



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA

1

ASAMBLEA DEL CLAUSTRO FACULTAD DE MEDICINA

Sesión del día 24 de junio de 2004

ACTA N° 12

ASISTEN: **Por el orden docente:** Marta ALBERTI, Laura BETANCOR, Daniel BORDES, Rosario CAVAGNARO, Ecarmen CANDREVA, Patricia CASSINA, Ángela CIRILLO, Gonzalo ESTAPÉ, Nora FERNÁNDEZ, Gonzalo GIAMBRUNO, Ángel GINÉS, Deborah KESZENMAN, Marina MACEDO y Rosalía RODRÍGUEZ.

Por el orden de egresados: Pablo CESIO, Ana DATI, Ana Gabriela DE LEON, Juan José DI GÉNOVA, Myrtha FOREN y Silvio RÍOS.

Por el orden estudiantil: Pablo BEHEREGARAY, Virginia BENEDITTO, Hernán CERVETTO, Gabriel DOS SANTOS, Daniel MÁRQUEZ, Joaquín MAUVEZIN, Alesandra NIKICER, Daiana PAULINO, Daniela RAYMUNDO, Guillermo RODRÍGUEZ AGUILERA y Mario ROMERO.

SEÑOR PRESIDENTE (Ríos).- Habiendo número, está abierto el acto.

(Es la hora 13 y 3)

Informe de Comisiones

Plan de Estudios y Docencia en la Comunidad

SEÑOR PRESIDENTE.- El propósito de la reunión de hoy es tratar de tomar resolución sobre el tema Docencia en la Comunidad. Es necesario expedirse sobre un documento enviado por una Comisión ad hoc del Consejo, que pidió la opinión del Claustro y de los demás servicios para antes del 30 de junio.

Por los motivos que todos conocen, el jueves pasado hubo paro. Como queríamos tener la garantía de que estuvieran todos los órdenes para discutir el documento final, convocamos a esta sesión extraordinaria del Claustro. En adelante esperemos continuar con el calendario que nos habíamos propuesto al inicio del período.

SEÑORA CAVAGNARO.- Voy a dar lectura a la propuesta que trajo la Comisión de Plan de Estudios.

“La Comisión de Plan de Estudios del Claustro, luego de haber considerado el Informe realizado por la Comisión Ad-Hoc designada para el estudio de la ‘Reestructura del Departamento de Docencia en Comunidad’, y teniendo en cuenta el informe elaborado anteriormente por la propia Comisión en relación con el mismo tema, propone:

1) *Coincidir totalmente con el planteo realizado por la Comisión Ad-Hoc en los aspectos doctrinarios de consenso.*

2) *Coincidir con el informe en mayoría de dicha Comisión, en el sentido de que es prioritaria la consolidación de un Departamento de Medicina Familiar y Salud*

Comunitaria con docentes y equipos estables en cada uno de los centros de trabajo (la estabilidad de los equipos no se puede lograr si la mayoría de los docentes G° II y III son 'pasantes'). Este planteo está de acuerdo con lo ya expuesto por nuestra Comisión en los Claustros anteriores, con respecto a la necesidad de aumentar los recursos docentes en Comunidad, así como los tiempos de pasantía curricular de los estudiantes.

3) Con respecto a los objetivos generales planteados en el informe, creemos que este Departamento debe cumplir con todos los siguientes objetivos:

- Tener a su cargo la enseñanza clínica extrahospitalaria del pregrado, contribuyendo a lograr el perfil del egresado definido por la Facultad de Medicina en 1995;*

- Ser el ámbito para el desarrollo de la docencia, asistencia, investigación y extensión en Medicina Familiar y Comunitaria y en Salud Comunitaria;*

- A nivel de posgrado, participar en la formación de otros especialistas además del específico de cuya formación se hace cargo actualmente;*

- Ser el ámbito para la integración de las diferentes disciplinas que confluyen en el 1er. nivel de atención, afianzando un modelo de trabajo interdisciplinario dirigido a la comunidad.*

4) Acordar con los objetivos específicos planteados en el documento de referencia. En relación al punto 'Formación de Pregrados', en el punto 2, 'Implementar las actividades previstas en el programa de pregrado aprobado por la Facultad de Medicina en 1999', queremos mencionar que el Claustro está elaborando nuevas propuestas para el programa de pregrado, que incluyen la implementación de las mismas, habiendo resuelto ya que:

'el proceso de enseñanza-aprendizaje en el ámbito comunitario debe

a) priorizarse,

b) comenzar al inicio de la carrera y

c) mantenerse sin interrupciones durante el desarrollo de la misma.'"

Esto fue aprobado por la Asamblea del Claustro según Resolución N° 4 del 6 de mayo de 2004.

5) La Comisión de Plan de Estudios del Claustro considera que existiendo una dotación docente estable funcionando en cada uno de los lugares de inserción del Departamento de Comunidad, es posible y fundamental agregar la pasantía de los docentes (G° II) de las Clínicas de Pediatría y Ginecología (ya definidas, planteadas en el documento y que se realizan en la actualidad), y de otras disciplinas que es imprescindible integrar en el primer nivel de atención tales como: Medicina Interna, Medicina Preventiva y Social y las correspondientes al área de la salud mental (Psiquiatría, Psiquiatría Infantil y de Adolescentes y Psicología Médica).

La Comisión considera la posibilidad de que exista algún tipo de pasantía de los docentes de otras especialidades tales como Cirugía, Dermatología, Nefrología, Reumatología, Cardiología, Geriatria, Gastroenterología, Neumología, Oftalmología, ORL, Urología, Endocrinología, Neurología y otras. Entiende esto como un hecho altamente beneficioso para la formación de los propios docentes que podrían estar en contacto con las enfermedades más frecuentes de su especialidad y con las diferentes formas de promoción y prevención de las mismas, aportando a la formación de los demás docentes y a los estudiantes. Por último, y no menos importante, se entiende que sería de



gran beneficio para la propia comunidad, facilitando el acceso de la misma a dichas especialidades.

