

3

La gente de Sherbrooke quedó muy conforme con la presentación que hizo la Facultad de Medicina de Montevideo y con cómo se pautaron las distintas etapas de la entrevista. Se sorprendieron por la presencia de estudiantes que formularon preguntas a los expositores.

En cuanto a los títulos intermedios, es un tema que ellos ni piensan porque en cuatro años no da para eso. Sobre el aprendizaje por problemas se pueden extraer elementos de valor para aplicar acá. Incluso, el doctor Henderson realizó un doctorado sobre aprendizaje por problemas en cirugía. Lo importante es tener abiertas las posibilidades de colaboración con la Universidad en el futuro.

En Canadá tienen un sistema nacional integrado de salud que pretende ser universal, pero tiene sus problemas. Para que la persona sea atendida tiene que pasar por el médico general o por el médico de familia. El problema es que los médicos tienen asignada una determinada cantidad de pacientes. Si viene más gente no la atienden y tienen que ir a la Emergencia. Eso me hizo pensar en los problemas que trae la administración centralizada. Son cosas que deberemos manejar. Aun en el Primer Mundo, con miles de millones de dólares, las cosas se despersonalizan y hay gente que no accede a la medicina. Son situaciones paradójicas.

SEÑOR CHAVARRÍA.- Me pareció muy interesante lo que dijo el doctor Salinas, pero hay un aspecto en el que debemos insistir. Cuando se presentó nuestro Plan de Estudios, los participantes de la conferencia fueron positivos en cuanto a que lo apoyaban, aunque tenían algunas discrepancias. El estudiante de Sherbrooke cursa cuatro años y tiene un título pero no le sirve de nada, es algo honorífico. Nosotros planteamos que en la Facultad de Medicina del Uruguay nos recibíamos como médicos de atención primaria y ellos preguntaron por qué no nos recibíamos de médicos sin necesidad de hacer un posgrado después. Otra cosa que nos plantearon fue sobre la enseñanza por problemas. Los estudiantes de Sherbrooke no ven enfermos sino que trabajan con actores. El doctor Henderson utilizó una expresión que yo escuché de los viejos profesores: “la medicina se aprende a los pies de la cama”. En Sherbrooke no es así. Primero se aprende por problemas y, en el último año, los estudiantes aprenden con actores, por simulación. Los estudiantes no estudian la patología sino la histología, la anatomía, la fisiopatología, etc. y así llegan a la enfermedad que tiene la persona. Hacen una secuencia de aspectos, cosa que nosotros no hacemos. De todas formas, lo más importante fue que ellos estuvieron de acuerdo con el Plan que se presentó, al que hicieron una crítica muy constructiva.

SEÑORA LASSUS.- También participé de la videoconferencia, que fue muy enriquecedora. En cuanto al uso de actores, se aclaró que también se utilizaban estudiantes para el proceso de enseñanza. En lo que hace a la enseñanza por problemas es algo básico y así arman ellos su Plan de Estudios. A partir del perfil del médico, buscan las competencias y formulan problemas cuya solución permita alcanzar dichas competencias. En base a eso van armando el Plan de Estudios.

SEÑOR BIASOTTI.- Por más que nuestra realidad y la de ellos sean totalmente distintas, me sorprendió que lo que los motivó a cambiar el Plan de Estudios fue exactamente lo mismo que nos está motivando a nosotros. La traba más grande que encontraron fueron los docentes.

SEÑORA PRESIDENTA.- ¿Cómo participan los estudiantes de Sherbrooke en la elaboración de ese Plan de Estudios?

SEÑOR BIASOTTI.- No participan para nada.

SEÑOR CHAVARRÍA.- Hay que decir la verdad. La decisión que tomaron en cuanto al Plan de Estudios fue un verticalazo, porque el Decano de la Facultad de Medicina de Sherbrooke fue quien decidió que los docentes tenían que acatarlo. Ahí fue que nuestro Decano se levantó y dijo que en su Facultad eso no lo iba a hacer.

SEÑORA CANDREVA.- Para eso creamos la Ley Orgánica.

SEÑORA GONZÁLEZ.- ¿Se preguntó por qué se trabajaba con pacientes simulados?

SEÑOR CHAVARRÍA.- Lo hacen porque consideran que un paciente no puede ser sometido al examen de diez estudiantes. El doctor Henderson dijo claramente que los pacientes huían del lugar porque no querían ser examinados por un grupo de estudiantes. Por eso tratan de solucionar el tema de la enseñanza con la menor agresividad hacia el paciente.

SEÑORA GONZÁLEZ.- ¿Preguntaron algo sobre cómo forman a sus docentes?

SEÑOR SALINAS.- No, pero se planteó que se veía con preocupación la carencia en la formación psicopedagógica de los docentes y que era un tema que estaban dispuestos a encarar.

Aprobación de Actas

SEÑORA PRESIDENTA.- Están a consideración las Actas Nos. 21, 22, 23, 24 y 25 para ser aprobadas. Dado que algunos integrantes del Claustro no las leyeron todas, postergamos este punto para la próxima sesión.

(Apoyados)

Informe de la Comisión de Plan de Estudios

SEÑORA FOREN.- Tenemos aquí un esquema para el nuevo Plan de Estudios, sobre el que llegamos a un acuerdo en la Comisión del martes pasado. De todas formas, me gustaría aclarar que en ningún momento hubo dos, tres, cuatro o cinco Planes de Estudios diferentes. Hubo propuestas y modificaciones de algunos integrantes de la Comisión.

