



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA

1

**ASAMBLEA DEL CLAUSTRO
FACULTAD DE MEDICINA**

Sesión del día 24 de mayo de 2007

ACTA N° 31

ASISTEN: **Por el orden docente:** Marta ALBERTI, Ema C. CANDREVA, Nora FERNÁNDEZ, Ana María GARCÍA, Carlos DUFRECHOU POGGI, Carlos KETZOIAN y Julio VIGNOLO BALLESTEROS.
Por el orden de egresados: Oscar CHAVARRIA VARELA, Silvio RÍOS FERREIRA, Myrtha FOREN LOTUFFO y Luis CARBAJAL ARRIAGA.
Por el orden estudiantil: Soledad OLIVERA, Gonzalo FERREIRA, Leonardo POLAKOF, Martín BIASOTTI, Valeria TOLOSA, Paula FERNÁNDEZ, Natalia PÉREZ, Eduardo GUIMARAENS y Leticia LASSUS.

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

(Es la hora 13 y 30)

Asuntos Previos

—La doctora Ceretti se comunicó conmigo para decirme que había estado conversando con la licenciada Mercedes Collazo, que coordina la subcomisión de flexibilidad y articulación curricular. La licenciada Collazo planteó si el Claustro la podía recibir, así como también al doctor Luis Calegari y al Asistente Académico Federico Ferrando, quienes están trabajando en el proyecto del ciclo inicial en el área de la salud. Le dije que lo iba a comunicar al Claustro. Ella propuso que vinieran al plenario pero mi idea es que deberían ser recibidos por la Comisión de Plan de Estudios, porque se trata de insumos técnicos que va a brindar gente que está trabajando a nivel central en estos temas.

SEÑOR CHAVARRÍA (Eg.).- Me parece que lo que plantea la señora Presidenta en cuanto a que sean recibidos por la Comisión de Plan de Estudios es lo más adecuado. Luego esta podrá comunicar al Claustro el resumen de dicha reunión.

SEÑOR CARBAJAL (Eg.).- Creo que lo mejor sería posponer este punto para el final de la sesión para poder discutirlo en el marco de todo lo que tenemos por delante.

(Apoyados)

Informe de avance de la Comisión de Plan de Estudios

SEÑOR KETZOIÁN (Doc.).- Nos reunimos hoy con los compañeros de la Comisión de Plan de Estudios para discutir algunos aspectos, con el objetivo de planificar lo que tenemos por delante en base a una etapa que estaríamos aprobando en estos días.

El lunes de la semana pasada hubo una asamblea docente donde se discutió la continuación y profundización del proceso que llevará a tener un nuevo Plan de Estudios. Lo que los docentes discutimos y aprobamos en dicha asamblea está en una resolución a la que todavía hay que hacer algunas mejoras, no de fondo sino de expresión. Por lo tanto, lo

que voy a decir no es oficial. De todas maneras, la asamblea del 14 de mayo resolvió tomar como base para el trabajo inmediato el esquema presentado por el Claustro, e incorporó ocho observaciones que tienen que ver con aspectos puntuales que ya se estaban trabajando en la Comisión de Plan de Estudios, que no significan un obstáculo.

La asamblea pide que se definan dentro de cada uno de los ciclos los módulos y objetivos concretos. Eso es algo que teníamos pensado trabajar de aquí en adelante. Se plantea que se defina en qué parte del ciclo se va a hacer la docencia de la semiología en el enfermo. También se pide que se incorpore la enseñanza de la metodología a lo largo de toda la carrera. Eso era algo que los estudiantes ya habían planteado y se había discutido. Hay que aclarar que esto no es un cuestionamiento a la existencia de los dos ciclos de metodología sino una solicitud expresa para que la docencia de metodología se haga a lo largo de los diferentes ciclos.

También fue preocupación de la asamblea definir cómo se haría el tránsito horizontal entre las diferentes carreras. Esto tiene que ver con la flexibilización curricular y el tránsito horizontal, que se está discutiendo también a nivel del Consejo Directivo Central. Asimismo, se pidió que se tuviera en cuenta la forma de flexibilizar la carrera en forma vertical. Se pide que el Claustro analice las posibilidades de introducir materias optativas, tema que también habían planteado los estudiantes. Luego se vieron cuestiones relacionadas con terminología, como APS y primer nivel de atención, que se plantea en el esquema. Por último, se solicitó que se revisaran las competencias y objetivos del título intermedio de promotor en salud, pero sin cuestionarlo. Incluso en la asamblea hubo intervenciones planteando que ese era un título perfectamente factible, pero se solicitó que se definieran mejor sus objetivos y competencias. Son todos aspectos sobre los que ya veníamos trabajando en la Comisión. Esto es solamente un llamado de atención sobre lo que consideró la asamblea. El esquema fue aprobado por amplia mayoría y solamente hubo dos abstenciones.

En el Orden Docente estamos comprometidos a seguir el proceso teniendo en consideración las observaciones que realizó la asamblea, que no entran en contradicción con lo que ya se viene trabajando.

SEÑORA LASSUS (Est.).- Lo que planteamos en la Comisión de Plan de Estudios fue la elaboración de un plan para agilizar los temas. Ahora hay que trabajar en dos asuntos: las competencias y objetivos de cada ciclo, incluyendo el perfil del título intermedio, y por otro lado la creditización y la flexibilización. Consideramos que lo mejor será trabajar ambos temas en paralelo y se planteó formar dos grupos de trabajo, aunque eso no quiere decir que quien quiera participar de los dos no lo pueda hacer. Actualmente nos estamos reuniendo los martes y los jueves. Quizá podríamos dedicar el martes a los créditos y la flexibilización y los jueves a las competencias y objetivos. Sabemos que no nos queda demasiado tiempo.

SEÑOR RÍOS (Eg.).- La resolución de la asamblea docente es un avance muy importante y nos posibilita seguir por este camino para definir algunos aspectos que se solicitó fueran estudiados. No quiero entrometerme en la vida de otro Orden pero me gustaría saber si se logró convocar al núcleo de docentes que ha realizado manifestaciones externas en la prensa sobre su preocupación por el tema Plan de Estudios, pero sin participar en los ámbitos que hemos creado, o si estos continúan por fuera.