6) *Con respecto al nombre del Departamento no consideramos apropiado el de 'Departamento de Comunidad', ya que la comunidad es un ámbito de trabajo como lo son el hospital, el aula y los laboratorios, y no define las funciones que debería tener el mismo.*"

La Comisión planteó que el Claustro debería definir el nombre que quiera. En realidad, lo que importan son los objetivos y no tanto el nombre del departamento. Por supuesto que hubo propuestas: "Medicina Familiar y Salud Comunitaria" -era el nombre que venía propuesto por la Comisión ad hoc-, "Salud Comunitaria" y "Medicina Familiar y Comunitaria". De todos modos, entendemos que lo que más importa es qué va a hacer el departamento; los objetivos que acordamos incluyen todas las posibilidades.

SEÑOR BORDES.- En el punto 5), donde dice: "[...] *Entiende esto como un hecho altamente beneficioso para la formación de los propios docentes que podrían estar en contacto con las enfermedades más frecuentes de su especialidad [...]*", como en realidad ya están en contacto con las enfermedades, creo que sería más feliz si se redactara de la siguiente manera: "[...] *Entiende esto como un hecho altamente beneficioso para la formación de los propios docentes que podrían tener otro ámbito para estar en contacto con las enfermedades más frecuentes de su especialidad [...]*".

SEÑORA FOREN.- Quiero dejar constancia de que con algunas cosas no hago mucho acuerdo con la Comisión.

Desde el punto 2) en adelante, en lo conceptual estamos de acuerdo. En cuanto al punto 1): "*Coincidir totalmente con el planteo realizado por la Comisión Ad-Hoc en los aspectos doctrinarios de consenso*", creo que deberíamos aclarar que la Comisión de Plan de Estudios de la Asamblea del Claustro está abocada a rever el plan de estudios y que nos limitamos a esto por la premura que tiene el Consejo ahora, pero que en realidad creemos que no estamos totalmente de acuerdo con esto, porque el informe de la Comisión es contradictorio con lo que nosotros planteamos. Esto limita a una especialidad, y nuestro trabajo tiene un enfoque diferente de la salud a nivel del país.

SEÑORA CANDREVA.- Podríamos volver a la propuesta original, que decía: "*Acordar con el planteo [...]*".

SEÑORA CIRILLO.- Es una cuestión de redacción. Para mí es lo mismo coincidir que acordar.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se puede sacar el adverbio "totalmente".

SEÑORA FOREN.- Puede quedar redactado, entonces, de la siguiente manera: "*Acordar con el planteo realizado por la Comisión Ad-Hoc en los aspectos doctrinarios de consenso*", dada la premura que se nos impuso desde el Consejo de definir este punto y que el Departamento en este momento tiene cargos no nombrados y tiene que seguir funcionando.

SEÑOR ESTAPÉ.- En el punto 4) está explicitado que se está elaborando un nuevo programa.

SEÑORA FOREN.- Me parece que la resolución debe empezar con eso porque es de gran jerarquía.

Lo otro que quería mencionar refiere al nombre del Departamento. Creo que el nombre de "Medicina Familiar" limita al Departamento a una especialidad. Se está viendo la comunidad por el ámbito, por el espacio, y en ese sentido se podría llamar Departamento de Medicina Comunitaria. Pero si nosotros lo llamamos Departamento de Medicina Familiar, estamos refiriéndonos a lo familiar, y se contrapone con lo que decimos después, cuando queremos llevar a los dermatólogos, oftalmólogos, etc. Queremos ampliar el

sistema de salud y que el primer nivel sea la entrada a ese sistema de salud, y limitamos un departamento de gran jerarquía a una especialidad. Por eso estoy en contra de que se llame con el nombre de esa especialidad.

SEÑOR BORDES.- Creo que el nombre “Departamento de Medicina Familiar y Salud Comunitaria” es más abarcativo de lo que tenemos ahora. ¿Por qué? La medicina familiar no es una especialidad en nuestro país; la especialidad se llama “Medicina Familiar y Comunitaria”. El médico de familia no es un especialista en nuestro país. El médico de familia es un cargo del Ministerio de Salud Pública. Y el Departamento de Medicina Familiar y Salud Comunitaria -que no es Medicina Familiar y Comunitaria como especialidad, sino que habla de la salud comunitaria como para que otros implicados en la salud, otros especialistas, puedan confluír para ser coordinados allí- es más abarcativo.

Por ejemplo, las clínicas quirúrgicas o médicas también son el asiento de otros especialistas. En la clínica quirúrgica hacemos ateneos de consulta con Oncología, con Anatomía Patológica, y no es necesario cambiarle el nombre para que puedan estar allí presentes otras especialidades. Además, no solamente se enseña cirugía como especialidad: en el pregrado se enseña el ámbito quirúrgico en medicina general.

Me parece que llamarlo “Departamento de Medicina Familiar y Salud Comunitaria” le da por definición un buen espaldarazo al Departamento, por el asiento en la comunidad y, además, un buen centro para desarrollar el posgrado que, hasta el momento, está más huérfano de lo que nosotros queríamos.

SEÑOR GIAMBRUNO.- La especialidad ya está creada.

SEÑOR BORDES.- Existe la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria.

SEÑOR GIAMBRUNO.- Tengo idea de que se hizo un llamado por competencia notoria para llenar los cargos.

SEÑOR BORDES.- Como cada vez que se crea una especialidad, se hizo un llamado por única vez donde se evaluó la actuación documentada, y también se hizo un llamado por competencia notoria solamente para los cargos docentes del ámbito de formación.