Lo acordado en la última sesión de la Comisión llega hasta el cuarto año de la carrera. La primera etapa, hasta el tercer año, se llama Medicina Preventiva; y la segunda, Medicina General, abarca desde el cuarto hasta el séptimo año. El primer año consta de dos semestres, con un ciclo llamado "Introducción a las Ciencias de la Salud", donde se plantea una introducción a la Universidad y al sistema nacional de salud, con abordaje de problemas de salud en la comunidad en la modalidad de trabajo grupal, coordinado por un docente facilitador. Centrados en los problemas, se integrarán los contenidos humanísticos, biológicos y cuantitativos, con mínimos a definir, en un marco ético de servicio social.

SEÑORA GÓMEZ.- ¿Por qué no se mencionan los contenidos cualitativos, que creo son los más importantes?



SEÑOR KETZOIÁN.- Actualmente, dentro de los contenidos humanísticos está integrado lo psicológico, lo social y medicina preventiva. No sé si la formulación presentada tomó en cuenta eso.

SEÑORA GÓMEZ.- El tema es que aquí está adjetivado lo cuantitativo pero no lo cualitativo. Si es un abordaje comunitario, lo cualitativo tiene que estar implícito.

SEÑOR KETZOIÁN.- Por lo que tengo entendido, lo cualitativo se iba a jerarquizar en ciclos posteriores. Lo que se menciona como contenido humanístico son las llamadas ciencias del hombre, que incluyen lo psicológico y lo social. Eso se hace pero no de manera demasiado profunda porque se deja para el ESFUNO.

SEÑORA CANDREVA.- Además, lo cuantitativo tiene que estar expresado. Lo cualitativo es el conjunto de las otras disciplinas.

SEÑORA GÓMEZ.- Tiene la misma entidad sociológica con relación a la metodología de abordaje de lo colectivo.

SEÑORA FOREN.- Estas son características sumarias y no contenidos. Eso lo veremos más adelante, con un trabajo más fino.

El segundo semestre del primer año y el tercero y cuarto del segundo integran la Clínica Propedéutica, cuyas características son: anamnesis y exploración física e instrumental de personas presuntamente normales en todas las etapas del ciclo vital; integración básico clínica y básico básica en el marco ético de la relación médico paciente. El principal escenario serán las aulas y laboratorios básicos y de destrezas, abordando las diferentes situaciones clínicas en la secuencia de los sistemas en lapsos preestablecidos. En paralelo se desarrollarán actividades de promoción de salud y preventivas en el primer nivel de atención y de primeros auxilios en Servicios y unidades de emergencia.

SEÑOR GUIMARAENS.- ¿Qué significa integración básico básica?

SEÑORA CANDREVA.- Que cuando se aborde un tema desde el punto de vista básico, confluyan todas las disciplinas. Por ejemplo, cuando se estudie el sistema nervioso la clase no la dará solo el fisiólogo sino que se cubrirán aspectos anatómicos, biofísicos, neurológicos, farmacológicos, etc.

SEÑOR GUIMARAENS.- Pero eso es la integración básico clínica.

SEÑORA CANDREVA.- Se la podría llamar interbásica. Se trata de diferentes disciplinas básicas.

SEÑOR GUIMARAENS.- Me parece que aclarar la integración básico básica es una redundancia.

SEÑORA FERNÁNDEZ (Nora).- No lo es, y vale la pena aclararlo porque no se trata solo de la integración básico clínica. Se trata de materias básicas afines, como anatomía, fisiología o histología.

SEÑOR SALINAS.- Lo importante es comprender qué se quiso transmitir en este esquema. Se trata de una visión de conjunto, aprovechando y potenciando la enseñanza. Se verá anatomía, fisiología, fisiopatología. Se habla de integración básico básica pero también se podría llamar interbásica. Las materias básicas se van a integrar entre ellas y, a la vez, lo

harán con las clínicas. La denominación podrá quedar para la discusión. Lo importante es la visión en conjunto.

SEÑORA CANDREVA.- Si está mal redactado se puede cambiar.

SEÑOR GUIMARAENS.- No se trata de que esté mal redactado sino de hacia dónde queremos llegar con el Plan de Estudios. No es un problema de redacción sino de objetivos. Entiendo que la integración básico clínica tiene un objetivo cuando quiero que una persona, actuando en la clínica, tenga los conocimientos básicos necesarios para desenvolverse. Para mí la integración básico básica está en la básico clínica, porque quiero que las herramientas básicas que tenga el médico confluyan en los conocimientos clínicos.

Estoy de acuerdo con que todas las materias básicas tienen que coordinarse para nutrir al clínico, pero no sé si es necesario aclarar lo de la integración básico básica.

SEÑORA PRESIDENTA.- Creo que el grupo de trabajo entendió que en este momento, entre las distintas disciplinas que integran lo básico, no hay una interacción lo suficientemente explícita. Frente a esa problemática, se quiso explicitar de esta manera en el esquema. Es como cuando se tiene un recién nacido y una madre gestante, donde hay que integrar la obstetricia y la neonatología. Esa es la integración de dos clínicas.

SEÑORA FOREN.- A lo que apuntamos con esto fue a evitar la división en departamentos y subdepartamentos, cada uno en su chacrita. Se trató de integrar a los docentes y comprometerlos con el producto que es el estudiante.

SEÑORA PRESIDENTA.- Quizá habría que buscar un término más adecuado para que el concepto quedara explicitado.

Por otro lado, no entendí lo que se plantea cuando se habla de “primeros auxilios en Servicios y unidades de emergencia”.