SEÑOR KETZOIÁN (Doc.).- Algunos de esos compañeros estuvieron presentes y otros no. De todas maneras, coincido con el doctor Ríos en relación a la importancia de lo



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA**

3

resuelto por la asamblea, como también lo es la resolución de la asamblea de los estudiantes que ya fue tratada en la sesión anterior. Esto nos habilita a seguir trabajando con mayor tranquilidad, ya que sabemos que los tres Órdenes estamos en el mismo cauce.

En la asamblea hubo opiniones de resistencia, de compañeros que tenían dudas sobre cómo se iba a ejecutar este Plan de Estudios. No es fácil para alguien que no participó de todo el proceso de discusión imaginarse cómo este esquema se va a plasmar en la realidad. Hay dudas que deberán ser evacuadas en la medida que vayamos profundizando el proceso. Aunque en la asamblea intentamos aclarar todo lo que estuviera a nuestro alcance, dejamos claro que había aspectos que no podían ser respondidos porque no estaban definidos e implicaban un trabajo de aquí hacia delante. Las expresiones de discordancia se hicieron sentir en la asamblea pero el resultado final fue que los compañeros estuvimos de acuerdo con el esquema. Fue un pedido expreso de los docentes claustristas, ya que necesitábamos una definición de la asamblea para poder seguir avanzando.

SEÑORA CANDREVA (Doc.).- Lamentablemente no pude venir a la reunión de la Comisión de Plan de Estudios. Sin embargo, pienso que antes de dividirnos para trabajar en temas particulares deberíamos hacer una reunión para ponernos de acuerdo en puntos que no están plasmados en el esquema. Por ejemplo, entendí que había mayoría en la Comisión para dividir la metodología científica en ciclos de tres meses cada uno. Eso no figura en el esquema. Hay que discutir si esos ciclos van a ser de tres meses o de seis, como está puesto aquí.

En la asamblea de ADUR se habló mucho acerca de las características sumarias. Sin embargo, algunas de ellas tampoco representan los consensos que hubo en la Comisión. Se dijo que las características sumarias no contribuían a aclarar sino que oscurecían más el esquema.

Hay otros puntos que no fueron incluidos, como el de llamar al primer ciclo "Medicina Preventiva". Se pidió que se cambiara el nombre, pero no está puesto porque faltan algunos puntos. También se planteó en la asamblea que los miembros docentes de la Comisión observaran el resultado de las jornadas de setiembre de 2006.

SEÑOR VIGNOLO (Doc.).- En la Comisión se planteó invitar al profesor Calegari, Rector de Enseñanza, que realizó aportes muy interesantes, sobre todo con respecto a la flexibilización y tiene un cuerpo técnico que nos puede dar una mano en el tema. También quiero proponer que se invite a la Comisión a algunos docentes que pueden ser clave en el proceso que nos queda por delante.

Los tres Órdenes están de acuerdo filosóficamente con el esquema. Sería bueno invitar a algunos docentes de las materias básicas para que participaran en el trabajo. En este momento sería algo estratégico, naturalmente fijando fechas, porque no podemos estar eternamente con esto.

SEÑORA CANDREVA (Doc.).- Estoy de acuerdo con lo que plantea el doctor Vignolo pero quiero solicitar al Claustro que se cite a más docentes para trabajar en la Comisión de Plan de Estudios. Muchas veces no podemos venir todos y creo que el grupo de docentes se debilitó un poco. Es necesaria la unión del Orden en el trabajo de la Comisión.

SEÑOR KETZOIÁN (Doc.).- La gente que está en las clínicas podría brindar un aporte importante en la definición de los contenidos.

SEÑOR CHAVARRÍA (Eg.).- Me congratulo de que los docentes hayan tomado esta resolución, porque pasamos de una etapa de confrontación a una de conciliación. Felicito a

los integrantes del Claustro y a los docentes por haber tomado esa decisión que considero extraordinariamente importante. Hay una serie de problemas, que no son mayores, que deben ser resueltos por la Comisión para traer al Claustro un esquema definitivo que permita salir de una vez de este tema que nos lleva tantos años. Entiendo lo que planteó la compañera Lassus sobre los dos aspectos importantes que debemos resolver, pero antes deberíamos solucionar los planteos del Orden Docente, que son prioritarios, para así transitar por un camino de conciliación de todas las partes, egresados, estudiantes y docentes, que todos queremos tanto en el Claustro como en la Comisión de Plan de Estudios. Esta debe ser una primera opción de todos los integrantes de la Comisión.

SEÑOR CARBAJAL (Eg.)- Adhiero a lo que planteó el doctor Chavarría con respecto a la congratulación por los progresos habidos en el Orden Docente. Leo la resolución de la asamblea como un impulso y un desafío para continuar y completar el trabajo. Hay muchas cosas que sabemos están pendientes. Hasta hace poco la situación en que estábamos me perturbaba y ahora me dejó de perturbar, no sé por qué mecanismo psicológico. No tenemos nada aprobado, pero yo estoy tranquilo. Tenemos el compromiso de seguir trabajando este tema.

Sí creo que deberíamos cambiar la dirección del asunto. Tenemos este esquema como algo flotante, vagaroso, porque no está aprobado. Sin embargo, en la medida que trabajemos los créditos y las competencias vamos a volver sobre este esquema y trataremos de precisar los temas pendientes. Por ejemplo, si en los créditos de cada ciclo voy a reservar un margen para la investigación, lo que estoy haciendo de hecho es contemplar la recomendación de que hay que investigar en todos los ciclos. Algunas de las inquietudes planteadas se van a responder en la medida que progreseemos.

No me parece prudente reeditar toda la discusión en este estado en el que estamos con los básicos, con los clínicos o con quien sea. Hubo dos reuniones de la Comisión de Plan de Estudios con sendos grupos de docentes. De ahí surgieron cosas muy positivas que nos animaron a introducir cambios, pero también hubo otras que planteaban para qué cambiar el Plan de Estudios o que la integración básico-clínica era imposible. No podemos correr el riesgo de volver a discutir en la Comisión si es o no acertado un cambio curricular, porque sería algo inconducente. Lo mismo ocurre con la integración básico-clínica, que ha sido algo proclamado por los Claustros anteriores y por los que vendrán. Me costaría trabajo ponerme a discutir de esas cosas en términos de la Asamblea del Claustro. Podemos discutir las en otros ámbitos.