SEÑOR GIAMBRUNO.- ¿La especialidad la creó la Escuela de Graduados ante una inquietud de la Facultad? ¿Cómo fue el proceso? Me parece que es importante saberlo.

SEÑOR BORDES.- Según mi modo de ver las cosas -no involucro a toda la Escuela de Graduados en esto-, la especialidad fue creada a contrapelo. ¿Por qué? Todas las especialidades se crean cuando existe la necesidad de una disciplina: aparece la gente formada en esa disciplina, se junta y comienza la formación. Aquí fue al revés: se crearon primero 5 cargos de Residente de Medicina Familiar a impulso de la Comisión Nacional de Residencias Médicas, y al segundo año se volvió a llamar a 10 cargos de Residente de Medicina Familiar. Nosotros no teníamos una estructura docente que los recibiera; quedaban a disposición de los tutores o de los hospitales. Entonces, -¡qué contrasentido! - un Residente en Medicina Familiar se formaba en los hospitales. En ese entonces ya sabíamos -porque los Residentes nos lo habían hecho saber- que cuando terminaran la Residencia iban a pedir un reconocimiento formal, académico, profesional, de lo que ellos estaban haciendo, porque hasta el momento lo único que íbamos a hacer nosotros era darles la mano y decirles: “Terminaron la Residencia”. El que termina la Residencia de Medicina Interna da una prueba, presenta una monografía y recibe el título de especialista en Medicina Interna; no por haber terminado la Residencia se le da el título, pero tiene la chance de tenerlo. En cambio, el que terminaba la Residencia en Medicina Familiar no iba a tener nada.

El Decanato del momento presionó fuertemente a la Escuela de Graduados para que se resolviera de una vez y para siempre la especialidad en Medicina Familiar. Entonces, se



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA**

5

creó una comisión que estudió la necesidad y la factibilidad de la especialidad. La Ordenanza de la Escuela de Graduados establece que para crearse una especialidad primero hay que demostrar la necesidad social en nuestro país de tener esa especialidad. Puede venir Juan de los Palotes a pedir que se cree la especialidad en Medicina Aeroespacial, pero aquí en Uruguay no se precisa; señalo este caso porque una vez recibí a una persona que quería revalidar un curso de Medicina Aeroespacial que hizo en Florida.

Entonces, la Comisión que se había creado para estudiar la especialidad en Medicina Familiar, decide que hay necesidades sociales de tener especialistas en medicina familiar y comunitaria. Inmediatamente, se desencadena el proceso de creación de la especialidad. Había que establecer no sólo el ámbito, sino ponerle sentido y especificar contenidos y objetivos en un programa -esto requería más que un temario, que era lo que se hacía habitualmente: se iba al índice de un libro de Patología y se establecía lo que debía saber un médico internista-; en este caso, el objetivo del programa de formación era distinto.

Fue así que después de algunos años de discusión, idas y venidas, se estableció la creación de la especialidad mediante el posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, se le encargó como ámbito de formación al Departamento de Comunidad -es como se llamaba entonces y como se llama actualmente- y se hicieron los primeros llamados por actuación documentada y por competencia notoria. Este es el segundo año que se hacen llamados formales para posgrados en Medicina Familiar.

Los que venían realizando Medicina Familiar según la Residencia cuando no existía el curso fueron contemplados en el primer llamado; algunos debieron terminar con algún curso, dar una prueba final y obtuvieron el título.

SEÑORA CAVAGNARO.- En cuanto al punto 4), señalo que en el primer informe yo había copiado la resolución del Claustro, pero aquí no figura textualmente. De todos modos, alcanza con quitarle las comillas, ya que quiere decir lo mismo.

SEÑOR GIAMBRUNO.- Yo participo en la Comisión de Plan de Estudios; no lo he hecho todo lo que me habría gustado, pero estuve en más del 50% de las reuniones. De todos modos, siento que tengo una posición discrepante minoritaria y quiero expresarla ahora para enriquecer la discusión y se vean todos los matices que tenemos.

Personalmente, le doy una trascendencia principal a este tema, reflejando los aportes de la Comisión del Claustro anterior, donde trabajamos mucho en los cambios que hicimos al plan de estudios. Entonces, por un lado está la necesidad de dar el aval al Departamento para que en 2004 pueda desarrollar aquello en lo que hay coincidencia en la comisión. Pero al mismo tiempo, siento que debemos cambiar un poco el mecanismo de la medicina en Uruguay, donde la medicina pública es fundamentalmente hospitalaria y centralizada, y la medicina privada o de calidad es una medicina que apunta más a la prevención y a la promoción. Eso pasa mucho en el interior, también en Montevideo, y en algunos enclaves municipales o sectoriales. Entonces, a pesar de que somos muchísimos médicos en Uruguay, están integrados eventualmente en la Facultad en los ciclos de investigación y en el hospital.

Este pequeño Departamento, desde que se creó a partir de la vuelta de la democracia con Carlevaro y una cantidad de otra gente, ha luchado contra todo tipo de inconvenientes y ha tratado de desarrollarse. Cuando comenzó a reunirse la Comisión, el Dr. Estapé planteaba para qué queremos este Departamento, cómo lo queremos, por qué, quiénes lo deben conformar, cuántos deben conformarlo, dónde. Si se hace un análisis de lo que hacen los estudiantes hoy, vemos que siguen haciendo lo mismo que al principio, con una mayor afectación, pero no hubo progresos. De ahí surgieron los documentos que repartimos, donde se plantea llevar progresivamente, de una manera realista, lógica, la formación de los estudiantes en este ámbito a los primeros años de la carrera. Sin embargo, subsiste el problema principal: me parece que este Departamento de Salud Comunitaria, este

Departamento de Medicina Familiar cierra un poco sus posibilidades de crecimiento interdisciplinario.