SEÑORA FOREN.- La idea es que esos primeros auxilios no solo se dan en un hospital sino que también se pueden manejar en un primer nivel, como en el caso de una curación de una herida o un forúnculo. Por eso se habla de Servicios y unidades de emergencia.

El sexto semestre, último del tercer año, es el de Metodología I. Allí se proponen métodos de investigación e investigación-acción (psicosociales, biomédicos, biométricos y clínicos) de las ciencias de la salud en un marco de ética investigativa y en una perspectiva histórica. Se plantea el aprendizaje autodirigido en grupo, con docente facilitador y, en paralelo, seminarios y pasantías electivas en laboratorios básicos y en equipos de investigación clínicos y comunitarios.

El cuarto año incluye los semestres séptimo y octavo. El séptimo se llama Introducción a la Atención Primaria de Salud, y sería externado 1ª Rotación. Allí se propone la participación en la planificación, ejecución y evaluación de programas de atención de salud; abordaje holístico del estudio de las enfermedades, de sus causas y determinismo; su distribución en nuestro medio; los agentes y factores mórbidos y sus mecanismos de acción; sus efectos biopsicosociales en la comunidad, familia e individuo; las principales alteraciones morfofuncionales y la clínica de la persona enferma, y bases para su tratamiento y rehabilitación. También se incluyen pautas para la decisión clínica en los contextos bioéticos y de costo beneficio, así como la historia natural de las enfermedades prevalentes.



El octavo semestre, llamado Atención Primaria de Salud de los sectores vulnerables: Clínica Materno-infantil y Geriátrica, externado 1ª Rotación, plantea la clínica integral de la embarazada, el niño y el adulto mayor, centrada en las consultas y enfermedades prevalentes. Se hará práctica en los tres niveles de atención y Servicios de emergencia. Se verán problemas bioéticos, en especial en el entorno de la gestación y del límite de la vida.

SEÑORA GÓMEZ.- Aquí se habla de los sectores vulnerables como la madre, el niño y el adulto mayor. Sin embargo, creo que la vulnerabilidad pasa también por otros aspectos. En el tratamiento de fenómenos colectivos, vulnerabilidad es un concepto que no se maneja así. No sé con qué sentido se usó aquí y por eso lo pregunto. Parte del ciclo vital es el niño, el adulto y el anciano, y eso es normal. La identificación de grupos vulnerables en salud tiene cierta entidad y exige determinadas herramientas para poder catalogarlos como tales.

SEÑOR FERREIRA.- Me gustaría saber si en estos primeros cuatro años preparamos a una persona para ejercer como practicante.

SEÑOR SALINAS.- Quizá tenga razón la doctora Gómez y el término “vulnerable” demande un análisis sociológico para ver los sectores más carenciados. Tenemos un 50% de niños que están por debajo de la línea de pobreza, los jubilados de magros ingresos que son legión, madres solteras adolescentes, y uno intuye la vulnerabilidad de esos grupos. Por eso hablamos de los niños pequeños, las madres y los adultos mayores. Uno intuye que esos grupos son más vulnerables sin haber hecho un análisis exhaustivo. En cuanto a lo que planteó el compañero Ferreira, lo que se pensó y se plasmó en el esquema fue establecer un título intermedio al finalizar estos cuatro años. No solo va a ser un título universitario sino que va a permitir el trasbordo hacia otras Licenciaturas, como bioquímica, biofísica o sociología, en el caso de que la persona haya perdido interés en culminar la carrera. Así el estudiante podrá hacer una maestría o un doctorado en otras Facultades. En lo que no nos pusimos de acuerdo fue en qué nombre se le iba a dar a ese título. La propuesta fue de un licenciado en prevención y promoción en salud.

SEÑOR FERREIRA.- Mi pregunta apuntaba hacia la preparación del estudiante para ejercer esa profesión.

SEÑOR SALINAS.- Aquí dejamos de lado el título de practicante externo que expide la Facultad de Medicina. El título intermedio que proponemos se dará sin perjuicio del que ya otorga la Facultad. Será un título adicional de preventista en salud, cargo que todavía no existe. Estamos creando cosas para una nueva realidad ya que habrá tareas que quizá no las tenga que hacer exclusivamente el médico. La promoción de salud a nivel de la comunidad, más allá de que el médico tenga su policlínica e instruya a los pacientes sobre alimentación y otros aspectos, es algo que se puede hacer a través de otros agentes, promotores de salud especializados. No se trata de los chamanes que en otros países sirven como vehículo de soluciones ante problemas de salud sino de gente especializada que instruya en determinadas situaciones como, por ejemplo, el uso correcto del cepillo de dientes y la pasta dental en las escuelas, charlas en los liceos sobre la prevención del embarazo adolescente, enfermedades de trasmisión sexual, charlas sobre enfermedades de trasmisión hídrica, sobre el dengue, etc.

Además, esto permitirá que surja un nuevo mercado laboral, dada las posibilidades que se abren para quien está en la comunidad. Va a ser una fuente de trabajo para los estudiantes que van a continuar con sus carreras.

Este ha sido un trabajo tremendamente laborioso, de meses. Quizá a alguien le pueda parecer que se cambiaron solamente cuatro o cinco palabras, pero detrás de cada una de ellas hay una cantidad de reflexiones y preguntas que se resolvieron trabajando. Hay

grandes cambios, ya que hay mucho más conocimiento de contenido, se aclaró una cantidad de dudas y se zanjaron un montón de diferencias. Nos hemos informado mucho y enriquecido todavía más. Es un gran trabajo de todo el equipo. Ojalá que tenga un buen fin. Creo que va a ser así y que vamos a lograr un consenso a nivel del Claustro.