Cuando termine junio estaremos en la mitad del año, por lo que en ese momento deberíamos tener el Plan aprobado, encarnado en algún documento escrito. En junio vamos a tener ocho reuniones que deberían ser de la Comisión ampliada. El núcleo se reuniría los martes y los jueves, con integrantes del Claustro o invitados que participen y amplíen las bases de la discusión. Los martes se podría discutir las competencias y los jueves los créditos, o viceversa, pero tener un esquema de trabajo flexible.

SEÑORA LASSUS (Est.)- Estoy de acuerdo con el profesor Carbajal. Puede ser que cuando trabajemos en las competencias o en los créditos surjan otros temas, y va a ser más fácil distribuir los tiempos de cada ciclo. Nos va a facilitar el intercambio de tiempo cuando ya tengamos construidas las competencias y los créditos.

Entiendo que haya cosas que quedaron en el tintero, pero eso no nos puede quitar la posibilidad de empezar a trabajar en esto, porque de lo contrario nos vamos a atrasar. El Claustro puede hacer nuevamente una invitación abierta. A mí me gustaría invitar a



determinados estudiantes que están formados en ciertos temas o a otros que, aunque no estén formados específicamente, les interesa trabajar en esto.

SEÑOR DUFRECHOU (Doc.).- En primer lugar, hemos llegado a una etapa en la que se ha logrado cierto consenso acerca de un esquema acordado por todos. La próxima etapa sería definir más claramente los objetivos, tal como lo solicita la asamblea docente. Ese es un paso fundamental, sin el cual no se podrá avanzar en los créditos y en la flexibilización porque los créditos serán para llenar los objetivos del ciclo. El orden natural, una vez aprobado el esquema, es llenarlo de contenido y objetivos para luego definir las competencias.

En la asamblea docente hubo exposiciones muy interesantes, casi todas sobre generalidades en el abordaje de los temas. La única mención específica fue la referida a la enseñanza de la clínica semiológica. No sé si por deformación o porque veo las cosas como naturalmente tienen que ser, creo que el objetivo de la formación de un médico es darle la mayor cantidad de conocimientos clínicos para desempeñarse en su tarea habitual. Sospecho que algunos compañeros vieron que este esquema debilitaba la formación clínica de los estudiantes al final de su carrera, formación que se ha venido deteriorando progresivamente en los últimos lustros. Parecería que este esquema tiende a deteriorarla aun más. Eso fue explicitado en reiteradas ocasiones en el Claustro, manifestando que la formación clínica no estaba reservada específicamente a los objetivos que se mencionaban sino que pesaba desde el comienzo de la carrera con acceso a los problemas de ese tipo a través de distintos mecanismos que había que instrumentar. El problema es que no aparece definido -quizá porque sea parte de la etapa que debemos empezar a transitar- cómo se va a enseñar la clínica semiológica. Vemos con preocupación que no se contempló cómo aprenden los estudiantes la semiología del hombre enfermo, que para mí es la única que existe. No existe la semiología del hombre sano. ¿Cómo va a lograr el estudiante esos conocimientos si no se recurre a ámbitos hospitalarios?

Si tuviéramos una infraestructura capaz de captar una enorme cantidad de pacientes, con ámbitos donde se los pudiera ubicar, sería estupendo enseñar la semiología del hombre enfermo en la periferia. Sin embargo, con las herramientas y proyecciones de futuro próximo que tenemos la semiología del hombre enfermo se va a tener que enseñar en los ámbitos hospitalarios. De alguna manera, eso no estaba reflejado en el período inicial de la carrera para que cuando el estudiante abordara la patología del niño y del adulto mayor, así como la clínica médica y la quirúrgica, tuviera un *background* de conocimientos que lo habilitara a progresar en ese sentido. Esa fue una de las inquietudes que se volcaron en la asamblea y que la Comisión deberá considerar para introducir ese aspecto especial y ver cómo lo resolverá.

SEÑORA CANDREVA (Doc.).- Cuando digo que la Comisión de Plan de Estudios tiene que reunirse en conjunto para contemplar las resoluciones de ADUR no me refiero a que debamos discutir todo de nuevo. Precisamente, los argumentos que planteó el doctor Carbajal fueron los que manejamos los docentes claustristas para sacar esta resolución en ADUR. No vamos a volver a discutir si es necesaria o no la integración básico-clínica o que el estudiante vaya a la comunidad desde el comienzo de la carrera, pero sigo insistiendo en que es necesario que queden claros los consensos de la Comisión, y que cada semana o cada quince días se modifique el esquema en base a esos consensos.

De lo contrario, estamos con un esquema que es siempre el mismo. Hay que agregarle las diferentes inquietudes, siempre que logren la mayoría, como las que plantearon los docentes. Se discutió muchísimo y yo sigo teniendo prácticamente el mismo esquema que tenía cuando comenzó a funcionar la Comisión de Plan de Estudios de este último Claustro.

SEÑORA FOREN (Eg.)- Estoy totalmente de acuerdo con lo que planteó el doctor Chavarría y en parte con lo que dijo la profesora Candreva. Debemos aprobar primero el contexto general en breve tiempo, para luego trabajar en las competencias y la flexibilidad. Es necesario lograr un producto, porque si no vamos a seguir volando. En dos reuniones de la Comisión de Plan de Estudios, con los integrantes que hemos venido trabajando en el tema, deberemos ajustar el esquema a los aportes de los docentes para traerlo luego al plenario y que se vote.

Por otra parte, la semiología del enfermo se puede aprender perfectamente en el primer nivel. No tienen por qué ir al ámbito hospitalario. Vengo ahora de una policlínica de primer nivel donde pude ver una apendicitis aguda en una adolescente de veinte años, con un cuadro clínico típico. Si hubiera un estudiante con un docente, perfectamente podría aprender toda la semiología clínica. La Comisión de Estructura Docente tiene que seguir trabajando a la par con esto para lograr las modificaciones necesarias para implementar el Plan. Sé que tenemos carencias enormes en la parte de reivindicaciones docentes, pero si no hay una redistribución de los docentes que tenemos ahora va a ser imposible ingresar a los estudiantes en los centros de primer nivel. Centros de primer nivel hay. Lo que no tenemos son docentes. Este es un tema que la Comisión de Estructura Docente deberá trabajar en paralelo.