En una oportunidad que no pude concurrir a la Comisión planteé en un mail una serie de cosas. Voy a hacer hincapié en dos discrepancias principales.

En primer lugar, para 2004 se precisan medidas urgentes que funcionen para que esto entre a andar. Si no entra a andar, se genera un problema acumulativo. También pedía una definición de la AEM y de ADUR, ya que en la reunión habían participado integrantes de estas dos gremiales. La AEM se reunió; quizá tenga algo para decir.

Por otra parte, planteaba que la comunidad como punto de partida del primer nivel de atención, con la importancia que tiene en la construcción de la estrategia de atención primaria -volcado al concepto hospitalario o no hospitalario- es muy importante como para que nos encasillemos demasiado en objetivos de corto plazo que se plantean en el documento y para hacer una aprobación total. ¿Por qué? Porque deja por el camino la integración interdisciplinaria. ¿Por qué hago énfasis en esto? No conocía bien los tiempos de la Escuela de Graduados para la creación de una especialidad; sabía que había habido mucha presión inicial de la política internacional de medicina familiar, lo cual es muy bueno. En mi carácter de pediatra yo veía que se estaba arrasando un poco, nivelando hacia abajo, y eso me preocupaba. Me preocupaba de la misma forma que me preocupa que, insólitamente, los médicos en Facultad y en muchos ámbitos públicos sigan atrincherados en el ambiente hospitalario. Yo planteaba que tenemos que dejar el Departamento con un esquema muy chico, como el que tiene actualmente, pero con un sistema de crecimiento ordenado, donde se nutra de todo lo bueno de las distintas áreas; la parte de medicina familiar y comunitaria tiene mucho para desarrollar y mucho para demostrar, pero también tiene otras áreas para crecer. Evidentemente, la Medicina Interna en todo este camino, por lo visto, no se ha terminado de enganchar. Uno ve la poca participación de internistas en este Departamento, seguramente porque tienen demasiados problemas a nivel de la patología de hospital, de enseñanza de las cosas que tienen a su cargo.

En cuanto al nombre, actualmente el nombre del Departamento sigue siendo Departamento de Docencia en Comunidad. Me generaba confusión porque el informe habla de Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria. Es un tema puntual, pero con las dudas que tengo de la integración interdisciplinaria, con un Departamento abierto que tenga un núcleo chico que crezca, ponerle un nombre donde en el título está lo que bien decía el Dr. Bordes que hay necesidad de desarrollar, nos cerraba mucho la posibilidad de crecimiento, de integrar nuevas estructuras, la posibilidad de convenios.

Insisto en esta especie de espejo con el hospital. Para mí es tan trascendente que no se limita al corto plazo sino que mira hacia el futuro. Me parece muy bien el desarrollo que ha tenido el grupo, como que se ha reestructurado, está trabajando, está tratando de lograr resultados, pero también me gusta la idea de que los médicos jóvenes tengan rápidamente una formación generalista e internista que les permita ocupar un espacio fundamentalmente en la parte pública.

Mi otra gran diferencia con respecto al nombre es la siguiente. Yo creo que mantendría el nombre del Departamento, con un mecanismo de un Departamento que esté abierto y que pudiera funcionar y agregarse. Comparto lo que ha dicho la Comisión en cuanto a que las estructuras tienen que estar en esas áreas. No pueden estar hoy y no estar mañana; deben tener un criterio que les permita estructurarse, armarse y crecer.

Entonces, creo que este Departamento tiene una estructura fundamental para la Facultad, que hay que mantener la interdisciplina -veía en el documento en mayoría que parecía que uno de los méritos principales era haber sido Residente de Medicina Familiar- y, con respecto al nombre, pienso que debería ser el mismo nombre o agregarle al nombre



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA**

7

de Departamento de Salud Comunitaria el de Medicina Familiar. Creo que hay que sumar. Los modelos modernos, muchos de ellos capitalistas economicistas, ponen nuevos sistemas a funcionar en paralelo. Me recuerda un sistema empresarial, capitalista, que es interesante: pone una estructura nueva, que se desarrolla paralelamente a la vieja, que tiene sus defectos, pero que también tiene sus virtudes. Yo creo que no podemos perder nada de todo lo que se ha hecho, que es bueno y contribuye; tenemos que sumarle a este grupo que viene con un fuerte apoyo internacionalista, aunque ya sabemos que no toda la información internacional sirve. Hay una demostración: con la caída de los ingresos, con la pobreza, estamos viendo lo que está pasando en algunos sectores: no alcanza con una medicina dogmática, sino que hay que ir al fondo de las cosas.

SEÑORA CANDREVA.- Para elaborar este informe, la Comisión se guió en los ítemes establecidos en el estudio de la Comisión ad hoc, que fueran enviados por el Decanato. Por ejemplo, en el ítem 1 se pregunta acerca de la denominación del Departamento, y da dos opciones: de Docencia en Comunidad o de Medicina Familiar y Salud Comunitaria. Cuando nosotros consideramos los objetivos, también había opciones, pero nosotros vimos que los objetivos a tener en cuenta eran todos los que nos habían enviado, y en ese sentido, pensamos que el Departamento debería llamarse de Medicina Familiar y Salud Comunitaria porque quedaba chico el nombre Docencia en Comunidad.

SEÑOR ESTAPÉ.- Quería volver a las diferentes etapas que teóricamente tendría que seguir el Claustro. Todavía estamos en la primera. El Consejo nos da una guía para facilitar la discusión sobre el documento que nos aporta una Comisión ad hoc del Consejo. Podemos seguir o no la guía, hacerle cambios, alterar el orden, o lo que sea. Una guía es eso: una guía; nos puede servir o no. La guía tocaba una cantidad de puntos que estaban encerrados en el documento, y por eso me parece muy bien que la Comisión manifieste aquello con lo que está de acuerdo del documento y no volver punto por punto a todo lo que se expresa en la guía.