SEÑOR KETZOIÁN.- Estoy de acuerdo en que se ha avanzado muchísimo en corto tiempo. En cuanto al séptimo semestre, me parece bien la denominación pero lo que cambiaría es cuando se habla del abordaje holístico del estudio de las enfermedades. Si queremos ser coherentes con el espíritu del Plan de Estudios, sería mejor hablar de abordaje holístico del estudio del individuo enfermo, porque se pretende trabajar al ser humano con una patología y no las enfermedades.

En relación al octavo semestre, estoy de acuerdo con lo que planteó la doctora Gómez. Lo de “vulnerable” se refiere a un ciclo que estudiará específicamente lo materno infantil y lo que atañe al adulto mayor. Quizá deberíamos replantearnos ese término.

También habría que ver cómo se entiende la expresión Atención Primaria de Salud. Está claro que lo que se pretende estudiar es a la embarazada, al niño y al adulto mayor en estos tres niveles de atención, pero más que de APS deberíamos hablar de atención materno infantil y geriátrica.

Es cierto lo que manifestó el compañero Ferreira. Lo que falta decir en el esquema es qué competencias queremos que el estudiante adquiera en cada ciclo. Eso no se ha discutido todavía. Cuando lo hayamos definido vamos a estar en condiciones de decir qué competencias va a tener el licenciado en promoción y prevención.

SEÑORA CANDREVA.- El nombre que propusimos fue el de licenciado en prevención y promoción de salud, porque no queríamos que se lo identificara con lo que comúnmente se conoce como promotor.

SEÑOR FERREIRA.- Debería haber un espacio, quizá en el último año, para que el estudiante pudiera realizar aquellas acciones que a veces hace un practicante, como atender o clasificar un llamado.

SEÑORA FOREN.- La idea no fue hablar de sectores vulnerables en el sentido del sustrato socioeconómico sino como la etapa vulnerable del individuo sano durante la gestación y en la vejez, donde enfrenta determinados riesgos.

SEÑORA GÓMEZ.- O sea que se pensó desde el punto de vista biológico, porque si lo vemos desde lo social es mucho más amplio.

SEÑORA FOREN.- Exacto, se pensó en vulnerabilidad biológica en determinada etapa de la vida. En cuanto a lo de la atención primaria en salud, es algo que jerarquiza el aspecto vinculado al sistema nacional de salud hacia el que vamos. Si hablamos de la embarazada, del niño y del adulto mayor dentro de un sistema nacional de salud, tenemos que ir hacia ese primer nivel.

SEÑOR KETZOIÁN.- Si esto que se explicó es una estrategia, lo que planteé quizá no tendría sentido. De todas maneras, debe quedar claro que se va a trabajar en los tres niveles.

SEÑORA FOREN.- La idea es aplicar una estrategia en la atención primaria en salud que aumente la productividad en el primer nivel de salud y disminuya el costo del segundo y del



tercer nivel. Para eso es importante que el estudiante sepa que está aprendiendo la patología materno infantil en un sistema que debe priorizar la promoción y la prevención en el primer nivel, para evitar llegar al segundo o al tercero con situaciones que se podrían resolver en otro lado.

En cuanto a lo que planteó el compañero Ferreira sobre que esto de la promoción y la prevención en salud era parecido a lo que hace el practicante, me parece que no es así. Actualmente el practicante clásico es el que sabe dar un inyectable o colocar una vía. Lo que pretendemos es algo distinto de lo que ha existido hasta ahora porque la promoción y la prevención son muy importantes. Quienes trabajamos en el primer nivel estamos como enloquecidos buscando gente en los barrios que vaya a los asentamientos a informar qué es el dengue y qué hay que hacer para prevenirlo. Si dispusiéramos de un estudiante de cuarto año de Facultad, trabajando en el primer nivel de atención, para hablar con la gente del barrio, eso facilitaría mucho el trabajo y haría más efectiva la prevención. En este momento tenemos que hacer prevención en un montón de aspectos y no tenemos recursos para llevarla adelante. Por eso digo que es diferente un practicante y este licenciado en prevención y promoción de salud.

SEÑORA LASSUS.- Quizá en la Comisión se habló tanto de esto que se dio por sobreentendido lo del título de licenciado en prevención y promoción de salud. Por eso vale la pena esta discusión en el Claustro para que la gente lo tenga claro. Hace tiempo que en la Comisión planteamos que se cambiara ese perfil del practicante. Lo básico que entendimos en la Comisión que debía conocer un practicante no es lo que actualmente conoce.

SEÑOR FERREIRA.- Lo importante no es cambiar el nombre sino saber si a esa persona se le va a atribuir nuevas funciones o no. Mi pregunta iba en ese sentido de cambiar el rol.

SEÑORA FOREN.- Ahora se trabaja a través de programas como el de niños, el de adultos o el del adulto mayor. Todo eso se va a jerarquizar y por eso planteamos un perfil concreto para esa área de trabajo. También va a existir una pasantía por la clínica materno infantil que le permitirá en contacto con el primer nivel y verlo desde otro ángulo. Creo que ese licenciado va a estar mucho más capacitado que lo que está ahora el practicante.

SEÑORA GONZÁLEZ.- No veo aquí reflejado que a los estudiantes se los vaya a capacitar en educación para la salud y en educación popular. Si van a trabajar a la comunidad en prevención y promoción de salud, eso es fundamental.

SEÑOR CHAVARRÍA.- En el séptimo semestre se habla del abordaje holístico del estudio de las enfermedades y más adelante se agrega: “sus efectos biopsicosociales en la comunidad, familia e individuo”. Se trata del individuo enfermo. Por lo tanto, no hay por qué agregar lo del estudio del individuo enfermo, porque ya está.