SEÑOR DUFRECHOU (Doc.)- Estoy de acuerdo en que se puede aprender semiología en el primer nivel. La pueden aprender uno o dos estudiantes, pero yo estoy pensando en los quinientos o seiscientos que tenemos nosotros, a los que debemos enseñar con sesenta individuos con distinto tipo de patologías. Ahí existen dificultades para lograr que el estudiante tenga contacto directo con el paciente y no veo cómo se va a poder resolver eso con las policlínicas que tenemos. No conocemos todas las policlínicas en las que se hace docencia, pero en la mayoría de ellas no se puede enseñar semiología porque no hay material clínico para eso. Nuestros estudiantes nos dicen que van dos veces por semana a la comunidad y ven a dos o tres enfermos. Así es imposible que en un semestre los estudiantes puedan acceder a interrogar pacientes con insuficiencia cardíaca, síndrome coronario, etc.

Por eso, sin obstaculizar lo que para mí es un progreso importante, esto es, que el estudiante vea al enfermo en la periferia, no veo cómo se podría dar el aprendizaje de la semiología clínica fuera del ámbito hospitalario. También está el contacto con los exámenes complementarios, como una placa de tórax o una ecografía de abdomen, que son herramientas fundamentales de la semiología del hombre enfermo. Hay que insertar al estudiante tempranamente en la comunidad pero también en un hospital, para darle todos los conocimientos.

SEÑORA FOREN (Eg.)- El estudiante debe hacer su pasantía por los tres niveles de atención. Eso es indiscutible. Dentro de toda la enseñanza hay que priorizar el primer nivel porque es donde uno ve a la mayoría de los enfermos, aunque eso no se puede hacer en desmedro de la práctica en el segundo y en el tercer nivel. Hay herramientas en el primer nivel, ya que muchos pacientes se resuelven allí y no se precisa una ecografía. Se le pide al paciente la paraclínica, se le controla la presión arterial, se le hace un electrocardiograma, etc.

El problema es que los médicos que trabajan en el primer nivel no tienen un aporte docente de la Facultad. Ahí está la dificultad. Pero el estudiante va a aprender allí la mayoría de las patologías que se ven en el primer nivel, lo que no va en desmedro de que aprenda también las patologías del hospital. Lo que pasa es que hasta ahora veían solo las del hospital.



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA**

7

Tengo estudiantes que van a la comunidad, dos días con el grupo del Departamento de Docencia en Comunidad y un día con nosotros, que no somos docentes. Sin embargo, en las evaluaciones se ve que aprenden mucho más con los médicos no docentes porque tienen más contacto con el paciente, ya que hay dos estudiantes por enfermo. De esa manera palpan abdómenes, auscultan, hacen semiología, pierden el miedo a interrogar, aprenden la relación médico paciente y los aspectos relacionados con la ética y la bioética. ¿Cómo van a aprender bioética si a veces hay quince estudiantes para un paciente? Ya eso es antiético. El hecho de tener capacidad docente en el primer nivel es el aspecto álgido de este Plan de Estudios.

SEÑOR POLAKOF (Est.).- Estoy de acuerdo con lo que plantea el doctor Carbajal. La estructura en sí está armada pero estaría bueno pensar cómo se va a estructurar el ciclo de metodología científica en cuanto a los tiempos. Si no sabemos qué es lo que va a aprender el estudiante en ese ciclo, tampoco podremos determinar cuánto va a durar. O quizá para aprender metodología científica se necesiten otros elementos que se dejaron de enseñar en otras instancias. Me gustaría que la Comisión discutiera esas cosas antes de decidir cuánto se va a acortar o a alargar cada ciclo. Quizá armemos un esquema muy bonito y en tres meses tengamos algo como las seis semanas que tengo ahora de parasitología y virología, en las que no estoy aprendiendo nada.

Estoy de acuerdo con el doctor Dufrechou en que si todos los estudiantes fuéramos hoy a la comunidad sería imposible trabajar, porque no hay infraestructura. La Facultad de Medicina no ha hecho los contactos como para poder meter a los estudiantes en las policlínicas de la Intendencia, del Ministerio de Salud Pública, del CASMU, etc. Nosotros, como Comisión de Estructura Docente, debemos empezar a trabajar esas cosas, adónde se van a destinar los docentes y cómo vamos a empezar a relacionarnos con el Ministerio de Salud Pública, con la Intendencia Municipal de Montevideo o con las Intendencias de Canelones o de San José, que son las más cercanas, para poder ir un poco hacia el interior. Debemos pensar una estructura docente descentralizada de los hospitales y de la Facultad.

SEÑOR KETZOIÁN (Doc.).- Una de las críticas fuertes que se hacen al Plan actual es que el contacto que tiene el estudiante con los pacientes es tardío, y uno de los objetivos es adelantar eso. Aparentemente había acuerdo entre los distintos Órdenes como para que así ocurriera. Me había imaginado que esa participación del estudiante en la tarea de comunidad, no en el primer ciclo sino en el segundo, tenía que ver con desarrollar los instrumentos exploratorios relacionados con la anamnesis y la exploración física de los pacientes. Eso se haría paralelamente, mientras en el aula desarrolla conocimientos básicos en relación a los diferentes aparatos y sistemas. Por ejemplo, lo imaginaba viendo fisiología nerviosa y aprendiendo a tomar reflejos, aprendiendo a auscultar a un paciente y viendo anatomía y fisiología cardiovascular.

Coincido con la doctora Foren en que no necesariamente ese aprendizaje tiene que ser en el hospital sino que se puede hacer en el primer nivel. Ahí es fundamental que la Facultad de Medicina defina los recursos humanos docentes que van a realizar esa tarea. Sería bueno que discutiéramos con los profesores de clínica médica, con quienes vamos a interactuar, para ver cómo lograr algo en este sentido.