Hay discrepancias en varios puntos. En primer lugar, en el nombre. Evidentemente, así como hay 2:000.000 de directores técnicos, también se pueden proponer 2:000.000 de nombres. Nosotros debemos tener la idea de qué va a hacer el Departamento. Es posible que si lo llamamos Medicina Familiar y Salud Comunitaria, como somos muy sintetizadores, todo el mundo lo llame Departamento de Medicina Familiar. Entonces, podemos proponer o no un nombre; para mí es un punto absolutamente secundario. Si tenemos que poner algo, nos pondremos de acuerdo, votamos y decidimos por mayoría, y después el Consejo le pondrá el nombre que quiera; el Consejo tampoco va a poner el nombre que nosotros queramos.

En segundo término, el Consejo nos dio plazo hasta el 30 de junio para hacer una propuesta en base a los documentos que nos proporcionaron para poder empezar este año. Yo estoy en una clínica donde está el CICLIPA 2 y sé que ya tienen ordenados los grupos, quiénes van a ir de mañana y quiénes de tarde, pero todavía no se sabe cómo y quién va a dar el curso. Estamos casi en julio y todavía hay que hacer los llamados. Acaba de hacerse un llamado para provisión interina de Grados 2 y de un Grado 4 para el correr de los próximos meses, hasta el 31 de diciembre. Falta hacer llamado a provisión de cargos importantes, nada menos que del Grado 5 del Departamento. Entonces, la Comisión se apura a traer esto dentro de la fecha estipulada para ver si lo podemos sacar y que el Consejo resuelva. El Consejo lo podrá resolver la semana próxima o se tomará los meses que sea, pero ya no es culpa del Claustro -como nos dijeron el otro día en la FEMI- que se esté demorando el llamado al Grado 5 y demás. Si empezamos a agregar cosas, a discutir y seguimos posponiendo, no estamos cumpliendo con el pedido y nos van a echar la culpa de que este año el curso no marche bien porque el Claustro no se decidió.

Por otra parte, si bien está un poquito escondido, en el numeral 4) del documento dice que el Claustro está estudiando una nueva instrumentación para el pregrado. Como

sugiere la Dra. Foren, se puede incluir en el primer punto. En ese sentido, le pediría a la Dra. Foren que haga una propuesta concreta del numeral 1).

A partir de ahora -supongo que esto se va a aprobar hoy-, la Comisión va a seguir estudiando los llamados que hay que hacer para el Departamento de Medicina Comunitaria o como se le llame, a fin de que se vaya acercando a lo que el Claustro desea. Lo que estamos haciendo ahora es llamar para proveer los cargos imprescindibles para que este año haya cursos, pero como dice el documento, hay muchas otras cosas que deben empezarse en los años iniciales. Para eso necesitamos otra estructura que no es exactamente la del documento actual. Pero para el mediano plazo -el año que viene- se requieren cambios. Y para el futuro y progresivamente tenemos que ir bajando el año que comienza el curso el estudiante para que en determinado momento asista a la comunidad en los primeros años.

El mes pasado había quedado claro que se debían cumplir estas tres etapas. Nos apuramos en la primera para que el Consejo resuelva, y ahora le resta a la Comisión seguir trabajando para el mediano plazo qué cargos vacantes y qué cargos nuevos necesitamos. Más adelante veremos si desde su inicio podemos llevar a los estudiantes a la comunidad, con otro Departamento que no es exactamente este. Quería aclarar esto para que no pase otro Claustro más y esto quede en una nebulosa.

Estamos de acuerdo con lo que dijo el Dr. Giambruno: esto debe tener otra estructura porque vamos a llevar a los estudiantes a la comunidad en años más precoces de la carrera. No hay que encasillarse en la medicina familiar ni tampoco vamos a ir al otro extremo y hacer toda la enseñanza de la medicina en la comunidad. Debemos tener suficiente equilibrio como para decir que este año hacemos esto; luego seguir con la reforma para el próximo año y continuar con las reformas para el futuro. Entonces, mi idea de la sesión de hoy es que se apruebe lo necesario para este año para que se hagan los llamados que permitan dar garantía que se impartirá la enseñanza para el pregrado.

SEÑORA CAVAGNARO.- Con respecto a lo que señala el Dr. Estapé respecto del nombre del Departamento -si se le llama Medicina Familiar y Salud Comunitaria se le va a terminar llamando de Medicina Familiar-, voy a proponer uno diferente: Departamento de Salud Comunitaria y Medicina Familiar. Así, si se va a acortar el nombre, que se tome Salud Comunitaria.

SEÑOR BORDES.- La gente pone el nombre que siente. Aquí se llama Agua Jane al hipoclorito, tomando como genérico el nombre de una marca.

SEÑORA CAVAGNARO.- El nombre no es lo que me preocupa, y es lo que la Comisión trató de definir en el numeral 6).

Con respecto a lo que plantea el Dr. Giambruno y lo que de alguna manera trató de transmitir la Dra. Foren, quería señalar que en un principio en la Comisión pensamos que estableciendo que se acordaba con lo primero y lo segundo quedaba incluido todo lo demás, pero cuando empezamos a ver las preguntas que se hicieron, para evitar suspicacias con respecto a lo que estábamos o no de acuerdo y en cuanto a qué iba primero y qué segundo, escribimos los cuatro objetivos. Debe quedar claro que para la Comisión este Departamento -sea como sea que se llame- tiene que cumplir con esos cuatro objetivos. Creemos que también lo dice el documento, pero para evitar discusiones, están escritos todos, donde se incluye lo planteado por el Dr. Giambruno como parte fundamental.