SEÑOR KETZOIÁN.- Pero lo que se menciona allí son las tres dimensiones: comunidad, familia e individuo.

SEÑOR CHAVARRÍA.- Sí, pero es el individuo enfermo.

En cuanto a los sectores vulnerables hay que decir que vulnerables somos todos. No hay más que nacer para enfermarse y morir. Sin embargo, los viejos somos más vulnerables y hay que admitirlo. También lo son los niños, desde el punto de vista biopsicosocial, y todos los que hacen pediatría lo saben perfectamente bien. Eso lo enseñaba el profesor Morquio hace setenta años. ¿Y que pasa con la embarazada? ¡Por supuesto que es vulnerable, porque se trata de dos individuos, ella y su hijo! Hay que examinarla y ver qué enfermedades puede tener el hijo. Es por ello que esos tres sectores de la sociedad, la mujer

embarazada, el niño y el adulto mayor, son los más vulnerables, porque nos enfermamos más y tenemos más problemas psíquicos. Por eso estoy de acuerdo con el término, porque especifica la vulnerabilidad de determinado sector de la población.

SEÑORA GÓMEZ.- De pronto aquí en este esquema ya se pensó todo lo relacionado con la educación para la salud, pero me parece que no se lo ha colocado con el suficiente énfasis. Me refiero a la importancia de las técnicas en los trabajos comunitarios y grupales, con el perfil de un licenciado en prevención y promoción de salud. Quizá eso esté implícito para los redactores pero a los lectores no nos quedó tan claro.

En cuanto a lo que planteó el compañero Ferreira, probablemente ya esté previsto qué destrezas deberá tener ese licenciado en prevención y promoción de salud, porque en función de eso se harán las evaluaciones. Si la persona no tiene ese bagaje de conocimientos no podrá acceder al título habilitante. Eso es algo que debería acompañar a la propuesta.

SEÑORA PAULINO.- A nosotros también nos generó dudas el séptimo semestre porque no entendíamos a qué apuntaba. En la Comisión se nos aclaró que se necesitaba un espacio en la carrera donde se explicara la enfermedad en sí para después encarar a la persona que la tuviera, con lo que es la clínica médica y quirúrgica.

En cuanto al título intermedio, la Comisión entendió que se debía priorizar el aprendizaje en la comunidad desde el primer momento de la carrera, tema que había sido discutido ya en el Claustro. La idea es lograr un médico capacitado para utilizar las herramientas de la atención primaria en salud para fortalecer el primer nivel. Nos parece que lo que necesita la sociedad es un licenciado en prevención y promoción de salud. Justamente lo que no queríamos era repetir la figura del practicante externo, tal cual existe hoy, sino contar con un perfil totalmente distinto, acorde a lo que deseamos lograr con el nuevo Plan de Estudios. Quizá no fuimos lo suficientemente claros.

SEÑOR COIRO.- Quiero referirme a la metodología de discusión que se dio en la Comisión de Plan de Estudios. En el Claustro se han volcado una cantidad de elementos que son muy importantes. Todos los ajustes semánticos que se puedan hacer a esta propuesta hay que darles buen recibo. Sin embargo, cuando uno ve esto desde afuera hay algo que preocupa., y es el objetivo final. Estamos discutiendo el marco y a veces la semántica y la sintaxis no concuerdan con lo que planteamos como objetivo final. La discusión de ese objetivo todavía no se ha dado. Hay una ansiedad -eso se refleja en este plenario- por tratar de crear un marco acorde con el objetivo final a lo que es todavía un marco de definiciones teóricas. La praxis todavía no ha dado su respuesta.

Si hay una Comisión importante en este momento es la de Plan de Estudios. Hay aportes que pueden ser volcados allí para lograr un ajuste más profundo del debate, y deberían integrarse. Lamentablemente, por razones geográficas y laborales no puedo integrar esa Comisión, que es la más fundamental. Si hubiera que declarar una emergencia, la mayor energía debería ser volcada a la Comisión de Plan de Estudios, para que logremos el objetivo. Eso llevará a que las dudas planteadas en el Claustro sean respondidas casi por expertos que han tenido en el seno de la Comisión un debate profundo.

Felicito a la Comisión de Plan de Estudios por cómo ha venido trabajando e invito a que este trabajo sea todavía mayor, sobre todo en los objetivos, sabiendo que la praxis va a modificar muchas cosas. Además, deberá aceptar estos ajustes de este plenario en el marco semántico con agilidad.



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA**

11

SEÑOR POLAKOF.- Voy a hacer referencia al título intermedio y a qué es lo que necesitamos. ¿Para qué estamos formando a este promotor en salud? ¿Acaso lo formamos para mantener el mercado y el sistema actual? ¿O lo formamos para transformar lo que hoy tenemos? ¿Acaso lo formamos para tener gente preparada para cambiar el sistema y trabajar en la atención primaria de salud? ¿Vamos a seguir formando personas para las mutualistas, para dar inyectables o recibir llamados? Me parece que hay otra gente que puede hacer eso. La Facultad de Medicina tiene que formar personas para transformar la realidad y mejorar así la calidad de vida de nuestra población. Para eso estamos los universitarios.

SEÑOR RÍOS.- Hubo grandes avances en este tema. En cuanto al título intermedio, tengo aquí un documento del Claustro del 97, redactado por un compañero de la FEMI, donde se establece: “la Facultad extenderá los siguientes títulos: Licenciado en Ciencias de la Salud, Médico, Doctor en Ciencias, Doctor en Medicina, con el agregado de una tesis o trabajo de investigación”. Lo traigo a colación para mostrar que hace diez años estábamos en lo mismo.