Si vamos a esperar que el estudiante ingrese al hospital para que vea al paciente, va a ser muy tarde y cometeremos el mismo error que se le achaca al Plan actual.

Coincido con la preocupación que tienen los docentes de las clínicas médicas en cuanto a cómo se va a hacer esta docencia, quién la va a hacer y en qué ámbito físico tendrá lugar. Quizá estos sean temas que deberemos retomar en la Comisión para elaborar una propuesta concreta. Lo mismo podríamos decir respecto a otros puntos oscuros como el de la metodología, ya que no hay una experiencia de docencia en esa materia en el pregrado.

Ahí estamos en una etapa peor porque habrá que definir objetivos y ver qué se va a hacer. Es por eso que debemos integrar a la gente que va a hacer la docencia. Coincidió plenamente con que este Plan de Estudios va a funcionar en la medida en que los docentes que van a trabajar lo hayan asumido, criticado, digerido y le den su aval final. De lo contrario, vamos a aprobar cosas teóricamente excelentes pero luego tendremos dificultades en su ejecución porque no contaremos con el respaldo de quienes van a participar.

SEÑORA CANDREVA (Doc.).- ¿Ese examen que se plantea en semiología va a ser del hombre normal?

SEÑOR KETZOIÁN (Doc.).- Fue lo que siempre dijo el doctor Carbajal. Cuando empecé a aprender semiología recuerdo que los docentes nos enseñaban a sacar los reflejos de los individuos normales y luego nos llevaban a ver un paciente que tenía determinada patología. Nos hacían auscultar un corazón normal y luego nos hacían escuchar un soplo.

SEÑORA CANDREVA (Doc.).- Debemos cuidar que estén bien definidas las cosas, porque si los estudiantes van a trabajar auscultando individuos normales desde el punto de vista cardiovascular ¿qué van a hacer cuando aparezca un hipertenso? ¿Se va a dar la discusión de esa patología? Eso es una cosa, pero si se va a tratar solamente de individuos normales, es otra. Sin embargo, en una reunión se planteó que si aparecía un hipertenso se debería estudiar la fisiopatología de la hipertensión arterial. Eso es lo que hace dudar a los docentes que escuchan esas expresiones y a otros que estamos dentro de la Comisión de Plan de Estudios y no tenemos bien claras las cosas.

SEÑOR GUIMARAENS (Est.).- Eso pasa hoy. En CICLIPA I estamos auscultando a una persona que tiene una cardiopatía y quizá tiene también otra cosa, y nosotros recién empezamos la clínica. ¿Qué hacemos? Preguntamos, discutimos y avanzamos en el tema. Obviamente que existe un lugar en el Plan donde ese tema se va a desarrollar en profundidad. Eso no tiene por qué preocupar a la profesora Candreva porque, si apuntamos a la curiosidad del estudiante, ellos van a querer saber y resolver las situaciones que aparezcan, por supuesto dentro de sus posibilidades. Como dijo el profesor Carbajal, en el primer nivel vamos a ver individuos presuntamente sanos. Por eso habrá que capacitar al estudiante para que pueda sobrellevar ciertos aspectos en los que todavía no profundizó pero que va a encontrar y le van a servir para aprender.

SEÑOR KETZOIÁN (Doc.).- No podemos pretender que en todos los ciclos se enseñe todo. No puedo plantear que un estudiante de segundo año aprenda y discuta patologías que están previstas más adelante en el Plan. Eso tiene que quedar claro porque, si no, surge la duda y la confusión por parte de los docentes.

SEÑOR GUIMARAENS (Est.).- Por eso este es un Plan en ciclos y no en módulos, para hacer las cosas paso a paso.

Por otro lado, sobre lo que decía el doctor Dufrechou, hay algo que no puedo dejar de expresar aquí. En el encuentro que tuvo la Comisión de Plan de Estudios con la gente del ESFUNO estos manifestaron que perdían instancias de educación o tiempo para formar. Veo que el doctor Dufrechou plantea lo mismo desde otro ángulo. Aquí no se pierde nada sino que todos ganan, porque las dos formaciones van a ser complementarias. No creo que el estudiante vaya a aprender todo en el primer nivel sino que va a complementar el aprendizaje que haga allí con el hospitalario. Cuando presentamos la idea dijimos que todavía no habíamos definido el porcentaje que el estudiante iba a trabajar en el Hospital. Si



al docente le interesa que el estudiante aprenda una patología cardiovascular y no tiene ningún paciente de ese tipo en el primer nivel, podrá hacer uso de un laboratorio de destrezas o seleccionar a un paciente en un hospital para que así el estudiante pueda aprender. Se va a tratar de que la enseñanza sea holística, que profundice en todos los temas. Debemos ver de qué manera el estudiante podrá pasar por las áreas donde tenga que formarse. No me parece que el planteo sea que, si no se aprende en un ámbito donde tengamos toda la semiología acumulada, el estudiante no se va a poder formar.

SEÑOR VIGNOLO (Doc.)- La realidad actual es que el básico está en la comunidad, en los centros de salud comunitarios, el ESFUNO se inserta con los residentes de medicina familiar y comunitaria, y luego viene el CICLIPA II y el III. Además, actualmente estamos viendo el tema del CIMI, por lo que van a hacer rotación en el primer nivel ciento sesenta estudiantes. Necesitamos aproximadamente veinte docentes de medicina familiar y comunitaria, de modo que haya siete u ocho estudiantes por docente. Debemos tramitar extensiones horarias y nombramiento de docentes. Sin embargo, necesitamos un lugar donde haya flujo de pacientes, porque en algunos van solo dos o tres.