El CICLIPA 2 todavía no empezó sus cursos porque tienen pocos docentes y porque hay más estudiantes de los que tenían previsto. El problema fundamental, que está bloqueado por la decisión del Claustro, es el desarrollo del Departamento y, fundamentalmente, el llamado a provisión del Grado 5. Se podría hacer mención a ese punto, que me parece importante. Seguir demorando ese llamado hace que el funcionamiento se vaya perdiendo cada vez más y que el proceso se vaya atrasando.



SEÑOR GINÉS.- En el ámbito de ADUR habíamos discutido este documento de la Comisión ad hoc del Consejo. Primero pensamos que había que discutir el documento, y nos enfrascamos en una cantidad de problemas que no terminamos de acomodar. Después nos dimos cuenta de que no se trataba de tratar de buscar soluciones en un proyecto porque es un cambio muy radical. Además, no es sencillo desarrollar esto sin que haya conflictos -en el mejor sentido- que habrá que ir resolviendo. Entonces, partimos de la idea de que es como un embrión, donde se van resolviendo ciertos aspectos. Me parece bien dejarlo abierto de ese modo porque no se podía dar una estructuración completa a un Departamento de estos. Por eso eliminamos palabras como “totalmente”, que impedían las variedades. Estoy de acuerdo con sacar adelante esto.

Con respecto al nombre, diría que, en definitiva, el nombre se lo pone la historia y la tradición, pero cuando se empieza, uno debería incluir en el nombre los objetivos principales. Me parece que no es bueno introducir en el nombre -que debería apuntar a los objetivos, a la utopía de lo que queremos hacer- elementos de conveniencia estratégica porque haya un posgrado. Eso complica; sería demasiado de oportunidad. Habría que pensar en un nombre que tuviera estos aspectos, que apuntara a los objetivos.

Hay un relato muy interesante de Mark Twain, del encuentro de Adán y Eva en el paraíso. Van caminando y Eva le pregunta a Adán: “¿Cómo vamos a llamar a esta catarata?”. “¡Y cómo le vamos a llamar! ¡Del Niágara! ¡Es obvio que son del Niágara!”. En este caso, hay un punto que debería estar presente, que es “salud” y no “medicina”. Soy camisetero de la medicina, pero en este caso, si somos consecuentes, la palabra es “salud”, que incluye lo interdisciplinario por definición, donde nosotros somos un componente. Eso debería quedar claro. Muchos de los aspectos de esa acción tienen que ver con la infraestructura. Entonces, la palabra “salud”, que incluye enfermedad como contradictorio, debería estar presente. La otra palabra es “comunitario”, porque alude a la muy importante participación de la comunidad en ese proyecto, que es un poco distinto a los enfoques terapéuticos en otros niveles. Yo me quedaría conforme con que estuvieran esas dos palabras: salud y comunidad.

Lo demás me parece restrictivo. Muchas veces se dice “vamos a la comunidad”, pero la comunidad está organizada en otras cosas tan importantes como la familia, también. Entonces, no creo que haya que arrastrar el nombre por la existencia de un posgrado, sino señalar dos aspectos centrales: la idea de salud y el escenario, que es el comunitario, de participación.

SEÑOR PRESIDENTE.- Lo que están muy bien descritos en este informe son los objetivos generales, y creo que para definir el nombre hay que tener en cuenta esto. Independientemente de los conceptos genéricos que se han expresado aquí, que son muy respetables, también están referidos a algunas cosas que en el nombre deberían verse reflejados. La Comisión puso ese nombre porque describe los objetivos. Entonces, me afilio a este nombre, con alguna ligera modificación, teniendo en cuenta los aspectos que se han señalado aquí.

SEÑORA CANDREVA.- Creo que el nombre más apropiado es el que propuso la Dra. Cavagnaro.

SEÑOR PRESIDENTE.- Estuve viendo los lineamientos generales que aprobamos en el Claustro anterior. Este trabajo está dentro de los lineamientos generales, puesto que habíamos planteado que la primera etapa implicaría la introducción de modificación gradual del Plan 68 dentro del marco de vigencia del mismo. Nosotros estamos proponiendo seguir adelante. En la segunda parte decía que implicaría un cambio de plan a partir de la experiencia generada. Creo que estamos siguiendo los lineamientos generales.

Cuando en este documento se hace referencia a una inserción más temprana, creo que habría que agregar “así como los tiempos de pasantía curricular de los estudiantes”. Habría que especificar más esto porque cuando discutíamos este tema al tratar los

lineamientos, veíamos que si no hay una resolución expresa del tiempo que los estudiantes van a estar en la comunidad, esto va a seguir siendo la enseñanza hospitalaria con un apéndice en la comunidad. Habrá que tener una definición: un tercio, dos tercios o la mitad del tiempo curricular de la carrera se va a hacer en la comunidad. Eso implica una definición. Quienes van a empujar esto van a ser los docentes y los estudiantes. En los lineamientos generales se tienen muy en cuenta estos factores, pero que se lleven adelante depende de los estudiantes y los docentes. Si el estudiante está como elemento periférico que va de vez en cuando, no se van a dar estas cosas. Si el estudiante destina un tiempo curricular importante en la comunidad y doctrinariamente creemos que para cambiar la formación del médico que queremos -está dicho en la resolución de 1995- el estudiante tiene que ir más horas a la comunidad, los planes de estudio tienen que contemplar esto e introducir este trabajo dentro de la comunidad.

SEÑOR BORDES.- Quizá los tiempos habría que establecerlos en el plan de estudios.

SEÑOR DI GÉNOVA.- Pienso que hay que fijarlos en la etapa siguiente.