El Claustro debe definir el título intermedio, pero eso no está escrito en el Plan de Estudios. El Plan de Estudios vendría a ser como los estatutos. Luego, reglamentariamente la Facultad va a determinar qué título va a tener el estudiante que cumplió con ciertos requisitos. Por lo tanto, para facilitar la aprobación del Plan de Estudios no necesariamente ese título intermedio debe estar establecido allí en forma expresa. El mercado de trabajo pide determinado tipo de formación para todas las áreas. Y supongo que los Claustros de la Facultad de Ingeniería o de Ciencias Económicas, por ejemplo, habrán discutido el porqué de ese nivel de formación.

SEÑORA KEMAYD.- Felicito a la Comisión de Plan de Estudios por el esquema que ha logrado elaborar. Con respecto a la vulnerabilidad, estoy de acuerdo en que todas las etapas de la vida la tienen. Sin embargo, no la identificaría particularmente con los sectores materno infantil y geriátrico. Los colocaría sí como elemento de atención primaria.

En cuanto al título intermedio de licenciado en prevención y promoción de salud, es fundamental que en el nuevo Plan de Estudios definamos el contenido de ese nuevo título, haciendo hincapié en qué es promoción y prevención en salud. Eso debe hacerse en base al médico que queremos formar, al sistema de salud al que apuntamos y a la medicina que queremos para lograr una mejor salud de todos los uruguayos.

SEÑOR GUIMARAENS.- Las aclaraciones planteadas por las compañeras González y Gómez fueron muy buenas porque colocan otra etapa de discusión entre el esquema y los contenidos, que son las competencias. De todas formas, en las características sumarias del esquema está contemplada la formación de un licenciado en prevención y promoción de salud. Eso se menciona en varios ciclos. Ya en el primero el estudiante enfrentará el abordaje de problemas en la comunidad, en la modalidad de trabajo coordinado. También se establece en la clínica propedéutica que se desarrollarán actividades de promoción en salud y preventivas en el primer nivel de atención y de primeros auxilios. En la introducción a la APS también se habla de la participación en la planificación, ejecución y evaluación de programas de atención de salud. En una segunda etapa deberemos discutir las competencias y, en una tercera, los contenidos.

SEÑOR CARBAJAL.- Para que esto sea un Plan de Estudios nos están faltando dos componentes principales, que deberíamos trabajar en este mes que viene y a lo sumo durante mayo para poder, a fines de ese mes, llevar esto al Consejo y al Consejo Directivo Central. Lo que tenemos aquí son los odres, a los que debemos poner el vino. Para eso debemos ir hacia los objetivos y las competencias para, desde ahí, ver qué se va a incluir en

cada uno de los ciclos. No se trata de ciclos arbitrarios, y para darles forma debemos fijar los contenidos y las competencias. Debemos ver cómo funcionan esas competencias a lo largo de los siete años de la carrera. Cada ciclo tiene que ser armado sobre un conjunto o sobre alguna competencia en especial. Quizá en algunos esa competencia esté apenas esbozada y en el siguiente ciclo aparezca mejorada. Si la competencia de la propedéutica es tomar adecuadamente la presión arterial, deberá incluirse en el tercer ciclo. Por lo tanto, habrá competencias que aparecerán muy precozmente y otras que no se adquirirán hasta el final de la carrera.

Ahora no estamos definiendo el Plan de Estudios porque nos falta todo lo que dije recién, que no es tan difícil como parece. Pero lo tenemos que hacer. Cada ciclo tendrá que rendir cuentas de qué y cómo está trabajando esa competencia. Cada parte del Plan deberá rendir cuentas permanentemente, al comenzar y al finalizar cada ciclo, del conjunto de competencias. De pronto será necesario contar con alguna asesoría técnica.

Recién hablé de odres pero el vino lo tendremos que poner en botellas, que son las cargas académicas, las horas presenciales, las horas de estudio, todo lo que constituye lo académico. Después sí nos pondremos a trabajar conjuntamente con el Departamento de Educación Médica y con la Comisión Sectorial de Enseñanza para ver lo del tránsito horizontal entre distintas carreras. Por lo tanto, ahora estamos en una etapa inicial pero que es básica para estructurar el cambio del Plan de Estudios.

SEÑOR CHAVARRÍA.- ¿Podemos aplicar en la Facultad el sistema de créditos que aplica el resto de la Universidad?

SEÑOR CARBAJAL.- Es algo que debemos lograr porque, sin créditos, el Consejo Directivo Central no nos va a aprobar nada.

Quiero decir algo sobre el individuo y las enfermedades. He oído decir que no existen las enfermedades sino los enfermos. Los clínicos dicen eso y tendrán su razón, pero las enfermedades también existen. Uno habla del dengue y eso me hace suponer que las enfermedades existen. Por lo tanto, en algún momento debemos estudiar las enfermedades, pero no al principio. El estudiante debe aprender a trabajar con las personas, pero en algún momento deberá plantearse que la tuberculosis, el dengue o la desnutrición desgraciadamente existen.

SEÑOR KETZOIÁN.- ¿Podríamos aprobar hoy este esquema sobre los primeros cuatro años que ha sido discutido hoy, teniendo en cuenta las observaciones que se hicieron? Lo planteo para que la Comisión pueda seguir trabajando en el esquema de los últimos tres años. Lo pregunto y lo propongo como moción.