Ahora bien, tenemos los pacientes, ¿cuántos consultorios va a tener el docente? Si tiene uno, no puede poner a todos los estudiantes viendo a ese mismo paciente. Además, tiene que terminar de resolverlo. Necesitamos por lo menos dos consultorios para que haya cuatro estudiantes en cada uno, el docente venga, vea al paciente y luego lo resuelva. En estos momentos, en los lugares donde ya está CICLIPA II y III no hay espacio donde hacer eso. Debemos manejar la posibilidad de utilizar centros privados, del Hospital Militar o del Policial, que tiene servicios en el primer nivel, pero es una logística muy complicada. Y aun así no nos aseguramos que en un ciclo los estudiantes vean a todos los pacientes para hacer la semiología

Quizá el examen clínico normal pueda realizarse en el primer nivel pero la semiología tiene que ser complementaria con el hospital, porque hay pacientes que están allí que tienen determinadas patologías que es interesante que el estudiante las vea y realice la semiología. Para eso tiene que haber reuniones de los docentes, objetivos del ciclo y comunicación permanente de los Grado 2, así como una evaluación continua y sumativa. Hace poco se planteaba que la semiología de determinada cosa la hicieran unos y la de otra, la hicieran otros. Eso es imposible porque dependemos de los pacientes que vengan en un período de seis semanas. ¿O acaso si no viene ningún paciente con determinada patología los estudiantes no la ven?

Estamos todos de acuerdo en que debe haber una enseñanza en el primer nivel al comienzo de la carrera. Pero también es importante el tema del paciente internado, con patologías complejas, porque es muy enriquecedor si se va viendo parcialmente en cada uno de los ciclos.

Por eso creo en la necesidad de la participación de los docentes, porque necesitamos su compromiso para elaborar un Plan de Estudios y lo necesitamos desde el arranque. Se ha avanzado enormemente, tenemos las ideas fuerza y el esquema aprobado por los tres Órdenes. Ahora estamos en el camino final y se pueden poner plazos, así como evaluar la posibilidad de que determinados docentes *full time* estén dedicados a este tema, tal como se hizo con la propuesta de evaluación continua del CICLIPA II. Hay que buscar los mecanismos y debemos tener un plazo para llevar adelante el tema.

SEÑOR CHAVARRÍA (Eg.)- Cuando entré a trabajar como profesor, en 1984, era muy

amigo del profesor Mauricio Gajer, que fue el padre del intensivismo pediátrico en nuestro país. Un día le pregunté qué libro me aconsejaba leer, y me dijo que leyera el de Abraham Sonis. Ese libro no tenía nada que ver con mi especialidad, ya que yo hacía cirugía pediátrica. Sin embargo, me enseñó muchas cosas. Una de las cosas que aprendí es que hay una pirámide en la que entre el 95% y el 98% de los enfermos que consultan en las policlínicas no van al hospital. Solo el 5% ingresa al hospital. De manera que el mayor flujo de enfermos lo tenemos en los lugares de atención primaria. Lamentablemente, en este país los hospitales atienden en policlínica a quienes no deberían atender, que son los enfermos que requieren atención primaria. Estuve en el Hospital "Hermanos Amejeiras", en Cuba, y allí no se atiende a enfermos de atención primaria. El material es enorme, para aprender semiología, patología, clínica y todo lo que quieran. El Hospital es un complemento.

Hice la carrera con el Plan 45, de donde salíamos unos médicos bárbaros. Éramos algo insólito, porque cuando llegaba un enfermo con gripe, con dolor de garganta o con dolor de oído no sabíamos qué hacer. Esas cosas, que no se aprenden en los hospitales, son importantísimas. Hay que aprender semiología donde hay que aprenderla, fundamentalmente en los lugares de atención primaria. Este país, con el nuevo sistema nacional integrado de salud, tendrá que dar prioridad a los lugares de atención primaria, y la formación de los recursos humanos tendrá que poner mayor énfasis en esos lugares. Entonces la semiología del sujeto normal y del enfermo se va a aprender muy bien, porque va a haber muy buenos instructores.

Puede ocurrir que el sujeto que se considera sano no esté sano, porque el diagnóstico de salud es uno de los más difíciles de hacer. Cuando se examina a una persona enferma, algo se le va a encontrar. Yo trabajé en policlínica de atención primaria hace muchísimos años y puedo asegurar que las cosas son así, a pesar de que hice cirugía pediátrica. La semiología del hombre sano es extraordinariamente importante, porque se hallan cosas que uno cree que no va a encontrar. Cada paciente es un verdadero desafío.

En un futuro, quienes hagan la carrera de medicina van a saber cómo hacer el mejor estudio de los enfermos, no solo con la semiología, aunque esta es un paso para hacer el diagnóstico y lograr el tratamiento correcto.

SEÑOR CARBAJAL (Eg.).- Mi propósito inicial va a ser una especie de chequeo, a fin de tomar la resolución provisional de la asamblea docente y ver en qué puntos podemos progresar. El primer punto es definir dentro de los ciclos módulos objetivos concretos. El segundo es definir en qué ciclo se hará la docencia de la semiología del enfermo, que tal como se está expresando aquí me da la impresión de que se apunta más a lo logístico. Este es un problema mayor, con este Plan o con cualquier otro. Es uno de los temas que produjo más pánico en el momento de la acreditación, porque somos conscientes de que la meta de dos estudiantes por paciente va a ser muy difícil de lograr. Esto trasciende los esquemas.

SEÑOR DUFRECHOU (Doc.).- La preocupación es no dar un salto al vacío.

SEÑOR CARBAJAL (Eg.).- Con respecto a la acreditación, la Comisión ha generado líneas de trabajo en este sentido. Si podemos hablar de algún salto al vacío es el que se había planteado en el esquema de trabajo de la Administración anterior, que consistía en sacar a todos los docentes de clínica de sus lugares de trabajo y llevarlos a las policlínicas periféricas. Eso estuvo planteado como primera respuesta a la acreditación de la Facultad. Ese era un salto al vacío, porque la Facultad no lo había ensayado. La primera versión del aprendizaje en la comunidad se hizo con ese esquema referencial. El desastre fue total. Por suerte cambió la orientación y ese salto al vacío no se va a volver a repetir.



El otro tema es la estrategia. La clínica es, por definición, asistemática, imprevisible y absolutamente arbitraria. La patología, en cambio, son discursos científicos sistemáticos. En el Plan 68 se dio una discusión interminable sobre la clínica como el estudio del caso emergente. Ahora lo que se plantea es que el estudiante realice una variación entre lo sistemático y lo emergente. La estrategia del emergente está en el internado. El problema es que se ha ido distorsionando la función del interno. ¿Qué estudia el interno? No sé si estudia algo ya que está preparando el concurso de residente, que me parece funesto, pero debería estar estudiando el caso que tiene enfrente porque él no tiene que estudiar la patología sistemática sino el caso emergente. De modo que esas dos estrategias también se pueden conciliar en distintas etapas.