SEÑOR ROMERO.- En los ámbitos de discusión de AEM se ha planteado el acuerdo con lo propuesto por la Comisión del Consejo. De todos modos, quisiera hacer algunas consideraciones sobre el nombre de la especialidad Medicina Familiar. Sería interesante discutir este tema, aunque quizá no sea el momento.

Si pensamos en la concepción de la atención del individuo ubicado en su familia y en su comunidad y con la integración del concepto bio-psico-social, debería llamarse Medicina General Integral. En caso de que se piense que es una especialidad -esto puede llevar una discusión-, es una especialidad de la generalidad, cosa que lo hace bastante peculiar con respecto a las otras. Además, si se quiere aplicar la estrategia de la atención primaria de salud, el médico de familia o médico general integral es el líder de esa estrategia; es algo así como el N° 10 de un equipo de fútbol. Hay que tenerlo en cuenta.

Más allá de que ahora no importe el nombre -en este momento lo importante es el desafío de continuar trabajando en la Comisión para seguir adelante-, lo que se propone es seguir manteniendo lo que hay, que es una visión curativa de la medicina, que no es lo que nos interesa a los estudiantes. Es un tema bastante interesante, que quizás ahora no sea el momento de discutirlo, pero que hay que tenerlo en cuenta.

SEÑORA FOREN.- Me parece que el informe del Claustro debería empezar diciendo lo siguiente: *“La Asamblea del Claustro se encuentra en etapa de elaboración y discusión de nuevas propuestas para el programa del pregrado y la implementación de las mismas, habiendo resuelto que el proceso de enseñanza-aprendizaje en el ámbito comunitario debe priorizarse, ser continuo desde el inicio y a lo largo de toda la carrera. Apoyamos esto en que estamos convencidos de que debe existir un primer nivel de atención sólido, fuerte, estable, y que sea la entrada a un sistema de salud, lo que implica un cambio en la medicina del país. Paralelamente a este trabajo que venía haciendo la Asamblea del Claustro, recibimos un informe de una Comisión ad hoc a propósito del Departamento de Docencia en Comunidad. Acordamos en lo planteado dada la premura de resolver este tema y que se sigan dando los cursos, pero creemos [...]”*, y después se incluiría el resto del informe que fue leído anteriormente.

SEÑORA CAVAGNARO.- Habría que sacar el punto 4).

SEÑOR ESTAPÉ.- Después de lo que acaba de proponer la Dra. Foren viene el numeral 1) y luego el 2), que detalla los objetivos.

SEÑORA CAVAGNARO.- Propongo que el punto 4) quede redactado de la siguiente manera: *“4) Acordar con los objetivos específicos planteados en el documento de referencia. En relación al punto ‘Formación de Pregrados’, en el punto 2, ‘Implementar*



las actividades previstas en el programa de pregrado aprobado por la Facultad de Medicina en 1999', queremos mencionar que el Claustro está elaborando nuevas propuestas para el programa de pregrado". Lo demás ya está dicho.

Leímos todas las preguntas que llegaron del Consejo, pero sólo dimos respuesta explícita a las primeras, hasta los objetivos porque después vimos que las demás preguntas tenían que ver con lo que establece el documento en más detalle y no era necesario seguir explicando uno por uno si quedaba claro que apoyábamos el documento. Fueron discutidas en la Comisión y llegamos a la conclusión de que no era necesario explicitarlas.

SEÑORA CANDREVA.- Como estamos aprobando el documento, aprobamos todo. No nos expedimos punto a punto.

SEÑORA FOREN.- Leo la propuesta: "*La Asamblea del Claustro se encuentra en etapa de elaboración y discusión de nuevas propuestas para el programa del pregrado y la implementación de las mismas, habiendo resuelto que el proceso de enseñanza-aprendizaje en el ámbito comunitario debe priorizarse, ser continuo desde el inicio y a lo largo de toda la carrera. Se define un cambio en la formación del pregrado, convencidos de la importancia de implementar a nivel nacional un primer nivel de atención sólido, estable, y con integración interdisciplinaria accesible y con equidad, y que sea la entrada real de la población al sistema de salud*".

SEÑORA CAVAGNARO.- Luego seguiría: "*La Asamblea del Claustro, luego de haber considerado el informe realizado por la Comisión ad hoc designada para el estudio de la reestructura del Departamento de Docencia en Comunidad y teniendo en cuenta el informe elaborado anteriormente por la Comisión de Plan de Estudios del Claustro en relación con el mismo tema, propone:*

1) *Acordar con el planteo realizado por la Comisión Ad-Hoc en los aspectos doctrinarios de consenso.*

2) *Acordar con el informe en mayoría de dicha Comisión, en el sentido de que es prioritaria la consolidación de un Departamento de Medicina Familiar y Salud Comunitaria con docentes y equipos estables en cada uno de los centros de trabajo (la estabilidad de los equipos no se puede lograr si la mayoría de los docentes G° II y III son 'pasantes'). Este planteo está de acuerdo con lo ya expuesto por el Claustro con respecto a la necesidad de aumentar los recursos docentes en Comunidad, así como los tiempos de pasantía curricular de los estudiantes.*

3) *Con respecto a los objetivos generales planteados en el informe, creemos que este Departamento debe cumplir con todos los siguientes objetivos:*

- *Tener a su cargo la enseñanza clínica extrahospitalaria del pregrado, contribuyendo a lograr el perfil del egresado definido por la Facultad de Medicina en 1995;*

- *Ser el ámbito para el desarrollo de la docencia, asistencia, investigación y extensión en Medicina Familiar y Comunitaria y en Salud Comunitaria;*".

SEÑOR DI GÉNOVA.- Ese título no ha sido acordado; por lo menos está con signos de interrogación.