SEÑOR DUFRECHOU.- También quiero felicitar el trabajo de la Comisión de Plan de Estudios que logró revertir una situación bastante desalentadora y trajo este esquema cuidadosamente meditado. Para consensuar conmigo son imprescindibles dos consideraciones. Las competencias de este licenciado en prevención y promoción de salud estarían completadas en el séptimo semestre, por lo que creo que el título debería otorgarse al finalizar dicho período.

SEÑORA LASSUS.- En la Comisión tuvimos una discusión sobre ese tema ya que no sabíamos que las licenciaturas no pueden durar menos de cuatro años.

(Dialogados)



SEÑOR DUFRECHOU.- Con el octavo semestre estoy totalmente en desacuerdo. No creo que alguien sea capaz de enseñar la clínica integral de la embarazada, del niño y del adulto mayor centrada en las consultas y enfermedades prevalentes en un semestre. Eso lo va a saber el médico que salga a trabajar, luego de su internado de pediatría. Por eso no puedo aprobar este octavo semestre, como tampoco puedo aprobar que se pretenda enseñar pediatría sin tener los conocimientos rudimentarios de la clínica médica. Juntar la patología de la embarazada, del niño y del adulto mayor es bastante complicado. Es cierto que la etapa del adulto mayor tiene sus vulnerabilidades porque la persona tiene afecciones respiratorias, neurológicas, etc., y eso no se puede afrontar sin los conocimientos de la clínica médica. Estas son las discrepancias que tengo y por eso no podría votar este esquema así como está.

SEÑOR POLAKOF.- Hasta que no hayamos consultado al Orden, a través de asambleas de estudiantes, y tenido la debida discusión no podemos aprobar este esquema.

SEÑOR RÍOS.- Me gustaría que se precisara el alcance de la moción.

SEÑORA PRESIDENTA.- El avance realizado por la Comisión ha sido muy importante, no solamente por el producto escrito sino por la capacidad de la mente humana de poder conciliar los puntos de vista para trabajar de forma adecuada. Eso es lo más importante.

Estoy de acuerdo con el profesor Carbajal en su planteo con vistas a las semanas siguientes de trabajo, sobre qué directivas avanzar. De todas formas, hay algunos términos que no entiendo bien. Estoy de acuerdo en que la vulnerabilidad desde el punto de vista biológico no es solo por lo social o porque se trate de un niño pobre. El recién nacido es mucho más vulnerable biológicamente hablando. Por eso creo que está bien que se incluya en las características sumarias. Lo que no entiendo es cuando se habla de APS en la embarazada, en el niño y en el adulto mayor, pero luego se incluyen los tres niveles de atención.

SEÑOR POLAKOF.- Lo que pasa es que falta completar más el esquema. Además, la atención primaria de salud se hace en los tres niveles.

SEÑORA PRESIDENTA.- Ya lo sé, pero no veo que se haya planteado en otro lado.

SEÑOR CARBAJAL.- El tema del niño aparece en el cuarto semestre de la clínica propedéutica, junto con la embarazada, porque aquí no hay una espera como se da en el Plan actual. Se estudia la clínica de una persona presuntamente normal. Cuando la persona hace su pasantía en el séptimo semestre en atención primaria, ¿no ve sobre todo niños y mujeres embarazadas? ¿Qué es lo que más se ve en el primer nivel? Niños y viejos. O sea que tenemos niños y viejos a partir del quinto semestre, a lo largo de toda la carrera, en metodología científica, en estudios comunitarios, como investigación social. Después aparecen nuevamente, más adelante.

En el esquema se trata de ver cómo los sectores vulnerables, materno infantil y geriátrico, que se incluyen al final de la clínica propedéutica, aparecen de nuevo en el octavo semestre como clínica materno infantil y geriátrica. Es el mismo equipo docente que tiene a su cargo la enseñanza. En la primera mitad del año trabajará a nivel de la clínica propedéutica y, en la segunda, el mismo equipo trabajará con la clínica materno infantil y geriátrica. O sea que los docentes van a estar un año con los estudiantes, y después el en internado.

SEÑORA PRESIDENTA.- Agradezco la aclaración del profesor Carbajal, porque cuando

uno lee el esquema quedan aspectos que uno no entiende pero que la gente de la Comisión los elaboró muchísimo más.

Hubo toda una discusión sobre dónde colocar al paciente geriátrico. La tendencia actual es que el estudiante va a la clínica y después aprende geriatría. La explicación que dieron aquí muestra que en el esquema el estudiante ve al adulto mayor en la comunidad y luego más adelante. Mi interpretación es que no se necesita de la clínica médica y de la clínica quirúrgica para evaluar al paciente adulto mayor. ¿Es así? Lo pregunto para que los miembros de la Comisión expliquen cuál fue el motivo de incluirlo en el lugar que se lo puso.

SEÑOR CARBAJAL.- No soy geriatra y no me animaría a dar una respuesta cabal sobre este tema. Se me ocurre que no se necesita ser un eximio internista para saber tratar la mayor parte de las alteraciones y problemas que afectan a la persona de edad. Por supuesto que hay cosas que este egresado va a saber tratar pero otras las deberá derivar al especialista, que para eso están los geriatras. Cualquier actividad clínica tiene componentes que están al alcance del médico general y otros que no lo están. De cualquier manera, los problemas biológicos de la senectud deben estar planteados en la clínica propedéutica. Mantenemos el nombre de externado porque somos nostálgicos, lo hicimos hace muchos años y nos gustó. Nos gustó porque nos dio responsabilidad. Ser externo no era lo mismo que ser estudiante, ya que implicaba un compromiso asistencial con la persona. Incluso vi con sorpresa que se está usando esa expresión en la Universidad de Sherbrooke. Ese externado tiene que ser una continuidad en la que el estudiante debe estar comprometido desde el punto de vista asistencial. Ese externado tendrá muchos créditos porque implica un compromiso asistencial fuerte con la sociedad y la comunidad.