Cuando planteábamos lo de la clínica propedéutica lo hacíamos como una experiencia asistemática de un estudiante en la policlínica o donde sea que sabe lo que es un hipertenso. No tiene por qué ponerse a estudiar la hipertensión cada vez que aparezca un caso así porque sabe que a un paciente con hipertensión se le ordenó dieta sin sal, pero no va a tener una clase sobre el metabolismo hidrosalino. Eso sería totalmente insano. Se trata de que el médico explique el porqué de lo que hace, ya que las razones finales las deberá aprender el estudiante aquí. Hay una tendencia a creer que la docencia implica siempre grandes y largas explicaciones. La mejor docencia es tener un paciente e ir mostrando al estudiante lo que este tiene. El estudiante apuntará y llevará la historia clínica al curso que le toque sobre los distintos sistemas.

El tercer punto plantea incorporar la enseñanza de la metodología a lo largo de toda la carrera. Si repasamos cualquier régimen de créditos deberemos creditizar la metodología en los seis años de la carrera. Luego se solicita definir cómo se hará el tránsito horizontal entre diferentes carreras. Eso es más ambicioso porque debo tener a la vista todas las carreras.

SEÑORA CANDREVA (Doc.).- Ellos se referían por lo menos a las del área de la salud.

SEÑOR CARBAJAL (Eg.).- Esperemos que venga la Comisión Sectorial de Enseñanza a explicarnos qué quieren decir con esto. Por ahora no entiendo nada. Nosotros planteamos el bachiller universitario como una salida al año, y a los cuatro años proponemos la del licenciado, pero parece que eso todavía no es suficiente. Vamos a escuchar qué se nos dice sobre eso.

Proponer formas de flexibilizar la carrera de manera vertical es algo posible. Un prerequisite que mencionamos y que no se puede burlar nunca es que antes de ver a un enfermo hay que haber tenido una experiencia anticipante de lo que va a pasar. No se puede ver a un paciente sin antes haber tenido el suficiente entrenamiento en comunicación y en ética. Ese es un principio básico inviolable. Aquí no flexibilizo sino que rigidizo. Ahora, si va primero digestivo y circulatorio o circulatorio y digestivo, eso no me preocupa. Lo importante es que el estudiante sepa cómo comunicarse con un paciente y conozca las normas éticas que deben regir su conducta. Pongámoslo como un principio general, pero debemos avanzar en el esquema para después poder fijar los itinerarios posibles de los estudiantes.

SEÑOR KETZOIÁN (Doc.).- Además de ese principio, hay que tener claro que no va a ser posible transitar hacia otro ciclo sin haber aprobado el anterior. No sé si es posible imaginar así una flexibilización vertical.

SEÑOR CARBAJAL (Eg.).- El sexto punto plantea analizar las posibilidades de introducir materias optativas. En eso estamos.

El séptimo punto plantea que se habla de APS y no de primer nivel de atención, entrando en contradicción, y propone revisar este aspecto. Eso es verdad. Siempre utilizamos un lenguaje absolutamente ambiguo y equívoco. A veces hablamos de primer nivel y a veces de APS, un poco porque este último es todavía un deseo. Deberíamos introducirlo en el Plan, como un compromiso a trabajar. Me parece más fuerte hablar de APS que de primer nivel porque APS implica el compromiso para generar los cambios necesarios.

El último punto propone revisar el título intermedio de promotor de salud. Supongo que se referirán a definir las competencias.

SEÑOR KETZOIÁN (Doc.).- La asamblea planteó definir los objetivos y cuál va a ser el rol de ese licenciado.

SEÑOR CARBAJAL (Eg.).-De todas formas, estos planteos son un compromiso a seguir en este trabajo.

SEÑOR RÍOS (Eg.).- En cuanto al tema que se presentó como asunto previo, me parece que sería muy importante que las personas mencionadas vinieran al plenario del Claustro porque van a aportar una cantidad de conceptos relacionados con los troncos comunes, la flexibilización horizontal y vertical, así como la creditización, que también es importante. Propongo que se haga una sesión extraordinaria del Claustro el 31 de mayo, en el mismo horario, y que la visita no quede limitada a la Comisión de Plan de Estudios. Son conceptos que no manejamos y sería bueno que todos pudiéramos preguntar y discutir.

SEÑOR KETZOIÁN (Doc.).- Sería bueno que esos docentes -y también otros vinculados con cada uno de los ciclos- se reunieran primero con los integrantes de la Comisión y luego estos participaran del Claustro. Muchos de estos aspectos se van a definir en la Comisión de Plan de Estudios y no aquí.

SEÑORA CANDREVA (Doc.).- Estoy de acuerdo con lo que propone el doctor Ríos pero que se haga en la próxima sesión ordinaria, el 7 de mayo.

SEÑORA PRESIDENTA.- La propuesta sería invitar a la licenciada Mercedes Collazo, al profesor Luis Calegari y al Asistente Académico Federico Ferrando.

SEÑOR DUFRECHOU (Doc.).- Me congratulo de que se plantee esta discusión sobre la forma en que se va a enseñar la clínica, que es la materia fundamental para el médico, ya que no la había visto antes. Con esto estamos dando un paso adelante.

Una cosa es la atención primaria de salud y el primer nivel, y otra es la enseñanza de la medicina. Son dos cosas diferentes. Enseñamos medicina para que los médicos atiendan en el primer nivel pero también para que puedan ser capaces de tener un *background* para atender pacientes en otros niveles. Además, el hecho de que se vaya a atender en el primer nivel no quiere decir que los conceptos que deba llevar el médico no puedan estar conformados por elementos que se manejan en otros niveles.