SEÑOR BORDES.- La propuesta establece: "[...] *el ámbito para el desarrollo de la docencia, asistencia, investigación y extensión en Medicina Familiar y Comunitaria*" -así se llama el posgrado- "*y en Salud Comunitaria*", que es lo que se propone. El posgrado se llama de Medicina Familiar y Comunitaria.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quiere decir que tiene un ámbito de acción mayor.

SEÑORA CAVAGNARO.- Continúo: "• *A nivel de posgrado, participar en la formación de otros especialistas además del específico de cuya formación se hace cargo actualmente;*

- *Ser el ámbito para la integración de las diferentes disciplinas que confluyen en el 1er. nivel de atención, afianzando un modelo de trabajo interdisciplinario dirigido a la comunidad.*

4) *Acordar con los objetivos específicos planteados en el documento de referencia. En relación al punto 'Formación de Pregrados', en el punto 2, 'Implementar las actividades previstas en el programa de pregrado aprobado por la Facultad de Medicina en 1999', queremos mencionar que el Claustro está elaborando nuevas propuestas para el programa de pregrado''.*

SEÑOR ESTAPÉ.- Creo que habría que eliminar todo lo que sigue a "1999".

SEÑORA CAVAGNARO.- En los objetivos específicos que están escritos en el documento se hace mención a lo aprobado por el Consejo en 1999, que incluye solamente CICLIPA 2 y Materno-Infantil. Nosotros queríamos mencionar en este punto que estábamos elaborando propuestas que incluyen la docencia en todos los cursos. Por eso aquí habría que dejar dicho algo, o suprimir todo.

SEÑORA CANDREVA.- Ayer lo discutimos y queda mejor dejarlo dicho porque de lo contrario parece que sólo vamos a hacer lo de 1999.

SEÑOR ESTAPÉ.- El encabezamiento es muy claro, y allí estamos priorizando que estamos haciendo otra cosa, pero que analizamos esto y lo aprobamos porque el Consejo lo pide como urgencia. Ya en la primera parte ponemos qué es lo que el Claustro considera prioritario.

SEÑORA CAVAGNARO.- Entonces quedaría de la siguiente manera: "4) *Acordar con los objetivos específicos planteados en el documento de referencia''.*

SEÑORA CANDREVA.- Sugiero agregar: "por las consideraciones arriba explicitadas".

SEÑORA CAVAGNARO.- Si ya están, no es necesario decir más nada.

SEÑORA BETANCOR.- La otra posibilidad es suprimir todo el punto 4).

(Apoyados)

SEÑORA CAVAGNARO.- Entonces, lo eliminamos. Quedaría el punto 5): *La Asamblea del Claustro considera que existiendo una dotación docente estable funcionando en cada uno de los lugares de inserción del Departamento, es posible y fundamental agregar la pasantía de los docentes (G° II) de las Clínicas de Pediatría y Ginecología (ya definidas, planteadas en el documento y que se realizan en la actualidad), y de otras disciplinas que es imprescindible integrar en el primer nivel de atención tales como: Medicina Interna, Medicina Preventiva y Social y las correspondientes al área de la salud mental (Psiquiatría, Psiquiatría Pediátrica y Psicología Médica).*

Consideramos la posibilidad de que exista algún tipo de pasantía de los docentes de otras especialidades tales como Cirugía, Dermatología, Nefrología, Reumatología, Cardiología, Geriatria, Gastroenterología, Neumología, Oftalmología, ORL, Urología, Endocrinología, Neurología y otras. Se entiende esto como un hecho altamente beneficioso para la formación de los propios docentes que podrían tener otro ámbito para estar en contacto con las enfermedades más frecuentes de su especialidad y con las diferentes formas de promoción y prevención de las mismas, aportando a la formación de los demás docentes y de los estudiantes. Por último, y no menos importante, se entiende que sería de gran beneficio para la propia comunidad, facilitando el acceso de la misma a dichas especialidades.

El punto 6) no lo pondríamos. Otra alternativa es que se ponga como lo señaló el Dr. Ginés.



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA**

13

SEÑOR ROMERO.- Quería señalar que en los ámbitos de discusión de la AEM llegamos a un acuerdo en todos los puntos, salvo en el referido a las especialidades, por lo que vamos a abstenernos de votarlo.

SEÑORA ALBERTI.- Me parece que no hay apuro en discutir el nombre del Departamento. La prioridad es discutir lo que nos pide el Consejo para que empiece a funcionar el curso, pero el nombre no importa.

SEÑOR GINÉS.- El Departamento ya tiene un nombre; en realidad sería un cambio de nombre.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se va a votar el proyecto de resolución en general.

(Se vota)

—26 en 27: AFIRMATIVA.

Queda constancia de que la delegación estudiantil se abstiene en lo que refiere al punto 4) por no haber llegado aún a un consenso a nivel interno.

SEÑOR GIAMBRUNO.- Dejo constancia de que voté negativamente por este concepto amplio de un Departamento cuyo nombre entiendo es importante porque es abarcativo, porque va a ser interdisciplinario y me gustaría que fuera de Salud Comunitaria. Por eso mismo es que concuerdo con el punto 4). Tengo discrepancias en aspectos doctrinarios de alguna parte del informe en mayoría, y como ya lo señalé en otras sesiones de la Asamblea del Claustro, me parece que tiene importancia el perfil de la especialidad que explicaba el Prof. Bermúdez, no en lo numérico sino en lo cualitativo.

SEÑOR BORDES.- Se dejó constancia de que la delegación estudiantil se abstuvo de votar el punto 4) por no haber llegado aún a un consenso, pero quiero señalar que no por eso lo votó en contra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se levanta la sesión.

(Es la hora 14 y 27)