SEÑOR KETZOIÁN.- Sería bueno que en la Comisión repensáramos el tema y discutiéramos lo que acaban de plantear el doctor Dufrechou y el profesor Carbajal. Mi propuesta es que se apruebe el esquema hasta el séptimo semestre, inclusive. No se trata de aprobar un Plan de Estudios.

Este es un tema que venimos discutiendo desde hace tiempo por lo que estamos en condiciones de votar este esquema sin necesidad de llamar a una asamblea. Para la Comisión es importante saber que tenemos algo sobre lo que seguir trabajando. Lo planteo para que no se diga que somos los docentes los que trancamos las cosas.

(Dialogados)

SEÑORA LASSUS.- Nuestra forma de funcionar es a través de la asamblea de estudiantes. Aquí se plantearon muchas modificaciones y me gustaría discutir las en la Comisión. Además, no veo cuál es el apuro, ya que más o menos estamos de acuerdo. Vamos a rediscutir los planteos en la Comisión y podemos incluso seguir para adelante. Que no se vote hoy no quiere decir que se vaya a trancar el trabajo.

SEÑOR KETZOIÁN.- Pido que se someta a votación la moción que acabo de plantear.

SEÑORA PAULINO.- La idea de la Comisión había sido presentar hoy el trabajo y seguir en sus próximas sesiones con el resto de los ciclos, que todavía no discutimos. No me fui de la reunión con la idea de que hoy se fuera a aprobar algo, sino que se iba a informar sobre hasta dónde habíamos consensuado en la Comisión, para luego continuar. Quizá en la próxima reunión logramos elaborar solo un ciclo más o quizá completamos todo, no lo sé. No voy a aprobar cuatro años y luego lo demás. Creo que lo que hay que aprobar, cuando



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA**

15

terminemos la discusión, es el esquema completo. Debemos tener en cuenta que muchas personas vieron hoy el esquema por primera vez. No me parece adecuado que lo votemos hoy. La Comisión de Plan de Estudios considera muy positivos los aportes de hoy, los va a tomar en cuenta y seguirá trabajando. No se va a parar nada porque no votemos hoy.

SEÑORA PRESIDENTA.- Me parece que lo más importante es el trabajo de la Comisión y el acuerdo que hubo ahora. No se puede presionar con una votación cuando hay una serie de puntos que deben ser discutidos. Votar algo parcialmente no va a redundar en nada sino que va a crear divisiones justo cuando estamos todos más o menos en la misma línea de trabajo, ya que docentes, egresados y estudiantes se pusieron de acuerdo en la Comisión para traer este esquema muy bien pensado. No me parece bueno presionar con una votación ahora.

SEÑOR GUIMARAENS.- Ya que la discusión de hoy fue positiva, no sé si aprobar hoy una parte del esquema no nos trabaría en la discusión de las competencias, dado que podría suceder que estas no concordaran con lo aprobado. Lo mejor sería concretar el esquema general, trabajar sobre las competencias y luego aprobar todo.

SEÑOR CARBAJAL.- En lo único que hemos estado de acuerdo es en que hoy no podemos votar nada. Es la única unanimidad que ha habido en esta Asamblea del Claustro desde hace un año y tres meses. Vamos a ver si algún día acordamos votar algo.

SEÑOR KETZOIÁN.- Mi propuesta es que aprobemos el esquema general presentado por la Comisión de Plan de Estudios hasta el séptimo semestre, inclusive.

SEÑORA PRESIDENTA.- Se va a votar la propuesta presentada por el doctor Ketzoján.

(Se vota)

—NEGATIVA.

(Dialogados)

SEÑOR DUFRECHOU.- Me abstuve en la votación porque considero que si bien hay una propuesta para definir este tema lo más rápido posible, cuyos argumentos son atendibles, el hecho de que la delegación estudiantil requiera de más tiempo para considerarlo de acuerdo a sus propias pautas debe ser contemplado.

SEÑORA CANDREVA.- También yo me abstuve por la misma razón.

SEÑOR BIASOTTI.- Lo aclaramos en la Comisión y lo volvemos a hacer aquí. Vamos a seguir trabajando en la Comisión de Plan de Estudios tal como venimos haciéndolo y no quisimos trancar el tema por pequeños puntos de desacuerdo, ya que estos escapan a nuestra resolución. En el momento en que el Orden Estudiantil lo resuelva, vamos a estar en condiciones de votar.

SEÑORA PAULINO.- Me sorprendió un poco el voto de algunos compañeros de la Comisión. Allí se había aclarado que avanzamos en este esquema para seguir trabajando. Este esquema fue un producto de la Comisión y no se planteó que el Orden Estudiantil iba a estar de acuerdo con él y a votarlo.

SEÑOR VIGNOLO.- Hay que rescatar lo positivo de esto, y es que todos estuvimos de acuerdo con la formulación de los cuatro primeros años. Si los estudiantes requieren más tiempo para analizar este tema, debemos cumplir esa etapa. Sería bueno que todos quienes

16

tuvieran alguna propuesta la hicieran llegar por escrito a la Comisión de Plan de Estudios para así consensuarlas y traerlas a la próxima sesión del Claustro.

SEÑORA PRESIDENTA.- Se levanta la sesión.

(Es la hora 15 y 30)