Sobre la apreciación del doctor Chavarría en cuanto a que el 98% de los enfermos se resuelven en el primer nivel, dato conocido por todos y que a nadie puede sorprender, yo podría agregar que, de ese porcentaje, 97% no necesitan ir al médico. Quiero formar



médicos para que cuando vean a un individuo con gripe sepan cuáles son los riesgos específicos que puede tener esa patología. La gripe en un sujeto sano es una enfermedad banal, pero en un sujeto con determinadas características puede ser una enfermedad grave. Yo quiero que el médico se dé cuenta de cuándo está frente a una gripe grave, y para eso hay que saber mucha medicina, mucha clínica médica. Por eso insisto con esto.

Suscribo lo que dijo el doctor Vignolo en cuanto a que no tenemos los ámbitos, la formación, los docentes ni el *background* de conocimientos como para enseñar estas cosas. No discuto con los pediatras porque la pediatría es hoy en día una especialidad y no forma parte de esto que estamos hablando. Además, los pediatras ven problemas especiales y tienen una formación diferente a la de los médicos generales, porque están acostumbrados a esta temática desde hace muchos años. Nosotros estamos acostumbrados a ver otro tipo de problemas y no nos interesa que el estudiante sepa cómo se resuelve una lumbalgia en la policlínica. Me interesa que el individuo sepa cuándo esa lumbalgia es un signo de alarma para una enfermedad importante y no en el caso de una persona que tendrá esa patología veinte veces en su vida, cada vez que levante algo pesado. Para saber eso se necesita gente preparada para enseñar, y esa gente no está en las clínicas.

Debemos tener en cuenta esas cosas para poder contribuir con un esfuerzo importante a que el desarrollo de este Plan de Estudios no haga caer las cosas que ya tenemos y que el estudiante al final de la carrera cuente con conocimientos que serán fundamentales.

SEÑORA GARCÍA (Doc.).- Lo que plantea el doctor Vignolo ocurre en el actual sistema público, porque las instituciones privadas tienen muy buenos médicos trabajando en el nivel primario. El sistema público está muy atrasado, ya que ni el Maciel ni el Pasteur ni el Hospital de Clínicas tienen un servicio de internación domiciliaria para que los pacientes puedan ser seguidos por los estudiantes en las policlínicas. Ese es para mí el atraso más grave y ojalá se empiece a revertir.

En estos días el Consejo está habilitando unidades docentes asociadas, que deberemos empezar a utilizar e integrar. ¿A dónde van los residentes? Habrá que determinar algo para que puedan ir al CASMU, al Hospital Militar o quizá al interior del país. Debemos formar un sistema distinto donde el Hospital Pasteur no vea solamente los pacientes cardiovasculares. ¿Qué se ve en la policlínica? Desde lo genético hasta lo clínico, porque los muchachos tienen que estudiar todo. Eso necesita un recurso docente muy calificado que, además de haber estado dos o tres años en el Pasteur, también conozca de comunidad, de las necesidades y posibilidades del paciente. Es difícil pero hay que empezar a trabajarlo porque creo que es posible.

SEÑOR VIGNOLO (Doc.).- Los recursos calificados están. Tenemos los médicos familiares y comunitarios que son el personal idóneo, hay seis recibidos en el país y veinticinco residentes por año. Es un tema logístico. Si dividimos la cantidad de estudiantes entre la cantidad de docentes vamos a ver que debemos aumentar el número de profesores Grado 2 y Grado 3. Luego de hacer eso, ¿tenemos consultorios y lugares para incorporar a esos estudiantes?

SEÑOR DUFRECHOU (Doc.).- Escuché al doctor Vignolo hablar de los residentes. ¿Le parece que los residentes puedan enseñar? Quizá los residentes de medicina familiar y comunitaria sean especiales y puedan enseñar medicina. Yo creo que no.

SEÑOR VIGNOLO (Doc.).- Los especialistas en medicina familiar y comunitaria no es

que puedan, sino que deben enseñar medicina. Eso es así en todo el mundo. Además, en el sector privado no hay medicina en el primer nivel. El cambio de modelo de atención implica que al médico le voy a entregar una masa de usuarios sanos, así se cambia el paradigma. No se espera más al enfermo a que llegue a la policlínica o al CTI, como sucede hoy. ¿Acaso todos los uruguayos tienen dinero para pagarse los tickets o las órdenes, o el sistema los está esperando en el CTI? ¿Por qué sucede eso? Porque no existe la figura de un médico familiar y comunitario que atienda al paciente sano. Debemos pensar en una cápita de mil pacientes sanos. Ahí vamos a lograr un cambio, y eso no quiere decir que el internista dejará de existir, porque es necesario para atender el porcentaje de patologías que necesitan internación pero deberá actuar en consonancia con el médico familiar y comunitario. Es una figura que se debe mantener y lograr una excelencia académica. Un tema clave es el seguimiento del paciente. Ahí está el cambio que debemos dar, pero implica un problema logístico. Debemos tener más consultorios y más médicos en el primer nivel, además de existir una complementación con el segundo y con el tercer nivel.

SEÑOR DUFRECHOU (Doc.).- Mi actividad docente es la formación de internistas pero, sobre todo, la formación de pregrado. Cuando digo lo que digo, no me refiero a la formación de internistas sino a la formación de los médicos. Por más que se tenga el sistema que se quiera y se priorice que la gente vaya sin síntomas a consultar al médico para hacer su prevención en salud, lo que yo quiero es preparar un médico que cuando el sujeto tenga un problema real de salud sepa orientarse y prevenir rápidamente las consecuencias que pueda tener esa patología, que pueda darse cuenta de cuáles son los pacientes que rápidamente debe derivar a otro nivel. Para eso tiene que saber mucha clínica médica. No tiene que ser internista sino un médico general, con una buena formación clínica.

SEÑORA PRESIDENTA.- La formación clínica debe ser a todos los niveles. Creo que lo mejor es que la Comisión de Estructura Docente reorganice su actividad y nos concentremos en un punto. Me refiero a la organización, cantidad de docentes y calidad en todos los niveles, no solamente en cuanto a medicina familiar y comunitaria.

SEÑOR DUFRECHOU (Doc.).- Sugeriría que no entregaran a los muchachos a los residentes porque eso sería una depreciación del conocimiento.

SEÑORA PRESIDENTA.- Nadie planteó eso.

Se levanta la sesión.

(Es la hora 15 y 30)